



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ELOANA FERREIRA D'ARTIBALE

**O CONTATO E A AMAMENTAÇÃO PRECOSES NO CONTEXTO DE UM
HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA**

**MARINGÁ
2012**

ELOANA FERREIRA D'ARTIBALE

**O CONTATO E A AMAMENTAÇÃO PRECOSES NO CONTEXTO DE UM
HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: O cuidado nos diferentes ciclos da vida.

Orientadora: Profa. Dra.: Luciana Olga Bercini

**MARINGÁ
2012**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

D226c D'Artibale, Eloana Ferreira
O contato e a amamentação precoces no contexto de um hospital amigo da criança. -- Maringá, 2012. 87 f., il.

Orientador: Prof.a. Dr.a. Luciana Olga Bercini.

Dissertação(mestrado)- Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2012.

1. Interação mãe-filho. 2. Aleitamento materno. 3. Humanização da assistência. 4. Enfermagem I. Bercini, Luciana Olga, orientadora. II. Universidade Estadual de Maringá. III. Título.

CDD 21.ed.610.73

JLM 000448

ELOANA FERREIRA D'ARTIBALE

**O CONTATO E A AMAMENTAÇÃO PRECOSES NO CONTEXTO DE UM
HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA**

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Luciana Olga Bercini - Presidente
Universidade Estadual de Maringá (UEM)

Profa. Dra. Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha – Membro Titular
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Profa. Dra. Ieda Harumi Higarashi – Membro Titular
Universidade Estadual de Maringá (UEM)

Profa. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli – Membro Suplente
Universidade Estadual de Londrina (UEL)

Profa. Dra. Maria Angélica Pagliarini Waidman – Membro Suplente
Universidade Estadual de Maringá (UEM)

Com amor e carinho, dedico este trabalho aos meus pais Lucia e Sidnei e às minhas irmãs Eliziana e Natália pelo apoio incondicional para a concretização desta importante etapa da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me concedido sabedoria, saúde e disposição durante esse caminho que trilhei.

À minha orientadora, Profa. Dra. Luciana Olga Bercini, por ter acreditado e confiado na minha capacidade, pela atenção constante, seriedade, competência, compreensão de minhas angústias, apoio nas dificuldades, pelos ensinamentos, ideias, sugestões, críticas para o bom andamento desse trabalho, além do exemplo pessoal e profissional que ela é.

Às professoras, que juntamente com a minha orientadora, compuseram a banca de qualificação: Profa. Dra. Ieda Harumi Higarashi e Profa. Dra. Ana Lúcia de Lourezi Bonilha, por suas valiosas contribuições.

Aos meus pais e minhas irmãs, tios, tias, primos e avós que sempre foram o meu porto seguro, por terem me ajudado a crescer e tornado as dificuldades e lutas menos árduas.

À minha segunda mãe, Maria de Lourdes Buziquia, que sempre me ouviu, amparou e cuidou de mim nos momentos de dificuldades e de incertezas.

Aos amigos de infância, graduação e mestrado, que me acompanharam com atos de amizade, confiança e apoio durante essa minha caminhada.

À professora Deise Serafim e à enfermeira Christyna Beatriz Genovez, pelo incentivo, apoio, disponibilidade e contribuições prestadas.

À professora Catarina Aparecida Sales, pelo incentivo e ensinamentos no início do meu percurso, como pesquisadora.

Às mães que se dispuseram a participar desse estudo.

Agradeço ainda a todos os que, de alguma forma, contribuíram para que fosse possível a realização desse trabalho.

O encontro de duas personalidades assemelha-se ao contato de duas substâncias químicas: se alguma reação ocorre, ambos sofrem uma transformação.

Carl Gustav Jung

D'ARTIBALE, EF. **O contato e a amamentação precoces no contexto de um Hospital Amigo da Criança.** 87 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) — Universidade Estadual de Maringá. Orientadora: Luciana Olga Bercini. Maringá, 2012.

RESUMO

Os Hospitais Amigos da Criança devem seguir critérios descritos como os “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno (AM)”. Dentre estes, destacamos o quarto passo, o qual estabelece que se deve colocar o bebê em contato pele a pele com suas mães imediatamente após o parto e encorajar o AM. Dessa forma, este estudo teve como objetivo analisar as vivências e os significados do contato e da amamentação precoces em puérperas internadas em um Hospital Amigo da Criança (HAC), bem como os fatores envolvidos em tais práticas. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa, que foi desenvolvido no Hospital Universitário Regional de Maringá. Participaram da pesquisa 16 mulheres que foram admitidas para o parto nessa instituição e que se encontravam aptas a amamentar e a estabelecer o contato com o seu bebê logo após o nascimento. A coleta de dados foi realizada de novembro de 2011 a janeiro de 2012, por meio da observação sistemática não participante dos partos, anotações de diário de campo e entrevista semiestruturada com as mulheres após o parto. Para o tratamento dos dados, foi aplicada a análise de conteúdo modalidade temática proposta por Bardin. Dos resultados, emergiram quatro categorias: vivenciando o processo de nascimento na presença/ausência do acompanhante; construindo o conhecimento sobre o contato e a amamentação precoces; realizando o contato e a amamentação precoces; estabelecendo a relação da prática assistencial ao parto e do processo de trabalho com o quarto passo. Observamos que apesar da presença do acompanhante no momento do parto ter sido uma prática vivenciada por poucas participantes, esta se constituiu um fator favorável para a efetivação do quarto passo. As puérperas mostraram-se bastante receptivas à realização do quarto passo, todavia, apresentaram ter pouco conhecimento em relação a essa prática, mostrando-se em alguns momentos surpresas e despreparadas. Para as participantes, o momento do contato e AM precoces foi carregado de emoções, às vezes difíceis de descrever. O tempo necessário para o início do contato esteve relacionado à prioridade dada aos cuidados de rotina e ao parto cesáreo, que interferiu negativamente no contato e amamentação precoces, na medida em que adiou esse primeiro encontro. O estudo revelou ainda que o quarto passo não foi plenamente desenvolvido como preconizado pela Iniciativa HAC, entretanto, práticas intermediárias para a sua efetivação foram percebidas, como o contato entre mãe e filho ainda dentro do período descrito como “sensitivo”. A prática assistencial ao parto e o processo de trabalho mostraram ser decisivos na caracterização da assistência, facilitando a visualização das principais barreiras e caminhos para o desenvolvimento e efetivação do quarto passo. Concluindo, podemos afirmar que temos um longo caminho a percorrer, com muitos desafios a serem vencidos, considerando que para a consolidação do quarto passo é necessário ir além das técnicas, já que há o envolvimento de vários fatores, como as características socioculturais das pacientes, os profissionais, as instituições e a sociedade. Destarte, esforços devem ser feitos pelos profissionais da saúde, especialmente os enfermeiros, no sentido da realização de uma assistência sensível e integrada que leve em conta toda a singularidade que o momento traduz.

Palavras-chave: Interação Mãe-Filho. Aleitamento Materno. Humanização da Assistência. Enfermagem.

D'ARTIBALE, EF. **Early contact and breastfeeding in the context of a Baby-Friendly Hospital.** 87 f. Dissertation (Master's degree in Nursing), State University of Maringá. Advisor: Luciana Olga Bercini. Maringá, 2012.

ABSTRACT

The Baby-Friendly Hospitals should follow the criteria described as "Ten steps to successful breastfeeding (BF)". Among those, we highlight the fourth step, which establishes that the baby should be placed in skin-to-skin contact with his mother immediately after birth, and BF should be encouraged. Thus, this study had the purpose to analyze the experiences and the meanings of an early contact and breastfeeding of the puerperae admitted at a Baby-Friendly Hospital (BFH), as well as the factors involved in such practices. It is a descriptive, exploratory study, with qualitative approach, that was developed at the University Hospital of Maringá. Participated in the research 16 women who were admitted to give birth in that institution and that were capable of breastfeeding and establish an early contact with their babies soon after birth. Data was collected from November 2011 to January 2012, through the non-participant systematic observation of the childbirths, annotations on field diary, and semi-structured interview with the women after delivery. For the treatment of the data, the analysis of content, thematic modality proposed by Bardin, was applied. From the results, four categories emerged: living the experience of giving birth in the presence/absence of a companion; building the knowledge on the early contact and breastfeeding; accomplishing the early contact and breastfeeding experience; establishing the relationship of assistance on the childbirth, and of the working process with the fourth step. Thus, the companion's presence in the moment of childbirth, in spite of this practice being experienced by few participants, it was a positive factor on the fulfillment of the fourth step. It was observed that despite the presence of a partner in the delivery was chosen by few participants, it represented a positive factor on the fourth step effectiveness. The puerperae were quite receptive to the accomplishment of the fourth step, though, they showed little knowledge in relation to that practice. In some moments they seemed surprised and unprepared. For the participants, the moment of the early contact and BF was full of emotions, sometimes difficult to describe. The necessary time for the beginning of the contact was related to the priority given to the routine care and to the Cesarean section, which interfered negatively in the early contact and breastfeeding when it postponed that first encounter. The study revealed the fourth step was not fully developed as having preconized by the Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI). However, intermediate practices towards meeting the ends were noticed, such as the contact between mother and child still within the period described as "sensitive". The assistance given on the childbirth and the working process showed to be decisive in the characterization of the assistance, facilitating the visualization of the main barriers and roads to be taken for the development and effectiveness of the fourth step. Finally, we can affirm that we have a long road to travel, with many challenges to be conquered, considering that for the consolidation of the fourth step it is necessary to go beyond the techniques, once there is the involvement of several factors, such as the patients' sociocultural background, the professionals, the institutions and the society. Thus, efforts should be made by the health professionals, especially by the nurses, in the sense of the accomplishment of a sensitive and integrated assistance, the one that takes into account all the singularity the moment conveys.

Keywords: Mother-Child Bonding. Breastfeeding. Humanized Assistance. Nursing.

D'ARTIBALE, EF. **El contacto y amamantamiento precoces en el contexto de un Hospital Amigo del Niño.** 87 f. Disertación (Máster en Enfermería), Universidad Estatal de Maringá. Líder: Luciana Olga Bercini. Maringá, 2012.

RESUMEN

Los Hospitales Amigos del Niño deben seguir criterios descriptos como los “Diez pasos para el éxito del amamantamiento materno (AM)”. Entre estos, destacamos el cuarto paso, que establece que se debe colocar el bebé en contacto piel a piel con sus madres inmediatamente después del parto y estimular para el AM. Así, este estudio tuvo como objetivo analizar las vivencias y los significados del contacto y del amamantamiento precoces en puérperas internadas en un Hospital Amigo del Niño (HAN), así como los factores involucrados en tales prácticas. Se trata de un estudio descriptivo, exploratorio, con abordaje cualitativo, que fue desarrollado en el Hospital Universitario Regional de Maringá. Participaron de la investigación 16 mujeres que fueron admitidas para el parto en esta institución y que se encontraban aptas a amamantar y a establecer el contacto con su bebé justo después del nacimiento. La recolección de datos fue realizada de noviembre de 2011 a enero de 2012, por medio de la observación sistemática no participante de los partos, apuntes de diario de campo y entrevista semiestructurada con las mujeres después del parto. Para el tratamiento de los datos, fue aplicado el análisis de contenido modalidad temática propuesta por Bardin. De los resultados, emergieron cuatro categorías: viviendo el proceso de nacimiento en la presencia/ausencia del acompañante; construyendo el conocimiento sobre el contacto y amamantamiento precoces; realizando el contacto y amamantamiento precoces; estableciendo la relación de la práctica asistencial al parto y del proceso de trabajo con el cuarto paso. Observamos que a pesar de la presencia del acompañante en el momento del parto haber sido una práctica vivida por pocas participantes, esta se constituyó un factor favorable para la efectucción del cuarto paso. Las puérperas se mostraron muy receptivas a la realización del cuarto paso, sin embargo, presentaron tener poco conocimiento en relación a esta práctica, mostrándose en algunos momentos sorprendidas y desprevenidas. Para las participantes, el momento del contacto y AM precoces fue cargado de emociones, a veces difíciles de describir. El tiempo necesario para el inicio del contacto estuvo relacionado a la prioridad dada a los cuidados de rutina y al parto cesáreo, que interfirió negativamente en el contacto y amamantamiento precoces, en la medida que aplazó este primer encuentro. El estudio reveló aun que el cuarto paso no fue plenamente desarrollado como preconizado por la Iniciativa HAN, no obstante, prácticas intermediarias para su efectucción fueron percibidas, como el contacto entre madre e hijo aún dentro del período descrito como “sensitivo”. La práctica asistencial al parto y el proceso de trabajo mostraron ser decisivos en la caracterización de la asistencia, facilitando la visualización de las principales barreras y caminos para el desarrollo y efectucción del cuarto paso. Concluyendo, podemos afirmar que tenemos un largo camino a recorrer, con muchos retos para vencer, considerando que para la consolidación del cuarto paso es necesario ir más allá de las técnicas, puesto que hay el involucramiento de varios factores, como las características socioculturales de las pacientes, los profesionales, las instituciones y la sociedad. De este modo, esfuerzos deben ser hechos por los profesionales de la salud, especialmente los enfermeros, en el sentido de la realización de una asistencia sensible e integrada que considere toda la singularidad que el momento traduce.

Palabras clave: Interacción Madre-hijo. Amamantamiento Materno. Humanización de la Asistencia. Enfermería.

LISTA DE SIGLAS

AC	Alojamento Conjunto
AM	Aleitamento Materno
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
CC	Centro Cirúrgico
CF	Contato Físico
CR	Cuidados de Rotina
CV	Contato Visual
GO	Ginecologia e Obstetrícia
HAC	Hospital Amigo da Criança
HUM	Hospital Universitário Regional de Maringá
IG	Idade Gestacional
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pronto Atendimento
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
RN	Recém-Nascido
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEM	Universidade Estadual de Maringá
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVO	16
3	METODOLOGIA	17
3.1	Tipo de estudo	17
3.2	Local de estudo	18
3.3	População do estudo	19
3.4	Coleta dos dados	20
3.5	Análise dos dados	22
3.6	Aspectos éticos	23
4	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	24
4.1	Contextualização do ambiente e das rotinas do serviço voltados ao processo de nascimento	24
4.2	Caracterização dos sujeitos da pesquisa	28
4.3	Vivenciando o processo de nascimento na presença/ausência do acompanhante	31
4.4	Construindo o conhecimento sobre o contato e a amamentação precoces	35
4.5	Realizando o contato e a amamentação precoces	38
4.5.1	Conhecendo o fator tempo e suas consequências	39
4.5.2	Compreendendo os sentimentos e os significados do contato e da amamentação precoces	47
4.5.3	Iniciando a amamentação precocemente: vantagens e disposição	50
4.6	Estabelecendo a relação da prática assistencial ao parto e do processo de trabalho com o quarto passo da IHAC	56
4.6.1	Compreendendo a prática assistencial ao parto e suas implicações no quarto passo	56
4.6.2	Conhecendo o processo de trabalho e suas implicações no quarto passo	59
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
	REFERÊNCIAS	70
	ANEXOS	78
	APÊNDICES	82

1 INTRODUÇÃO

Em 1974, foi discutido, na 27ª Assembleia Mundial de Saúde, o declínio geral da amamentação em várias partes do mundo, estando esse relacionado à promoção de substitutos do leite materno e manufaturados. Em vista disso, os países foram estimulados a reverem as atividades de promoção e venda dos substitutos do leite materno para bebês, na medida em que também eram criadas medidas corretivas adequadas, como códigos de publicidade e legislação (UNICEF, 2009a).

Em consequência do quadro emergente, discussões foram feitas em busca de medidas que viessem a melhorar a prevalência e duração do aleitamento materno (AM). Desse modo, em meio às medidas aludidas, em 1990 foi idealizada, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), implantada no Brasil em 1992 (UNICEF, 2011).

Na 54ª Assembleia Mundial de Saúde, realizada em 2001, a OMS, com base em evidências científicas, recomendou que a prática da amamentação devesse ser exclusiva por seis meses e o AM acrescido de alimentos complementares até os dois anos de vida ou mais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

Ao analisar a evolução das práticas de alimentação infantil no período de 1999 a 2008, no Brasil, nota-se que houve uma melhora da situação do AM, não obstante, tais práticas ainda se encontram distantes do preconizado. Apesar dos comprovados benefícios da amamentação, a II Pesquisa de Prevalência do AM realizada no Brasil, em 2008, mostrou que a duração mediana do AM foi de 341,6 dias (11,2 meses) e a do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) foi de apenas 54,1 dias (1,8 meses) (BRASIL, 2009).

Diante de tal realidade e apesar de vários estudos destacarem as vantagens do AM na promoção da saúde infantil, visto que o leite materno representa o melhor alimento para a criança nos primeiros meses de vida, havendo comprovação dos benefícios para a mãe, o bebê, a família, a comunidade e a nação (NOVAES et al., 2009; REA, 2004; TOMA; REA, 2008), verifica-se que ainda há a necessidade de expansão das atividades de promoção, proteção e apoio ao AM em nosso País, na busca de apresentar e implementar estratégias que contribuam para o aumento da prática da amamentação.

Deste modo, muitos hospitais aderiram à IHAC, que possui como diretriz um conjunto de medidas denominadas “Dez passos para o sucesso do AM” (Anexo A), sendo essa iniciativa praticada em nível nacional, com apoio do governo, do Unicef, da OMS, de grupos de amamentação e de partes interessadas, como instituições privadas (UNICEF, 2008).

A instituição que se credencia a tal iniciativa tem como retorno um ambiente mais calmo e tranquilo, menor taxa de infecção neonatal, estímulo do trabalho em equipe, melhor imagem e maior prestígio, mais segurança em emergências, vantagens econômicas, além de incentivo financeiro, de acordo com as normas estabelecidas na Portaria GM 1.117, de 7 de junho de 2004. Cabe destacar que tal incentivo é exclusivo ao Brasil (BRASIL, 2012).

Em busca desses benefícios e da melhora da saúde materno-infantil, a IHAC trouxe uma adesão significativa por parte das instituições, pois, atualmente, há mais de 20 mil hospitais credenciados em 156 países do mundo, incluindo o Brasil. Entre 1992 e 2010 foram credenciados 359 HAC no Brasil, entretanto no mesmo período, 26 foram descredenciados, resultando em 333 HAC. Apesar destes dados representarem um crescimento importante, tais números ainda são muito pequenos, pois apenas 6,2% de um total de 5.340 estabelecimentos de saúde com leitos obstétricos no Brasil estão credenciados na IHAC (BRASIL, 2011a).

Desse modo, faz-se necessário maior mobilização e conscientização das instituições e da sociedade geral em prol da implementação de medidas que fortaleçam e incentivem essa iniciativa, visto que, em um estudo realizado com 811 mães avaliando o papel da IHAC como fator de proteção ao AME em crianças usuárias de unidades básicas de saúde do município do Rio de Janeiro, constatou-se que a iniciativa tem se mostrado como importante elemento na política de apoio ao AM, considerando que ser um HAC ou em vias de receber a titulação de HAC tem duplicado as taxas de crianças em AME nos primeiros dias de vida, comparativamente a hospitais que não aderiram a essa iniciativa (SAMPAIO et al., 2011).

Para um hospital ser credenciado como HAC, há a necessidade de uma readequação da sua estrutura e de capacitação de todos os funcionários, para que sejam realizados os “Dez passos para o sucesso do AM” (UNICEF, 2009a).

Dentre estes passos, merece destaque o quarto passo, que foi assim definido, em 1990: “ajudar a mãe a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto” (UNICEF, 2008, p. 40). No entanto, a partir de um processo de revisão dos materiais da IHAC, em 2008, a OMS o modificou para: “colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães

imediatamente após o parto por no mínimo uma hora e encorajar as mães a reconhecerem quando seus bebês estão prontos para serem amamentados, oferecendo ajuda se necessário” (UNICEF, 2008, p. 40).

O contato pele a pele ocorre quando o bebê é colocado despido, em posição prona sobre o peito ou abdômen da mãe (MOORE; ANDERSON, 2007). Esse contato tem efeitos emocionais importantes, que desencadeiam consequências benéficas físicas e psicológicas para o binômio mãe-filho, tanto a curto quanto a longo prazo (MARÍN GABRIEL et al., 2010).

Apesar do conhecimento acerca da superioridade e dos benefícios do contato pele a pele logo após o parto, em comparação com o contato que se dá com o recém-nascido (RN) enrolado em panos ou com roupas, verifica-se que, ainda assim, esse contato com o bebê envolto em panos ou roupas, quando imediato, mostra ser significativo e valioso para a relação mãe-filho (BYSTROVA et al., 2009).

Deste modo, considera-se essa interação logo após o parto, mesmo sem o contato pele a pele, como a primeira etapa para a adaptação a uma assistência mais humanizada e para a efetivação do quarto passo da IHAC, levando em conta que ainda se constituem desafios, a organização do trabalho e dos profissionais em relação às mudanças das práticas tradicionais (CARFOOT; WILLIAMSON; DICKSON, 2005).

Assim sendo, podemos entender esse contato, que se estabelece na primeira hora após o parto, independente da forma (pele a pele ou com roupas) como precoce, sendo também considerada precoce a amamentação que ocorre nesse período.

O contato precoce deve ser realizado assim que possível, pois os bebês quando nascem já conseguem responder a estímulos por meio de sistemas comportamentais, sendo essa uma fase precursora do apego entre mãe e filho, já que no momento do nascimento o RN encontra-se alerta, com os sentidos exacerbados, estando ele receptivo para conhecer um novo mundo e a mãe está ansiosa por tocar, sentir e ver seu bebê saudável e perfeito (ALMEIDA; MARTINS FILHO, 2004; BARBOSA et al., 2010; ROSA et al., 2010).

Assim, a necessidade de conhecimento e contato é mútua e benéfica, constituindo-se num momento de revelação capaz de gerar sensações que se tornam progressivamente mais fortes e resistentes à passagem do tempo. Desse modo, o vínculo se estabelece e se firma minutos após a separação do parto. É um momento único e representa toda a espera da

gestação (ALMEIDA; MARTINS FILHO, 2004; BYSTROVA et al., 2009; ROSA et al., 2010).

O contato precoce entre mãe-filho, ainda na sala de parto, traz sentimentos de felicidade, amor, conforto e tranquilidade para ambos, é um momento em que entram em sintonia (ALMEIDA; MARTINS FILHO, 2004).

Durante o contato pele a pele, ocorrem estimulações sensoriais por meio do tato, cheiro e de sons, que contribuem para a interação do binômio mãe-filho e para maior chance de sucesso na amamentação. Com essa relação, os sons dos batimentos cardíacos de baixa frequência e a voz materna proporcionam maior segurança emocional para o RN. Por meio do olfato, ocorre a familiarização com o odor da mãe e do leite materno, facilitando que o bebê encontre o mamilo, contribuindo, assim, para o início do AM, visto que, com o contato e a sucção precoces, o RN tende a mamar corretamente mais cedo (ALMEIDA; MARTINS FILHO, 2004; CARFOOT; WILLIAMSON; DICKSON, 2005; PORTER, 2004).

As consequências do contato pele a pele supracitadas auxiliam o RN para que tenha uma melhor adaptação à transição fetal-neonatal, uma vez que o nascimento gera um processo biológico complexo que envolve transformações funcionais em todos os órgãos e sistemas do RN, que abarca transformações de uma condição de completa dependência para outra de autossuficiência em relação à oxigenação e nutrição. Deste modo, esse instante deve ser cercado por uma série de cuidados dirigidos ao preparo de um ambiente favorável à recepção do RN, e de cuidados que facilitem sua estabilização de forma adequada, suavizando o impacto da diferença entre o mundo intra e extrauterino (KIMURA et al., 2009; TEIXEIRA; ROCHA; GUIMARAES, 2007; FERNANDES; KIMURA, 2005; ZVEITER, 2005).

Muitas vezes, os serviços e os profissionais de saúde enfatizam mais o aspecto biológico da amamentação, em detrimento de questões singulares da mulher, que podem incluir tanto emoções positivas quanto negativas em relação ao ato de amamentar (FALEIROS; TREZZA; CARANDINA; 2006). Contudo, sendo a puérpera a agente do processo em questão, é fundamental que seus desejos e aspectos socioculturais sejam levados em conta. Para mudar tal realidade, torna-se fundamental estimular e respeitar a prática do contato e amamentação precoces nos hospitais, bem como capacitar os profissionais para que trabalhem de forma mais humanizada, respeitando esse momento e auxiliando as puérperas quando for necessário.

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) fundamenta-se nos preceitos de que a humanização da assistência obstétrica e neonatal é a principal condição para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. A realização e o incentivo para o contato e a amamentação precoces são práticas que levam à humanização do parto, já que a mesma envolve pelo menos dois aspectos fundamentais: o primeiro se refere à convicção de que competem às unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o RN; o outro diz respeito à adoção de medidas e procedimentos benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias que, embora tradicionalmente desempenhadas, não favorecem a mulher nem o RN e com frequência acarretam maiores riscos para ambos (BRASIL, 2002).

Destarte, acreditamos que ao compreender o significado do contato e da amamentação precoces para as mães, bem como suas vivências em relação a isso, possamos desenvolver nos profissionais envolvidos um olhar que considere as principais necessidades humanas que são apresentadas por quem vivencia o momento. O estudo contribuirá também para uma reflexão acerca das práticas do serviço e das características particulares de cada mulher, melhorando assim o cuidado e, conseqüentemente, influenciando de forma positiva a prática do AM e o fortalecimento do vínculo mãe-filho.

2 OBJETIVO

Analisar as vivências e os significados do contato e da amamentação precoces em puérperas internadas em um Hospital Amigo da Criança, bem como os fatores envolvidos em tais práticas.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa. Esse tipo de estudo possibilita a descrição social circunscrita e explora questões particulares dos sujeitos envolvidos. A pesquisa qualitativa permite o estudo de momentos privilegiados e particulares, dos quais emerge o sentido de um fenômeno social, havendo uma proximidade do campo de decisões, no qual se vivenciam as repercussões regionais, familiares e individuais das políticas sociais globais de um determinado grupo e contexto. Ainda, permite considerar os diferentes aspectos de um fato particular e relacioná-los ao contexto geral, além da capacidade de formular proposições ligadas à ação e à prática (DESLAURIERS; KERISET, 2008).

A análise qualitativa também se encaixa para alcance dos objetivos propostos, visto que a mesma é válida na elaboração de deduções específicas de situações ou variáveis de inferência precisa, funcionando para um *corpus* reduzido, gerando categorias mais discriminantes, levantando problemas ao nível de pertinência dos índices retidos (BARDIN, 2011).

Sendo ainda, essa abordagem de caráter exploratório e descritivo, permite melhor familiarização dos sujeitos e de suas preocupações, apresentando os mecanismos dos fenômenos e dos autores por meio da precisão dos detalhes, oferecendo informações contextuais que servem de base para pesquisas explicativas mais detalhadas. Desse modo, esse método proporciona a renovação do olhar lançado sobre os sujeitos, os problemas sociais e sobre os mecanismos profissionais e institucionais, visando à modificação da percepção dos problemas e também da avaliação dos serviços. São trabalhadas dentro dessa abordagem as percepções e experiências dos participantes e a maneira como eles interpretam suas experiências (CRESWELL, 2007; DESLAURIERS; KERISET, 2008).

Destarte, estabelece-se uma relação adequada entre o tipo de pesquisa e o objetivo do trabalho, visto que a abordagem adotada explora todas as dimensões de singularidade do ser

humano, a qual permite ao pesquisador compreender o sentido da experiência da mulher em relação ao primeiro momento de interação mãe-filho.

Assim sendo, a questão que nos instigou a desenvolver o presente estudo foi: “Quais as vivências e os significados do contato e da amamentação precoces para as mães que tiveram seus filhos no contexto de um HAC e os fatores envolvidos nesta prática?”

3.2 Local de estudo

O estudo foi desenvolvido no Hospital Universitário Regional de Maringá (HUM), da Universidade Estadual de Maringá (UEM), que é uma instituição de caráter público, credenciada ao Sistema Único de Saúde (SUS) e designada como Hospital de Ensino, conforme determinação da Portaria Interministerial nº 1.000, de 15 de abril de 2004 (BRASIL, 2004). O mesmo localiza-se na cidade de Maringá, no noroeste do Estado do Paraná, Região Sul do Brasil, situado a 434 km de Curitiba, a capital do Estado. A população desse município é de 351.117 habitantes, sendo desses 185.369 do sexo feminino (IBGE, 2010).

O estudo foi realizado na unidade de Ginecologia e Obstetrícia (GO) do HUM, que conta com cinco enfermarias, cada uma delas com três leitos, além de uma sala de Pré-Parto/Parto Humanizado, uma sala de recepção de RN e uma sala de exames, totalizando uma capacidade de internação de quinze mulheres.

O regime de internamento neste setor é o de Alojamento Conjunto (AC), onde o RN sadio, logo após o nascimento, é mantido 24 horas por dia junto à mãe, no mesmo ambiente, até que receba alta hospitalar (BRASIL, 1993b). Logo, a assistência prestada é voltada ao binômio mãe-filho, considerando a satisfação das necessidades de saúde de ambos.

Em 1995, foi constituída no HUM uma equipe multiprofissional que tem trabalhado para reduzir o índice de desmame precoce e de mortalidade infantil e materna, realizando mobilizações para a melhoria da qualidade da assistência, do ensino e da pesquisa, bem como para o sucesso do AM. Desse modo, a busca pelo título de HAC começou há dezessete anos, por meio da adequação do espaço físico, ampliação do hospital, instalação do Banco de Leite

Humano, implementação do projeto Mãe-Canguru, construção de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e de uma sala de recreação para as crianças internadas, além do desenvolvimento de curso de capacitação em manejo do AM para os funcionários da instituição (MARINGÁ, 2011).

Em consequência a este conjunto de esforços, no dia 18 de novembro de 2003, com a participação de representantes do Ministério da Saúde (MS), o HUM recebeu o título de HAC, sendo o primeiro hospital de Maringá e o 14º hospital público do País a conquistar este título (MARINGÁ, 2011; MELLO, 2003).

É importante ressaltar que o HUM é um hospital de referência para gestação de alto risco para os municípios participantes da 15ª Regional de Saúde, demanda que pode determinar que as taxas de cesáreas sejam mais altas.

3.3 População do estudo

Os sujeitos selecionados para a pesquisa foram mulheres admitidas no hospital para o parto, e que se encontravam aptas a amamentar e a estabelecer o contato com o seu bebê logo após o nascimento, estando após o parto internadas no AC da clínica de GO do HUM.

Os dados foram coletados sem predeterminação do número de sujeitos participantes, pois a quantidade de indivíduos foi determinada pelo alcance dos objetivos, levando em conta que a validade do indicante de sujeitos está na sua potencialidade de objetivar o objeto empiricamente, em todas as suas dimensões, pois na busca qualitativa o pesquisador deve preocupar-se menos com a generalização e mais com o aprofundamento, a abrangência e a diversidade no processo de compreensão do grupo a ser investigado (BARDIN, 2011).

Para a seleção dos sujeitos, inicialmente foi realizada uma busca nos prontuários das gestantes internadas na GO, para que fosse possível identificar aquelas mulheres que atendessem os critérios de inclusão.

O critério de inclusão estabelecido foi: mulheres com 18 anos ou mais que estivessem aptas a realizar contato com o bebê e amamentação logo após o nascimento, estando internadas após o parto no AC da Clínica de GO do HUM. Os critérios de exclusão foram: mulheres que

apresentaram incapacidade e/ou impedimento para estabelecer o contato e AM precoces; casos de óbito fetal ou neonatal precoce ou óbito materno; RN ou puérpera que foram internados em Unidades de Terapia Intensiva; mulheres que apresentaram sorologia positiva para o vírus da imunodeficiência humana e as que eram usuárias de drogas ilícitas.

A observação não participante, técnica utilizada para a coleta de dados, também contribuiu para a seleção dos sujeitos do estudo, visto que, alguns dos critérios de inclusão e exclusão só puderam ser observados após o nascimento da criança. Deste modo, mulheres que a princípio estavam aptas a participar do estudo, após o parto já não se enquadravam mais nos critérios supracitados.

3.4 Coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada no período de novembro de 2011 a janeiro de 2012, por meio da observação sistemática não participante de partos, proporcionando, assim, o conhecimento da realidade da qual este estudo constitui um desdobramento. Foi realizada também coleta de dados dos prontuários dessas puérperas que foram assistidas na observação descrita, além de uma entrevista semiestruturada com as mesmas, após o parto. Para complementar os dados, foram realizadas anotações de diário de campo.

A coleta dos dados no momento do parto constituiu-se na observação sistemática não participante, seguindo um roteiro (Apêndice A) para captação das ações, sentimentos, principais expressões das mulheres, tipo do parto, necessidade de anestesia ou não. Foram registrados também, de modo detalhado, o horário de início e término do parto, horário e a forma como ocorreu o estabelecimento do contato e da amamentação, estado da mãe e do bebê e motivo do término do contato. A escolha dos partos observados ocorreu por conveniência dos horários da pesquisadora.

A observação sistemática é norteada por instrumentos na coleta de dados ou fenômeno. Nessa técnica, o observador conhece o que é mais pertinente para observação e tem metas conhecidas. Para tanto, o mesmo deve ser objetivo, procurando reconhecer e eliminar erros que possam influenciar o que vê ou reconhece. Quando a observação se dá de

forma não participante, o observador deve se manter fora do fenômeno a ser investigado, sendo ele um elemento a mais no contexto. Trata-se de uma observação passiva, na qual há um contato com a comunidade, grupo, ou realidade estudada, sem, no entanto, haver uma integração entre pesquisador-sujeitos do estudo (MARCONI; LAKATOS, 2006).

Como prenunciado, também foi realizado registro em um diário de campo, em relação às observações e percepções da interação do binômio mãe-filho, expressão, gestos e sentimentos que foram evidenciados durante as entrevistas. Esse instrumento permite ao investigador anotar todas as informações que não sejam registros das entrevistas formais e deve conter observações sobre conversas informais, comportamentos, gestos e expressões que sejam relevantes ao tema da pesquisa (MINAYO, 2008).

Na consulta aos prontuários das puérperas, foram coletados os dados de interesse do estudo, tais como dados sociodemográficos, informações sobre a história obstétrica da mãe, sobre o parto e nascimento do bebê, de acordo com instrumento previamente elaborado (Apêndice B) para caracterização dos sujeitos.

Por fim, foi realizada uma entrevista semiestruturada com essas puérperas, considerando que a entrevista facilita a abordagem e assegura que os pressupostos objetivados sejam realizados, representando a realidade dos sujeitos estudados (MINAYO, 2008). Essa entrevista foi realizada após o consentimento das mães, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C), que contém a solicitação de anuência da mesma para a participação no estudo e para que se procedesse à gravação das falas.

As entrevistas foram realizadas um dia após o parto, respeitando o período de recuperação da mãe, em um espaço físico tranquilo que a instituição oferece para os pacientes durante o período de internação, sendo este local situado na parte externa da instituição, próximo à maternidade, para que, deste modo, fosse respeitada a privacidade dos sujeitos da pesquisa. Apenas em dois casos as entrevistas ocorreram no AC, de acordo com a preferência da puérpera. A entrevista seguiu um roteiro (Apêndice D) que abordou a percepção da mãe em relação ao contato e amamentação precoces.

As entrevistas foram registradas em gravador digital, após o consentimento da puérpera. A transcrição das falas foi realizada na íntegra, com correções gramaticais e de

vícios de linguagem das participantes, tendo o cuidado de preservar a estrutura e significado das falas, assim como a sequência das ideias.

Com a finalidade de aperfeiçoamento do roteiro de entrevista, foram realizadas, no mês de outubro de 2011, sete observações não participantes seguidas de entrevistas com puérperas internadas no AC da clínica de GO do HUM, resultando na reformulação do instrumento, tornando-o mais adequado ao objetivo do estudo.

3.5 Análise dos dados

Para o tratamento dos dados provenientes das entrevistas, foi realizada a análise de conteúdo, modalidade temática. Segundo Bardin (2011), a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições das variáveis inferidas dessas mensagens. Dessa maneira, procura-se conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça, sendo uma busca de outras realidades por meio das mensagens.

A análise temática procura encontrar os “núcleos de sentido” que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição podem significar algo para o objetivo analítico proposto (BARDIN, 2011).

A análise de conteúdo se desdobra em três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A pré-análise tem como objetivo tornar operacionais e sistematizadas as ideias iniciais, tendo geralmente três missões: a formulação das hipóteses e dos objetivos, a escolha dos documentos a serem analisados e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final (BARDIN, 2011).

A exploração do material caracteriza-se pela aplicação sistemática das decisões tomadas na primeira fase, proporcionando a codificação, decomposição ou enumeração dos dados selecionados. E, na última fase, os resultados brutos são tratados de modo a serem significativos e válidos, permitindo que se atinja uma representação do conteúdo, e, por fim, se proceda à interpretação dos dados (BARDIN, 2011).

Tratar o material é codificá-lo, e esse processo se dá por meio da escolha das unidades a serem trabalhadas, a escolha das regras de contagem e a escolha das categorias. Para tanto, a unidade de registro utilizada foi o tema, as regras de enumeração se deram por meio da frequência e o critério de categorização foi semântico (BARDIN, 2011).

Tem-se como limite dessa análise selecionada, a chance de que elementos importantes sejam desconsiderados, assim como o risco de erros, considerando que se tratam de elementos isolados e de baixa frequência. Essa barreira não invalida ou desqualifica a pesquisa, levando em conta que o contexto da mensagem apresentada na pesquisa em questão é relevante e significativa, pois esse tipo de análise se caracteriza pelo fato da inferência ser fundada na presença do índice e não sobre a sua frequência (BARDIN, 2011).

A fim de garantir o anonimato das mulheres e não nomeá-las de forma genérica (sujeito 1, sujeito 2...), optamos por nominá-las com o nome de pedras preciosas ou semipreciosas, uma vez que estas mulheres, o evento investigado e os depoimentos obtidos foram preciosos para a construção dessa pesquisa, oportunizando-nos adentrar na experiência pessoal de cada uma delas, proporcionando uma riqueza de saberes e vivências, que permitiram conhecer a realidade humana, que é dotada de sentidos e significados únicos, essenciais na construção e realização de um cuidado mais humanizado.

3.6 Aspectos éticos

O estudo foi realizado de acordo com as normas do Comitê de Ética Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá – PR (COPEP) e em consonância com as diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). Para tanto, a pesquisa foi autorizada pelo HUM (Anexo B) e pelo COPEP, conforme CAAE 0366.0.093.000-11 e Parecer nº 520/2011 (Anexo C). Dessa forma, com a concordância do estudo, os sujeitos da pesquisa assinaram o TCLE em duas vias, contemplando os preceitos éticos da resolução supra-especificada.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Os discursos e as notas de diário de campo possibilitaram, por meio da análise de conteúdo, modalidade temática, analisar as vivências e os significados do contato e da amamentação precoces em puérperas internadas em um Hospital Amigo da Criança, bem como os fatores envolvidos em tais práticas.

4.1 Contextualização do ambiente e das rotinas do serviço voltados ao processo de nascimento

É fundamental uma aproximação com a realidade a ser investigada, visto que cada serviço possui uma estrutura, rotina e profissionais distintos. Para tanto, descrevemos a seguir as características do serviço e a infraestrutura que estiveram ligadas ao evento pesquisado.

A porta de entrada para o serviço de obstetrícia do HUM se dá por meio do encaminhamento ambulatorial ou pelo Pronto Atendimento (PA) do HUM. Em ambos os casos, a mulher pode ser encaminhada para a GO ou diretamente para o Centro Cirúrgico (CC), dependendo do resultado da avaliação obstétrica.

Quando encaminhadas para a GO, a gestante segue em observação, podendo a gestação evoluir para um parto normal ou cesáreo. Caso a paciente inicie o trabalho de parto, a mesma é transferida para a sala de pré-parto, ainda no setor da GO, permanecendo na companhia de algum familiar de sua escolha. Neste ambiente, é orientada e estimulada a realizar exercícios que aliviem a dor e facilitem o trabalho de parto.

As equipes de enfermagem e de medicina, juntamente com alunos de graduação destes cursos, avaliam constantemente a paciente. Ao constatarem que o RN está prestes a nascer, ou que é necessário intervir na gestação, o médico responsável encaminha a paciente para o CC.

No CC, o parto normal ocorre em uma sala específica para esse tipo de parto e, no caso de parto cesáreo, acontece em uma das três salas de cirurgia do setor. Todas as salas encontram-se equipadas para dar suporte em casos de intercorrências, tanto para a mãe quanto

para o RN. É importante destacar que o berço aquecido encontra-se posicionado fora do campo visual da mãe, desse modo, no momento em que se procedem aos cuidados com o RN, a mãe não consegue visualizá-los.

Durante a permanência da paciente no HUM, a mesma é acompanhada por profissionais capacitados, recebendo assistência da equipe de enfermagem e de medicina, e caso seja necessário, dos setores de psicologia e serviço social. Os profissionais de medicina e enfermagem encontram-se sempre presentes nos cuidados dispensados à mulher, sendo esses os principais atores envolvidos nas ações do fenômeno foco de investigação.

É relevante rememorar que o hospital em questão é um hospital ensino. Deste modo, a presença de alunos é frequente, havendo grande rotatividade de profissionais e alunos inseridos no cuidado. Essa rotatividade tem como consequência um cuidado contínuo, entretanto fragmentado em relação a orientações e práticas, considerando a individualidade, o conhecimento e experiência de cada profissional.

Em consequência das atividades de ensino, nota-se haver certa lentidão na execução de algumas práticas, levando em conta que em muitas delas nem sempre os alunos dominam os conhecimentos e as técnicas, demandando maior tempo e orientações dos docentes, para que sejam realizadas.

Observando a rotina desenvolvida pela instituição, ressalta-se que o hospital, apesar de ser um HAC e seguir as regras da IHAC, ainda se apresenta, em algumas situações, arraigado a uma assistência tecnicista, e numa rotina, que preconiza que, assim que o RN nasça, tenha como prioridade os cuidados de amparo ao neonato, mesmo nas situações em que este se encontra sem necessidade de assistência imediata.

Comumente, o RN, assim que nasce, é recepcionado pelo obstetra, que logo em seguida entrega o bebê para a equipe de pediatria. Essa equipe encaminha o RN para o berço aquecido, procedendo aos cuidados de rotina (CR), que com frequência sucedem da seguinte forma: secam rapidamente o RN; logo em seguida verificam a permeabilidade das vias aéreas e avaliam de forma rápida o estado geral do RN; procedem à aspiração das vias aéreas, primeiro oral e depois nasogástrica; também verificam a quantidade e o aspecto do resíduo gástrico.

A seguir, inspecionam a existência de duas artérias e uma veia no cordão umbilical, avaliando se existe alguma malformação; na sequência, clampeiam o cordão umbilical com

látex, a alguns centímetros do anel umbilical. Neste momento, também realizam a identificação do RN com pulseira plástica, em que consta nome da mãe, sexo, data e hora do nascimento. Registram ainda na ficha do RN sua impressão plantar e a digital do polegar direito da mãe. Também no berço aquecido, é administrada uma única dose de vitamina K, por via IM, na região do vasto lateral da coxa. Em casos de parto normal, é instilada uma gota de colírio de Nitrato de Prata 1% nos sacos conjuntivais do RN. Se o bebê for do sexo feminino, também pingam uma gota na genitália.

Logo após esses cuidados, a equipe de pediatria leva o RN até a mãe, proporcionando o primeiro contato. Geralmente nos partos normais, o bebê é entregue para a mãe nesse momento, ficando com ela até chegarem ao AC. Em parto cesariano, isso não acontece. O RN retorna ao berço aquecido, ou fica no colo do pai, caso o mesmo esteja presente.

É relevante esclarecer que em situações nas quais o RN apresenta complicações ou Apgar baixo, são realizados procedimentos de estimulação e reanimação ali mesmo, no berço aquecido.

Após o término do procedimento, caso haja vaga, o RN é encaminhado junto à mãe, para o AC da GO, do contrário, fica no PA aguardando a liberação de vaga no referido setor. Comumente, mãe e filho saem do CC juntos na maca, exceto em casos de complicações maternas ou do RN, ou nos episódios em que o bebê é entregue aos familiares da puérpera na saída do CC.

Quando encaminhados juntos para a clínica da GO, ao chegarem ao setor, o binômio é separado para que a equipe possa transferir a puérpera da maca para o leito. Neste momento, a equipe de enfermagem realiza CR específicos daquele setor, que englobam um breve exame físico da mãe e do RN, além de vestir o bebê e logo em seguida entregarem-no para a puérpera, incentivando-a e orientando-a a amamentar.

Esses cuidados dispensados ao RN geralmente acontecem no AC, sob o olhar atento da mãe, mas há casos em que a equipe prefere realizá-los em uma sala exclusiva para a avaliação e realização de procedimentos em RNs. Há profissionais que, ao cumprirem esses cuidados, já realizam as medidas antropométricas.

A rotina determinada pela instituição preconiza que somente após seis horas de vida do RN a equipe de enfermagem deve realizar o banho, verificar as medidas antropométricas do neonato e administrar as vacinas contra hepatite B e BCG. Com exceção de episódios no

qual o bebê nasce com mecônio, ou a mãe é portadora do vírus da imunodeficiência humana, o RN é encaminhado diretamente ao banho.

Embora o clampeamento imediato do cordão umbilical, o uso do colírio nitrato de prata, a aspiração do resíduo gástrico e das vias aéreas, logo após o parto, sejam ações tradicionalmente exercidas e evidenciadas na realidade observada, essas práticas, atualmente, não são indicadas neste momento, pois podem interferir ou adiar o estabelecimento do contato e da amamentação precoces (ADAM NETTO; GOEDERT, 2009; BRASIL 2001, 2005a, 2011b; KIREMITCI et al., 2011).

O clampeamento do cordão umbilical tardio contribui para uma adequada distribuição do sangue entre o RN e a placenta, além de permitir o estabelecimento do contato pele a pele entre a mãe e o bebê, pois ao nascer, a criança pode ser colocada sob o abdômen da mãe, dando início ao contato pele a pele. A transfusão placentária completa ocorre em média três minutos após o nascimento, para tanto, o bebê deve estar aproximadamente dez centímetros acima ou abaixo do nível da placenta (BRASIL, 2011b).

A credeização deve ser realizada na primeira hora após o nascimento, tanto no parto vaginal como na cesárea, porém antes que esse procedimento seja realizado é importante que ocorra o contato olho a olho do neonato com os pais, uma vez que o nitrato de prata pode ter como consequência a opacificação da córnea, interferindo na interação que se estabelece entre o RN e os pais (ADAM NETTO; GOEDERT, 2009; BRASIL 2001, 2005a, 2011c).

A aspiração gástrica e das vias aéreas logo após o parto não são mais indicadas, já que estudos mostraram que essa prática não proporciona benefícios, nem mesmo nos casos de síndrome de aspiração de mecônio, pois essa conduta pode causar alterações dos padrões fisiológicos da criança, traumas e adiar o contato e a amamentação quando priorizada (KIREMITCI et al., 2011; BRASIL, 2011c).

Essas evidências ressaltam a necessidade de reflexão acerca das ações desenvolvidas, uma vez que práticas intervencionistas desnecessárias devem ser descontinuadas, dando lugar a cuidados que privilegiem a saúde materno-infantil com um cuidado humano e holístico (BRASIL, 2002).

4.2. Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Buscando conhecer os sujeitos da pesquisa, no Quadro 1 estão apresentados os dados sociodemográficos dos mesmos. As participantes apresentaram idade compreendida entre os 18 e os 34 anos, com média de 26,06 anos.

Sujeitos	Idade (anos)	Escolaridade	Situação conj.	Ocupação	Procedência
Ágata	22	EMC	Viúva	Vendedora	Farol
Ametista	30	EMI	Casada	Aux. de produção	Maringá
Apatita	18	EMC	Casada	Aux. financeiro	Maringá
Cristal	23	EFC	Com companheiro	Cabeleireira	Iguatemi
Dolomita	20	EMI	Solteira	Costureira	Maringá
Esmeralda	34	EMC	Casada	Aux. administrative	Maringá
Fluorita	29	EFC	Com companheiro	Aux. de produção	Mandaguari
Hematita	32	EFI	Com companheiro	Aux. de cozinha	Maringá
Iolita	19	EMC	Com companheiro	Do lar	Sarandi
Jade	25	ESI	Casada	Inst. de processos eletrônicos	Maringá
Opala	25	EMI	Com companheiro	Costureira	Maringá
Pérola	33	EMI	Com companheiro	Costureira	Iguatemi
Rubi	26	EMI	Com companheiro	Costureira	Maringá
Safira	31	EMC	Casada	Costureira	Maringá
Selenita	27	EMI	Com companheiro	Aux. de produção	Arapongas
Turquesa	23	EFI	Com companheiro	Aux. de indústria têxtil	Maringá

Quadro 1 – Caracterização das participantes do estudo segundo variáveis sociodemográficas. Maringá, 2011.

EFI – ensino fundamental incompleto; EFC – ensino fundamental completo; EMI – ensino médio incompleto; EMC – ensino médio completo; ESI – ensino superior incompleto.

Trata-se de um grupo com escolaridade heterogênea, visto que possuía desde mulheres que não completaram o ensino fundamental até uma cursando o ensino superior. Cinco delas possuíam o ensino médio completo e seis não o concluíram. Considerando a situação conjugal, 14 mulheres possuíam companheiro.

Em relação à ocupação, cinco eram costureiras, três auxiliares de produção, sendo as demais: auxiliar de indústria têxtil, auxiliar de cozinha, auxiliar administrativo, vendedora, instrutora de processos eletrônicos, cabeleireira, do lar e auxiliar financeira.

Grande parte das mulheres (10) era procedente do próprio município, entretanto, considerando, como já citado, que o HUM é referência para gestação de alto risco para os municípios participantes da 15ª Regional de Saúde, a procedência dos sujeitos foi diversificada, sendo o restante (6) proveniente dos municípios de Araongas, Farol, Iguatemi, Mandaguari e Sarandi.

No Quadro 2 estão apresentadas as características obstétricas das participantes, assim como algumas variáveis de interesse dos RNs. A maioria (11) das mulheres possuía histórico de parto anterior ao da investigação e cinco eram primíparas.

Sujeitos	Paridade	Cons. pré-natal	IG (semanas)	Parto	Peso RN (gramas)	Apgar 1° - 5° min
Ágata	4	9	40	N	4040	09 10
Ametista	2	11	37	C	3240	09 10
Apatita	1	10	38	C	2735	06 10
Cristal	2	5	39	C	3600	09 10
Dolomita	2	11	40	N	2730	10 10
Esmeralda	2	8	38	C	3190	09 10
Fluorita	2	14	39	C	3340	09 09
Hematita	6	14	39	N	3580	08 10
Iolita	2	14	39	N	3080	09 10
Jade	1	15	40	N	3360	08 09
Opala	1	14	39	N	2690	10 10
Pérola	1	10	40	N	2955	09 10
Rubi	2	7	40	N	2820	09 10
Safira	1	9	39	N	3690	09 10
Selenita	2	8	40	N	3655	09 10
Turquesa	2	13	38	C	3130	09 10

Quadro 2 – Distribuição das variáveis obstétricas e dos RNs investigados. Maringá, 2011.

N – parto normal; C – parto cesáreo; IG – idade gestacional.

Na gestação investigada, todas as participantes referiram ter realizado pré-natal e um número adequado de consultas, com exceção de uma (Cristal) que realizou apenas cinco consultas. O MS preconiza que durante o pré-natal deve ser realizado o número mínimo de

seis consultas, preferencialmente uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre (BRASIL, 2005b).

As participantes apresentaram idade gestacional (IG) compreendida entre 37 e 40 semanas, com média de 39,06 semanas, caracterizando os RNs como a termos.

Dez mulheres tiveram parto normal. Apesar do número maior de partos eutócitos no grupo observado, essa parcela investigada não reflete a situação da instituição, porque há de se levar em conta que o número de sujeitos dessa pesquisa não é significativo para que se realizem generalizações, considerando a metodologia, o objetivo e o número de sujeitos ao qual nos reportamos nesse estudo.

Todavia, é relevante situar o quadro atual em relação à proporção dos tipos de parto na instituição, município e Estado. O HUM apresentou, no ano de 2011, uma proporção de partos cesáreos de 59,15%, e segundo os dados disponíveis do Datasus, o município de Maringá e o Estado do Paraná apresentaram, em 2009, uma proporção de partos cesáreos de 81,46% e 56,53%, respectivamente (BRASIL, 2010).

Segundo o MS, a taxa de cesárea deve estar em torno de 15% a 20% para o total da população, exceto nos casos em que se deve levar em consideração a complexidade da assistência fornecida pela instituição, quando se analisam taxas institucionais separadamente (BRASIL, 2001).

Deste modo, notamos que o número de partos cesáreos ainda é preocupante, mesmo com ações realizadas para tentar reverter as altas taxas de cesariana, se não por completo, pelo menos parcialmente, sendo uma das medidas aplicadas, a Portaria nº 2.816/98 que designou limites máximos de cesárea para o pagamento pelo SUS, inicialmente estabelecidos em até 30% para o ano de 2000. Para contemplar especificidades locais, o MS alterou esse critério, com a Portaria nº 466/00, atribuindo às unidades federadas a definição do limite máximo de cesáreas por instituição (BRASIL, 1998; 2000).

Todos os RNs apresentaram peso superior a 2.500 gramas, variando de 2.690 a 4.040 gramas, com média de 3.239,68 gramas. Realizando a classificação do RN por peso ao nascer e IG por meio das curvas de crescimento fetal, usando o critério de percentis, todos eles apresentavam peso adequado para a IG (BRASIL, 1994).

Os valores registrados na escala de Apgar no 1º e 5º minutos são importantes registros das condições de nascimento. Segundo Normas Básicas para AC aprovadas pelo MS,

considera-se com boa vitalidade os RNs com mais de dois quilos, mais de 35 semanas de gestação e índice de Apgar maior que seis no 5º minuto. Tais parâmetros indicam a prática do AC, desde que a mãe não apresente patologia que impossibilite ou contraindique o contato com o RN (BRASIL, 1993a; 2011c). Considerando essas determinações, todos os RNs apresentaram boas condições de nascimento e estavam em situação favorável para a realização do contato e amamentação precoces e para posterior estabelecimento do AC.

Estas informações, sobre o ambiente e a rotina do serviço aliadas às características sociodemográficas e obstétricas das participantes, são importantes em estudos como este, na medida em que constituem a base sobre a qual os significados e as vivências são percebidos por elas. Além disso, fornecem elementos para conhecermos mais profundamente os sujeitos e tentar compreender a realidade tal como elaborada por eles.

Portanto, levando em consideração o exposto e a análise temática dos relatos das participantes, bem como as notas dos diários de campo, foi possível a identificação das categorias e subcategorias descritas a seguir:

4.3 Vivenciando o processo de nascimento na presença/ausência do acompanhante

O tema “Cuidado Amigo da Mãe”, apresentado pelo Unicef, oferece critérios adicionais aos “Dez Passos para o sucesso do AM” e ao Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno, com a recomendação de que as autoridades de cada país decidam se esses critérios devem ou não ser exigidos, dependendo da necessidade de incluir exigências relacionadas ao trabalho de parto e parto amigo da mãe. Dentro desse tema, as normas requerem práticas de parto e nascimento amigos da mãe, incluindo o incentivo às mulheres para que elas tenham a presença de acompanhantes de sua escolha, para lhes fornecerem apoio físico e/ou emocional durante o parto, se o desejarem (UNICEF, 2008).

No Brasil, esse tópico não faz parte dos critérios de avaliação da IHAC, entretanto o PHPN e a Lei Nacional nº 11.108 de 2005 garantem a presença de um acompanhante à gestante durante todo o pré-parto, parto e pós-parto (BRASIL, 2005c; 2001).

O parto é um acontecimento de grande amplitude emocional e física, no qual fatores fisiológicos, sociais, culturais e psicológicos interatuam, constituindo, portanto, a necessidade de acompanhamento e atenção à mulher. Quando a gestante está acompanhada de um parente ou de seu companheiro, as ansiedades próprias do trabalho de parto e possíveis sensações de angústia se tornam mais amenas (MOTTA; CREPALDI, 2005).

Além da importância em relação ao apoio psicológico que a presença do acompanhante promove durante todo o trabalho de parto, o mesmo pode ainda, colaborar ao participar no pós-parto, ajudando a mulher no contato e AM precoces, por meio da assistência para o posicionamento da mãe e do RN, e ao auxiliá-la na realização da técnica correta da amamentação, podendo, assim, contribuir para a consolidação do quarto passo da IHAC.

Apesar do programa de incentivo da OMS, da lei descrita e das contribuições que a presença do acompanhante pode gerar na efetivação do quarto passo da IHAC, a presença do familiar no momento do parto ocorreu em apenas cinco dos casos observados. Em quatro desses casos, o familiar presente era o pai do RN e em um, a avó.

Os casos em que não houve o acompanhamento de familiares no momento do parto se deram por motivos de desejo do próprio pai; desejo da mãe; a ausência de familiares da gestante no hospital no momento da entrada no CC; o desconhecimento da mãe desse direito; a não solicitação da família, bem como em virtude das mulheres referirem não terem obtido permissão da equipe para que seus companheiros ou entes queridos pudessem acompanhá-las nesse momento.

[...] eu estava com tanta dor que eu não quis, eu nem pedi para ninguém entrar. Quando eu fiz a cesárea, o pai do neném entrou comigo [referindo-se a um parto anterior], mas no CC eu nem pedi [referindo-se ao parto atual].
(Rubi)

Nem pedimos, acho que também não quiseram entrar, acabaram esperando ali fora. (Turquesa)

[...] a minha sogra tinha combinado com eles que iria assistir, e na hora do parto eles não deixaram ela entrar. (Iolita)

O pai estava lá fora, no corredor. Ele já estava nervoso de ver eu com dor, imagina se ele entrasse na sala de parto, iria morrer [risos]. (Hematita)

O cuidado prestado à mulher no momento do parto, por uma pessoa com a qual possua vínculo, gera a elevação da autoestima e sensação de apoio, tendo como consequência a maior satisfação e segurança da gestante no período da parturição (OLIVEIRA et al., 2011). As mulheres que tiveram o pai ou outro familiar do RN presente no momento do parto referiram que foram auxiliadas por esse no momento do contato e/ou amamentação, enfatizando que a presença do mesmo suscitava-lhes sentimentos de confiança, conforto e segurança.

O pai ajudou bastante. Muito bom, muito bom mesmo [...] graças a Deus eu estava aqui com o meu esposo. Meu esposo falou: não se preocupe que eu estou do seu lado. (Ametista)

Estava o pai, ele ficou ali perto [...]. Nossa, me passou muita segurança. Nossa! Totalmente... eu estava com muito medo, hora que eu vi ele lá dentro, eu me acalmei. Falei: não estou sozinha. (Apatita)

Estava o pai, ele me ajudou aqui no quarto. Foi bacana, porque na minha primeira gravidez, já não tive. O pai da minha menininha não foi, porque ele não é pai da minha filha, e esse aqui (companheiro atual) já está junto. Então, a gente se sente mais segura tendo o marido do lado para dar uma força. (Fluorita)

Ajudou, ajudou sim. Ele também foi muito bem esclarecido durante esse período da gestação, ele estava sempre comigo nessas reuniões, sempre procurando informação. Foi muito importante, porque é um momento que você está bastante vulnerável e você está com pessoas desconhecidas a sua volta, e por mais que você tenha feito o pré-natal com aquele médico que está lá naquele momento, que não foi o meu caso, na hora você está muito vulnerável. Você está muito exposta, e você está querendo logo pegar o seu bebê, ter alguém que você conheça, alguém que você... alguém íntimo. Um marido, ou uma mãe, ou algo semelhante assim, é fundamental; te traz mais segurança, te traz mais paz, é muito bom. (Jade)

O fato do papel de acompanhante ser desempenhado pelo companheiro da mulher, gera maior vínculo familiar, além de estimular a interação precoce pai-filho. Por meio dessa aproximação, o pai se mostra mais preparado e disposto a compartilhar dos cuidados com o bebê, mostrando-se ativo e participativo (ALEXANDRE; MARTINS, 2009; CARVALHO et al., 2010).

Observamos que o comportamento do acompanhante foi guiado por orientações médicas, e as atitudes provenientes de suas emoções foram limitadas pelo receio de colocar em risco o bom andamento do parto. Para Longo; Andraus; Barbosa (2010), a participação

restrita do acompanhante é decorrente de um modelo de assistência intervencionista ao parto, bem como de preconceitos diante de um acompanhante ativo.

Às 10h24min, o pai entra no CC, aguarda do lado de fora da sala de cirurgia, depois que os campos cirúrgicos já foram abertos e está tudo pronto para iniciarem a cirurgia. O pai é posicionado ao lado na mãe, sendo orientado a não tocar nos campos cirúrgicos, pois estão estéreis. Às 10h36min, o RN nasce, a obstetra neste momento pergunta: *cadê o pai?* O pai se levanta, a residente de anestesiologia avisa que ele deve ficar apenas atrás dos campos e não tocar neles. Depois que o RN é recepcionado pela pediatra, o pai é orientado a voltar a se sentar, avisam que vão realizar os cuidados com o RN, que depois vão trazer o bebê para que possam vê-lo. (Notas de diário de campo - Ametista)

Às 8h32min, o pai entra no CC, é posicionado ao lado da mãe (cabeceira da mesa cirúrgica), é orientado a não tocar nos campos verdes [...] A obstetra informa ao pai que o RN logo vai nascer, que só estão aguardando o pediatra chegar, também explica que o pai poderá se levantar assim que o bebê nascer, mas que deve permanecer atrás do campo cirúrgico. Assim que o RN nasce, o pai, curioso e ansioso, olha por cima dos campos. O RN logo que nasce é entregue para a equipe de pediatria, que leva o RN para o berço aquecido. O pai segue observando com o olhar atento, a residente de anestesiologia avisa o pai, que ele já pode voltar a se sentar, ele obedece. (Notas de diário de campo - Apatita)

Buscando mudar tal realidade, é importante que a equipe de saúde reconheça o potencial do acompanhante e os benefícios do seu suporte para a mulher durante o processo de parturição (LONGO; ANDRAUS; BARBOSA, 2010). A orientação da equipe também é uma ferramenta essencial para uma interação mais ativa do acompanhante, para que deste modo esse não seja apenas provedor de apoio moral e de conforto na experiência íntima do nascimento, mas que possa auxiliar a mulher de forma integral, abrangendo até mesmo apoio físico mais efetivo no trabalho de parto (MOTTA; CREPALDI, 2005; FRANCESCHINI, 2009).

Estudo de reflexão revelou que pesquisas têm demonstrado que a satisfação da mulher no parto está intimamente associada ao ambiente acolhedor e à presença de uma companhia, o que resulta na diminuição do medo, do estresse e da ansiedade, acelerando o progresso do parto (SANTOS; TAMBELLINI; OLIVEIRA, 2011).

Deste modo, devemos desenvolver uma assistência humanizada, voltando a atenção para a mulher, dando a ela a liberdade de escolha, favorecendo um ambiente acolhedor, oportunizando a presença do acompanhante e promovendo suporte físico e emocional. O

modelo holístico de assistência proporciona o empoderamento da mulher, ao torná-la conectada com a mente e o ambiente (VELHO; OLIVEIRA; SANTOS, 2010).

A inserção do acompanhante mostrou ser promissora para o fortalecimento de laços afetivos, proporcionando o compartilhamento de intimidades. Quando este momento é vivenciado pelo companheiro da mulher, a experiência pode ajudar a fortalecer a relação conjugal e a inserir o pai no cuidado à criança desde o nascimento.

Destarte, devemos (re)pensar maneiras de difundir e favorecer a participação do companheiro de escolha da mulher no momento do parto, preparando-os para essa ocasião, visto que as mulheres que tiveram a oportunidade de serem acolhidas e acompanhadas por uma pessoa de sua escolha, referiram sentirem-se tranquilas e seguras. Além disso, o acompanhante também contribuiu ao auxiliar a mulher no momento do contato e da amamentação precoces, reafirmando ser determinante o papel que desempenha nesse momento tão delicado e precioso.

4.4 Construindo o conhecimento sobre o contato e a amamentação precoces

O período gestacional caracteriza-se como uma importante etapa da constituição da maternidade, na qual se estabelece um exercício cada vez mais ativo do papel materno, cujo ápice se dará após o nascimento do bebê, de modo que não se deve apreciar apenas o nascimento como marco efetivo do exercício da maternidade (PICCININI et al., 2008). Os profissionais de saúde devem promover ações pertinentes durante todo o ciclo gestacional, pois tais atos preparam a mulher para o parto e pós-parto, influenciando no estabelecimento e duração do AM, assim como na relação futura do binômio mãe-filho.

A educação em saúde se constitui instrumento valioso neste percurso, visto que tal ação permite que os profissionais de saúde desenvolvam atividades direcionadas aos princípios de educar, facilitando, com isso, a sensibilização das mães para a tomada de consciência destes valores. Portanto, a possibilidade de mudança correlaciona-se à credibilidade dos profissionais de saúde e à sua disponibilidade como agentes de transformação social (FROTA et al., 2008).

Apesar de quase todas (15) as participantes terem realizado consultas de pré-natal em número considerado suficiente pelo MS, a maioria (13) não recebeu orientações sobre contato e amamentação precoces nesta assistência, nem no pré-parto, apontando um déficit de comunicação e assistência, como pode ser visto nas falas a seguir, tendo consequências importantes para a instauração destas práticas.

Não, ninguém me falou nada. Nem no pré-natal. (Ágata)

Não no pré-natal. O doutor ali da “casinha” [unidade básica de saúde], ele explica, faz uma palestra. Eu já participei da palestra que ele fez, ele tem todas as orientações, que tem que dar mamá até os seis meses, só o mamá. Só o leite materno, ele dá as orientações. Mas não chegou nesse momento não. (Opala)

Não, ninguém falou não. Achei que não traziam logo o neném, que ficavam preparando ele para depois vir, ou que amamentasse depois. Mas é na hora. (Turquesa)

Dentre as depoentes que referiram não terem recebido qualquer orientação, duas atribuíram já possuírem certo conhecimento da prática, em resultado de experiência pregressa e acesso à informação por meios de comunicação.

Ah, eu vejo na televisão, nos postos, nos cartazes, mas não no pré-natal. (Cristal)

Não, mas como eu já tive o primeiro filho aqui, eu já imaginava o jeito que iria ser. (Dolomita)

Diante de tal realidade, as mães se mostraram surpresas quando se depararam com situações nas quais a equipe de saúde iniciou o contato e amamentação logo após o parto.

Não, eu até estranhei quando cheguei no quarto e a menina já tirou meu peito para fora, já falou: não, nos já vamos pôr o neném no peito. Eu até estranhei, mas foi legal. (Ametista)

Nossa, foi emocionante, porque eu achei que não fossem me dar, achei que fossem levar para um berçário, fossem limpar ele. Mas não, veio diretamente para mim. Então foi..., nossa!... inesperado, foi muito bom! (Apatita)

Acho que ninguém me falou não, eu não imaginava que assim que nascesse eu já iria poder estar amamentando. Na verdade, foi uma surpresa para mim por ser parto normal. Já no CC, saí com ele! Não esperava, não. Esperava que fosse levar para algum lugar primeiro, depois... mas, graças a Deus até me surpreende de já poder ir com ele junto. (Pérola)

Eu achei que iria demorar mais para eu amamentar ele. Não achei que era tão rápido, porque geralmente nos hospitais não é assim. Mas aí, logo colocaram ele para amamentar, foi bom (Turquesa).

As três mães que relataram terem recebido informações em relação ao contato e amamentação precoces, discorreram de forma concisa sobre essas orientações, apresentando pouco domínio do assunto. Uma delas apresentou maior conscientização sobre o assunto, pois, além de possuir um grau de instrução mais elevado, mencionou que os conhecimentos adquiridos foram fornecidos no pré-natal, mas mediante questionamento e curiosidades próprias.

O que eu tenho conhecimento é que, às vezes, quando o parto é parto normal, já sai pendurado no seio da mãe. Quando é cesárea, é um pouquinho mais complicado. Então, no meu caso, que foi cesárea, não fiquei muito desiludida, não. No pré-natal, eles orientavam que se fosse um parto normal, já saía ali. Se estivesse tudo bem também, já saía amamentando, com o bebê no colo. Logo peladinho, já colocava perto da mãe e tudo. Na cesárea pode ser que não, porque tem outros procedimentos que têm que fazer. Então, tem que ser verificado tudo. (Esmeralda)

A enfermeira, falou que o bom do parto normal era isso, que você já pegava. (Rubi)

Sim, eu sabia que a [ficou tentando achar palavras para se explicar]... que inclusive o hospital tinha regras, onde a maternidade era prioridade. Então eu sabia que aqui, especificamente, iria ser assim: eu ia ter contato com ele, eu ia poder ficar com ele. Tanto é que ele passou a noite inteira comigo, não foi para berçário, nem nada! Que aqui tem que amamentar, não pode nem trazer mamadeira. Então, já é um dos motivos que eu estava bem consciente. Eu peguei informação no posto de saúde, peguei informação pela internet, que eu já tinha lido sobre parto humanizado, sobre amamentação. Aí você vai contando, aí eu vou ter lá no HU, o pessoal já vai, tipo: Ah! Lá no HU é assim, aí você vai juntando as pedrinhas, e vai se informando. No pré-natal mais eu perguntava, não era que me traziam a informação, eu fui muito curiosa, daí eu fui descobrindo, e fui me preparando para o melhor possível, que graças a Deus deu tudo certo. (Safira)

Os dados evidenciaram uma importante lacuna em relação ao conhecimento e medidas educativas sobre o contato e amamentação precoces. Tal falha se estende desde o pré-natal até instantes prévios ao parto. Essa realidade repercute no despreparo da mulher, que não vivencia o instante de forma plena, ficando desprovida de explorar todas as potencialidades

que o momento proporciona. As puérperas mostraram não conhecer as consequências dessa íntima relação, ficando condicionadas às ações desenvolvidas pela equipe de saúde.

Diante dos dados expostos, é de extrema importância que se desenvolva a construção e a realização de intervenções de enfermagem, sobretudo de cunho educativo durante o pré-natal e até mesmo na sala de parto, que venham esclarecer as mães sobre a relevância do AM e contato precoces (JOVENTINO et al., 2011).

O puerpério e o pré-natal se constituem em momentos oportunos para orientações às mulheres sobre os cuidados com as mamas e os benefícios do AM, sendo ocasião adequada para encorajá-las a amamentar. Todavia, muitas oportunidades são perdidas nessas fases (SANABRIA et al., 2005).

Dessa forma, é necessário gerar meios e aproveitar as oportunidades nas quais os profissionais da saúde possam realizar ações educativas sobre os direitos e deveres que as mulheres e o RN possuem, bem como as vantagens do contato e da amamentação precoces, disponibilizando embasamentos teórico-científicos, para que essas mulheres pensem de forma crítica e decidam quais as melhores ações a serem desenvolvidas, pois são elas as protagonistas do evento investigado.

4.5 Realizando o contato e a amamentação precoces

Levando em conta que os cuidados dispensados à mulher durante o trabalho de parto e o parto podem interferir no AM e na forma como a mãe vai cuidar do bebê (NARCHI et al., 2009), é relevante enfatizar a importância e as consequências do desenvolvimento do quarto passo da IHAC para as mães, assim como os fatores aos quais o mesmo se associa.

Estudos demonstram que o contato e a amamentação precoces repercutem em aumento na prevalência e duração da lactação, sucção eficiente e eficaz, influência positiva na relação do binômio, diminuição do índice de mortalidade infantil e menor chance do desmame precoce (NOVAES et al., 2009; TOMA; REA, 2008).

Os resultados apresentados podem servir de subsídios aos profissionais de saúde para que revejam suas práticas, na medida em que os levem a uma reflexão sobre a importância de

um olhar diferenciado à atenção infantil e materna nesse momento tão delicado e importante da vida da mulher, englobando aspectos do pré-parto, parto e pós-parto.

Deste modo, a seguir é apresentada uma discussão sobre os principais fatores relacionados ao quarto passo e à percepção materna sobre o evento investigado. Assim sendo, foram identificadas três subcategorias: conhecendo o fator tempo e suas consequências; compreendendo os sentimentos e os significados do contato e da amamentação precoces; iniciando a amamentação precocemente: vantagens e disposição.

4.5.1 Conhecendo o fator tempo e suas consequências

O Quadro 3 apresenta o tempo transcorrido do nascimento até a realização do contato visual (CV) e do contato físico (CF) entre o binômio mãe-filho. O CV foi qualquer aparição, mesmo que momentânea, que possibilitasse, por meio da visão, a mulher figurar a existência e até mesmo traços de seu filho e o CF foi considerado qualquer interação que levasse ao toque, desde um beijo até o contato pele a pele.

A observação e a descrição do tempo necessário para que os CV, e CF ocorressem, assim como a duração dos mesmos, proporcionaram uma reflexão acerca dos motivos relacionados à demora para que se iniciasse o contato e à amamentação, e as causas para que essa interação, quando estabelecida, fosse interrompida. Proporcionando assim, subsídios para repensar atitudes que possam estar comprometendo a efetivação destas práticas.

Diante dos dados apresentados e analisando os registros de diário de campo, podemos inferir que o tempo de início do CV nos partos normais ocorreu, na maioria dos casos, imediatamente após o nascimento, em consequência da maior autonomia da mulher, pois diferente do parto cesáreo, a mesma não se encontrava com os braços retidos e sob o efeito de anestesia que viesse a reduzir seu estado de alerta e sua motricidade.

Estudos consideram a cesariana como fator de risco para a concretização do quarto passo, na medida em que interfere na capacidade da mãe de se movimentar, pela situação e posicionamento decorrentes do procedimento cirúrgico, e pelo efeito da anestesia, que por sua

vez, pode interferir na condição de alerta da mãe e do bebê (ROWE-MURRAY; FISHER, 2002; SILVEIRA; ALBERNAZ; ZUCCHETO, 2008; VIEIRA et al., 2010).

Sujeitos	Tipo de parto	Início do CV	Duração do CV	Início do CF	Início do AM	Duração do CF	Motivo para o término do CF
		t	t	t	t	t	
Ágata	N	0'	1'	0'	17'	1'	Obstetra entregou o RN para o pediatra realizar os cuidados de rotina no CC.
Ametista	C	8'	<1'	99'	99'	14'	Enfermeira cessa o contato dizendo que o RN estava ficando "geladinho".
Apatita	C	6'	<1'	6'	71'	<1'	Aluno de Medicina, após apresentar o RN à mãe, o leva para o berço aquecido no CC.
Cristal	C	6'	<1'	6'	80'	<1'	Aluno de Medicina, após apresentar o RN à mãe, o leva para o berço aquecido no CC.
Dolomita	N	0'	<1'	8'	48'	4'	RN é entregue para a avó para que a puérpera possa ser transferida para a maca.
Esmeralda	C	5'	<1'	5'	68'	<1'	Aluno de Medicina, após apresentar o RN à mãe, o leva para o berço aquecido no CC.
Fluorita	C	13'	<1'	55'	55'	7'	Enfermagem separa o binômio para alocar a mãe no leito do AC e realizar o exame físico no RN e na mãe.
Hematita	N	13'	<1'	23'	23'	9'	Enfermagem separa o binômio para alocar a mãe no leito do AC e realizar o exame físico no RN e na mãe.
Iolita	N	0'	<1'	34'	34'	11'	Enfermagem separa o binômio para alocar a mãe no leito do AC e realizar o exame físico no RN e na mãe.
Jade	N	0'	<1'	8'	8'	3'	Enfermagem separa o binômio, dizendo ao RN que a mãe está cansada.
Opala	N	0'	<1'	10'	45'	16'	Enfermagem separa o binômio para alocar a mãe no leito do AC e realizar o exame físico no RN e na mãe.
Pérola	N	0'	<1'	6'	33'	9'	Enfermagem separa o binômio para levar o RN até o pai, que estava ao lado de fora do CC.
Rubi	N	8'	7'	8'	8'	7'	Mãe solicitou que pegassem o RN, referia estar com dor e com medo de derrubá-lo.
Safira	N	0'	<1'	8'	68'	7'	Mãe pede para retirarem o RN, justificando que estava com medo.
Selenita	N	0'	<1'	0'	12'	<1'	Obstetra entregou o RN para o pediatra realizar os cuidados de rotina no CC.
Turquesa	C	12'	<1'	57'	87'	8'	Enfermagem separa o binômio para entregar o RN para o pai segurar.

Quadro 3 —Duração e tipo do contato mãe-bebê e tempo do início do AM. Maringá, 2011.

CV – contato visual; CF – contato físico; AM – aleitamento materno; CC – centro cirúrgico; AC – alojamento conjunto; N – parto normal; C – parto cesáreo; ' - tempo em minutos.

Apenas em dois casos de parto normal a visualização do RN pela mãe não foi imediata, demorando nesses eventos oito e 13 minutos para acontecer, pois em um dos casos a mãe encontrava-se bastante cansada, e no outro foi necessário o uso do fórceps, estando a mãe na posição obstétrica, o que impossibilitou a visualização do RN.

Quando o RN nasce, a equipe avisa a mãe, que se apresenta exausta e aliviada. Pelo cansaço e por ter sido avisada que seu bebê estaria sendo levado para o berço aquecido para a realização dos primeiros cuidados/cuidados de rotina, a mãe acaba não se interessando em olhar o filho neste primeiro momento, apenas deita, respira aliviada e relaxa. (Notas de diário de campo - Hematita)

Apesar das mulheres serem colocadas na posição litotômica na hora do parto natural, algumas, com a ajuda do coxim triangular, também assumem a posição semifowler, que facilita para que a mulher possa visualizar o seu filho, assim que o mesmo é recepcionado pelo obstetra.

Para ajudar no trabalho de parto, colocaram um coxim triangular. A posição gerada pelo novo posicionamento, além de ajudar no processo expulsivo, também contribuiu, para que, após o nascimento, a mãe conseguisse ver seu filho sobre o campo cirúrgico e entre as pernas. Ao vê-lo, a mãe diz admirada e muito feliz: *olha que bonitinho, olha lá! Obrigada, doutor. Olha o tamanhozinho, olha que bonitinho.* (Notas de diário de campo - Dolomita)

Nos partos cesáreos, o início do CV demorou de cinco a 13 minutos, pois logo após o nascimento o RN foi entregue diretamente para a equipe médica de pediatria, que encaminhou o RN para o berço aquecido, onde realizaram os cuidados de rotina, já descritos anteriormente. Importante retomar o fato de que esses cuidados são realizados fora do campo visual da mãe, fato que gera certa ansiedade.

A mãe, apreensiva, pergunta se o RN já nasceu. A equipe responde que não. Demora um pouco para o RN nascer, assim, que nasce, o residente de anestesiologia avisa a mãe: *já nasceu, parabéns!* A mãe não responde nada por alguns segundos, mas assim que ouve o RN chorando, diz: *ai meu Deus, obrigada, ai meu Deus!* Logo em seguida, pergunta se o RN está bem. O residente de anestesiologia responde que sim, que estão realizando os cuidados com o bebê, que logo vão trazê-lo para que a mãe veja. A mãe também pergunta ao residente se o bebê é menina. O residente diz não ter visto. Novamente a mãe pergunta se o RN está bem, e o residente responde que sim. Minutos depois, a mãe, curiosa e inquieta, diz que quer ver seu

bebê, o residente de anesthesiologia informa que logo vão trazê-lo. (Notas de diário de campo - Cristal)

A mãe estava bastante apreensiva para ver sua filha, enquanto realizavam os cuidados de rotina, o RN começou a chorar, a mãe curiosa levantava a cabeça tentando vê-lo. O bebê estava em um berço à direita e à frente da mãe, os campos cirúrgicos impediam que ela pudesse visualizá-lo. Uma aluna do curso de Técnico de Enfermagem, vendo a mãe neste estado, perguntou se ela conseguia ver o bebê. Ela sorrindo respondeu que não, mas que gostaria. A aluna lhe informa que logo vão trazê-lo para que ela possa vê-lo. (Notas de diário de campo - Iolita)

Em relação à duração do CV, tanto no parto cesáreo, como no normal, esse tempo foi bastante curto, sendo o maior período de sete minutos. É frequente apenas a apresentação do filho à mãe, e logo em seguida o distanciamento, em função da prioridade dada aos CRs ou para colocar o RN no berço aquecido. Esse rápido contato nem sempre é justificado à mãe, entretanto quando justificado, não é questionado pela puérpera.

Oito minutos após o parto, a técnica de enfermagem leva o RN para a mãe ver, chega perto da mulher, mas não coloca o RN na altura dos olhos da mesma. A mãe sorri e se esforça para ver o seu bebê, mas logo em seguida o RN é levado até o berço aquecido, sem explicação alguma à mãe. (Notas de diário de campo - Ametista)

Treze minutos após o parto, o aluno de Medicina leva o bebê para a mãe ver. Ele, um pouco desajeitado, mostra a criança. A puérpera, sem conseguir enxergar o rosto do seu filho, puxa um pouquinho o cobertor, vendo o rostinho do bebê, conversa com ele, admirando-o e sorrindo. Esse contato dura menos de um minuto, logo o aluno avisa a mãe que vai colocar o RN no berço aquecido, a mulher concorda. (Notas de diário de campo - Iolita)

Treze minutos após o parto, o aluno de Medicina leva o RN para a mãe conhecer. Para que possa ver o rosto do seu bebê, a mãe puxa e afasta um pouco o cobertor, descobrindo a face do seu filho, ao vê-lo sorrir. O contato é rápido, o aluno logo leva o RN dizendo que iria deixá-lo no bercinho, que lá ele ficará quentinho. (Notas de diário de campo - Hematita)

Considerando o tempo perpassado do nascimento até o início do CF, observamos que o mesmo variou de 0 a 99 minutos. Em nenhum dos partos cesáreos o RN foi deixado junto à mãe logo que nasceu, só sendo entregue para ela ao final da cirurgia.

O CF imediato ocorreu somente em dois casos de parto normal, nos quais o RN foi colocado imediatamente após o nascimento sobre o ventre materno. O primeiro deles por vontade do obstetra, o outro por falta de um auxiliar que estivesse paramentado, e para o qual

a residente pudesse entregar o RN enquanto clampeava o cordão umbilical. Tal fato gerou, assim, a necessidade de deixar o RN sobre o ventre materno para que a residente pudesse apanhar e manusear o material necessário para clampear e cortar o cordão umbilical.

É importante refletir que esses dois casos, apesar de terem ocorrido logo após o parto, o contato não ocorreu de forma pele a pele, como recomendado pela IHAC no quarto passo. Os bebês, embora tenham sido colocados despidos junto às suas mães, essas encontravam-se vestidas com uma camisola fechada na frente.

Considerando os extremos em relação ao tempo demandado para que se iniciasse o CF, o motivo que postergou em 99 minutos este início relaciona-se ao tipo de parto (cesárea) em função do maior tempo para sutura. Ademais, o fato da paciente em questão ser obesa, influenciou o momento da transferência da paciente para a maca, pois exigia mais profissionais para que essa assistência fosse prestada de forma segura. No momento, havia apenas um técnico de enfermagem para realizar a transferência da mãe, os demais profissionais encontravam-se envolvidos em outras atividades. No período da saída, o técnico de enfermagem receoso de que o RN não estivesse seguro junto à mãe, e considerando que a maca era estreita para que ambos ficassem juntos, preferiu deixar o bebê entre as pernas da mãe, o que avaliou ser mais seguro.

Às 11h35min, terminados os procedimentos, a mãe ainda na mesa cirúrgica aguarda quietinha e com os olhos fechados a sua transferência para a maca e para o AC. Enquanto isso, o RN também permanece quietinho no berço aquecido. A técnica de enfermagem, enquanto arruma e limpa a sala, vai até a mãe e explica que está aguardando alguém para ajudá-la a transferir a mãe para a maca, a mãe concorda. Às 10h52min, chega outra técnica de enfermagem para ajudá-la, a mãe então é transferida para a maca e encaminhada para o corredor. A técnica de enfermagem pega o RN, e o coloca entre as pernas da mãe dizendo que o bebê ficará lá, pois não tem espaço na maca, que é perigoso o RN cair. A mãe pergunta se entre as pernas não é perigoso, se o RN não pode cair, a técnica responde que não, que é seguro, a mãe não contesta. A técnica chama o pai, o avisa que não deixou nos braços da mãe, pois não há espaço para a mãe segurar o RN, logo a técnica entrega o RN para o pai, que segura o seu filho, e se aproxima do rosto da mãe e a beija. (Notas de diário de campo - Ametista)

Avaliando a duração do CF, notamos que ele ocorreu por um período maior que a do CV, variando de menos de um minuto até 16 minutos, entretanto esse tempo ainda está distante do recomendado pela IHAC/OMS, que por meio do quarto passo da IHAC orienta

que os bebês devem ser colocados em contato pele a pele com suas mães imediatamente após o parto, por no mínimo uma hora.

Os motivos apresentados para a separação do binômio após o primeiro CF estão apresentados no Quadro 3 e foram distintos, desde a retirada do mesmo para os CRs até o pedido da própria mulher, por não se sentir segura.

Às 11h55min, a residente de pediatria entregou o RN para a mãe, A mãe, sem jeito e bastante trêmula, segura o bebê. A técnica de enfermagem perguntou se a mãe desejava amamentar, e ela respondeu de forma afirmativa com a cabeça. A técnica a ajuda a colocar o RN para amamentar. A mãe segurava o RN, parecia dispersa, olhava tudo a sua volta. O bebê não havia pegado corretamente, embora a mãe não estivesse atenta a isso. Às 12h02min, a mãe pede para que alguém segure o bebê, pois estava sentindo dor, e com medo de derrubá-lo. (Notas de diário de campo - Rubi)

Quando o RN nasce, a residente de obstetrícia já o coloca sob o abdômen da mãe, que, ainda um pouco cansada, se mostra feliz. A puérpera, sem saber o que fazer no momento, apenas olha o bebê e o toca com as pontas dos dedos, dizendo: nossa, meu anjo lindo! Em poucos segundos a residente de obstetrícia já separa o binômio, entregando o RN para o aluno de Medicina, que encaminha o neonato para o berço aquecido, onde são iniciados os cuidados de rotina. (Notas de diário de campo - Selenita)

O contato pele a pele deve acontecer o mais cedo possível, ainda na sala de parto. A partir de então, não se pode separar mãe e filho, salvo em casos de extrema necessidade, devendo o contato ser continuado no AC, e cabendo aos profissionais envolvidos com o parto, o cuidado para que tal assistência se concretize (ALMEIDA; MARTINS FILHO, 2004).

Destarte, observando o tempo decorrido da hora do nascimento até a primeira mamada/início da sucção, encontramos uma variação de oito a 99 minutos e em dez casos houve a amamentação/sucção dentro da primeira hora de nascimento. O tempo de duração da primeira mamada não foi registrado, pois em metade dos casos tal prática teve início somente no AC e, neste ambiente, notou-se que a presença do observador constrangia as participantes.

Mesmo que, na maioria das interações, o AM tenha ocorrido ainda dentro da primeira hora após o parto, verificou-se em dez casos que o CF não foi seguido da amamentação/sucção do RN, o que instiga a pensar sobre as causas associadas a esse evento. Sabe-se que o binômio mãe-filho, quando deixados juntos em contato pele a pele, tem como consequência o desencadeamento de ações comportamentais de pré-amamentação no RN, descritas como um breve descanso em estado de alerta para se adaptar ao novo ambiente;

levar as mãos à boca, fazendo tentativas de sucção, sons e tocar o mamilo com a mão; focar a área escura da mama, que serve de alvo; movimentar-se em direção à mama e procurá-la e encontrar a área do mamilo e pegar a mama com a boca aberta (UNICEF, 2009b).

Talvez o principal motivo relacionado a tal resultado seja o fato do contato, ainda que dentro da primeira hora, ser realizado com o RN já enrolado em panos e a mulher com camisola. Entretanto, outros possíveis motivos vinculados à dissociação e distanciamento do tempo entre o contato e a amamentação podem ser a falta do conhecimento materno sobre o desenvolvimento e vantagens do contato e amamentação precoces, e a falta do estímulo por parte dos profissionais, especialmente no CC. Esses motivos são passíveis de mudanças simples, com consequências significativas para o binômio mãe-filho.

Diante do exposto, nota-se que o quarto passo não foi realizado literalmente como determinado pela IHAC, todavia, há que ressaltar-se que o contato e a amamentação se deram em todos os casos, dentro de um período caracterizado como “sensitivo”, e que compreende as duas primeiras horas pós-parto. Este momento é considerado ideal para iniciar a amamentação, pois os RNs encontram-se mais sensíveis a estímulos táteis, térmicos e de odores, os níveis de catecolaminas estão elevados, contribuindo para que o RN se mantenha ativo, facilitando que o mesmo encontre o mamilo materno e inicie a amamentação com maior facilidade (MOORE, ANDERSON, 2007).

Em relação aos CRs específicos com o RN, foi avaliado o tempo de duração destes cuidados no CC e no AC na GO (Quadro 4), sendo observado que no CC essa assistência levou de cinco a 13 minutos e no AC na GO, de dez a 22 minutos.

A duração dos CRs no AC foi registrada apenas nos casos em que o RN, logo após chegar ao setor, recebeu os cuidados; uma vez que tais ações, quando postergadas, já não se enquadravam mais dentro do período observado, o que ocorreu em três situações (Ágata, Pérola e Selenita). Tal conduta foi adotada conforme já exposto, em respeito à privacidade da mulher e dos familiares no AC. Assim, a observação não participante cessava poucos minutos após a chegada e a transferência da mãe ao leito.

Deste modo, os três casos em que a duração dos CRs no AC não foi computada foram justificados em função de: em dois casos, no momento da chegada do binômio, a prioridade dada pela equipe de enfermagem foi ao contato e à amamentação e, no outro caso, por falta de

tempo para que os profissionais pudessem se dedicar a tais cuidados, sendo os CRs realizados posteriormente.

Sujeitos	Duração dos CRs no CC	Duração dos CRs no AC na GO
	t	t
Ágata	12'	-
Ametista	8'	10'
Apatita	6'	20'
Cristal	6'	14'
Dolomita	8'	12'
Esmeralda	5'	17'
Fluorita	13'	20'
Hematita	13'	17'
Iolita	13'	13'
Jade	8'	04'
Opala	5'	19'
Pérola	6'	-
Rubi	8'	13'
Safira	8'	16'
Selenita	8'	-
Turquesa	12'	22'

Quadro 4 — Tempo de duração (em minutos) dos cuidados dispensados ao RN. Maringá, 2011.

CRs – cuidados de rotina; CC – centro cirúrgico;
AC – alojamento conjunto.

O principal fator relacionado ao tempo decorrido do instante do nascimento até o estabelecimento do Contato Físico (CF) entre o bebê e a mãe foram os CRs, que se mostraram, na maioria dos casos, como prioridade para os profissionais, tanto no CC como no AC, mesmo o RN e a mãe estando em bom estado geral. Tal conduta não condiz com dados científicos atuais, que defendem ser mais vantajoso e apropriado priorizar o contato e a amamentação imediatamente após o parto, o que leva à necessidade de (re)pensar essas ações.

Outro aspecto evidenciado no estudo foi o tipo de parto realizado. Nos partos eutócitos, o tempo necessário para que ocorresse o CF foi menor em relação aos partos cesáreos, pois o fato do RN ser entregue para a mãe apenas no final da cesariana posterga ainda mais o início do contato e da amamentação. Tal prática parece estar ligada à monitoração contínua da paciente e à utilização da anestesia, que acabam por comprometer as ações motoras da mulher, gerando receio por parte da equipe em deixar o RN junto à mãe,

além do fato de não haver profissionais específicos carregados de tal função ou acompanhantes que estejam preparados para oferecer apoio de forma adequada à situação.

4.5.2 Compreendendo os sentimentos e os significados do contato e da amamentação precoces

Pelos relatos das participantes, pode-se evidenciar que a interação entre o binômio mãe-filho logo após o nascimento proporciona uma experiência única, que desencadeia sensações diversas dentro do contexto biopsicossociocultural de cada mulher.

Os sentimentos expressos pelos sujeitos em relação ao primeiro contato visual e/ou físico entre ambos revelaram que essa primeira interação foi carregada de muita emoção, haja vista ser este o primeiro momento em que a mulher tem a oportunidade de ver, tocar, pegar e amamentar seu bebê, sanando assim, toda a espera vivenciada durante a gestação (BARBOSA et al., 2010).

Nossa, mudou totalmente minha vida, acho que eu estava tão louca para ver a cara do meu filho. Eu acho que eu me apaixonei no momento, já era mais do que eu esperava. (Apatita)

Muita emoção, felicidade de estar vendo ele ali, estar tudo certinho, de estar podendo tocar nele. Só de nascer e você poder já tocar imediatamente é maravilhoso. (Ágata)

Uma emoção bastante forte, como se fosse uma luz na minha vida. (Selenita)

Muita emoção, muito gostoso, por mais que a gente já... eu já sou mãe uma vez, por mais que a gente é mãe, muito bom, muito gostoso. (Ametista)

Senti muito orgulho dele, porque eu sei que para mim não foi fácil, mas para ele também não. O parto demorou, no trabalho de parto ativo demorei 32 horas. Então, sei que não foi fácil para ele. Senti muito orgulho dele, dele estar ali comigo. (Jade)

Os primeiros instantes que se sucedem ao nascimento comprovam uma fase sensível, precursora de apego, sendo uma oportunidade preciosa para a mãe ser sensibilizada pelo bebê. O contato precoce gera um momento natural, belo e exclusivo, de reconhecimento familiar, permeado de significados e benefícios para o ser-mãe e ser-filho (ROSA et al., 2010).

Vontade de grudar ali, não soltar nunca mais. (Esmeralda)

Ah, é... [pensativa] amor, você fica emocionada, você fica emocionada de estar olhando para aquele serzinho lindo te olhando ali., É amor mesmo! (Pérola)

Olha, eu estava ainda meio amortecida, mas é... vem um nó na garganta, vem tudo meio junto, você não sabe, você quer ficar olhando cada detalhe, você quer olhar o olho, o nariz, a boca, você quer abraçar, você quer conversar, você quer... nossa! Você quer ficar ali para o resto da vida, abraçado. (Safira)

Os sentimentos emergentes desse momento são relevantes para a atuação da equipe de enfermagem, pois proporcionam a reflexão sobre a importância que a mulher atribui ao contato e à amamentação precoces. Sendo assim, esse conhecimento torna-se uma importante ferramenta para resolver ou atenuar problemas característicos do momento vivenciado pelas mulheres, refletindo em ações que gerem alívio e bem-estar ao binômio.

Em meio a esse turbilhão de sentimentos, os sujeitos, quando questionados em relação ao significado do contato e à amamentação precoces, apresentam dificuldades para se expressarem.

Não sei explicar... [silencia]. (Fluorita)

Não sei te explicar. Ai, eu não sei, acho que fiquei muito emocionada, muito amor. (Apatita)

O que eu falo? Como... [permaneceu em silêncio e pensativa, não continuou se expressando]. (Opala)

Foi bom. Bastante coisa, o contato com a mãe e o filho é sempre uma... [silêncio]. (Dolomita)

A maioria das respostas expressou o sentido desse instante de forma concisa. A justificativa para tal fato foi relatada somente em três depoimentos, que referiram ser difícil descrever algo que é permeado de inúmeros significados e emoções:

Foi uma alegria bem grande, foi bem gostoso. (Esmeralda)

Eu gostei, é bom. (Iolita)

Ser mãe de novo para mim. (Selenita)

Para mim, o que significou? Ah, como eu posso dizer? Significou tudo, uma emoção muito grande que a gente tem. (Hematita)

É o contato de natureza, é difícil traduzir em palavras. É como se fosse uma... ai como que eu posso dizer? [risadas] É a expressão divina entre a natureza do homem e a divindade mesmo. É uma coisa mágica, só consigo falar isso, é mágico, é absurdamente mágico. (Jade)

Ah... o que significou? Não sei nem como falar, porque não tem como falar a significação, porque é tudo para a gente. Uma coisa muito maravilhosa. (Turquesa)

Com o nascimento do RN, a mãe desvia sua atenção do desconforto e da dor do parto para o prazer de estar junto ao filho, pois após esse momento, a mulher se encontra aberta a novas experiências relacionadas à interação com o neonato (BARBOSA et al., 2010). Destarte, apesar do sofrimento expresso, as recompensas advêm do encontro tão desejado.

Ah, significou... Bom, apesar de todo o sofrimento, valeu a pena no final. (Rubi)

Ah, na hora eu estava muito assim... por causa da dor. Mas, quando eu ficava olhando para ele, é uma coisa incrível, meio inexplicável. Você nem acredita que saiu de você uma criança perfeita. Graças a Deus! É um sentimento meio inexplicável. (Pérola)

Embora a experiência abranja outros sujeitos desse cenário, a protagonista do parto e do momento do primeiro encontro é a mãe, que vivencia uma experiência única e marcante, carregada de significados próprios. A relação extrauterina de cada díade tem uma qualidade única e cada criança possui um jeito muito próprio de desenvolver uma comunicação com sua mãe e vice-versa (FREITAS; ÂNGULO, 2006).

É uma coisa tua. Porque o ser humano é obra de Deus. Ninguém é de ninguém, mas o teu filho é o teu filho. Você pensa assim: esse é o meu, ele tem o meu sangue, tem as minhas características, estava dentro de mim, vai me amar, eu vou ser a mãe dele. Então, ali você realiza essa parte, tipo... é meu! Nós temos uma coisa que ninguém nunca vai sentir, que é só de nós dois, uma coisa íntima só nossa. Quando você pega no colo, mesmo... Nossa senhora! (Safira)

Compreender o significado e os sentimentos gerados pelo contato precoce e a amamentação ainda na sala de parto implica em respeitar o desejo, a cultura e o suporte social

de cada mulher que é recebida para a resolução da gestação e assistência ao puerpério imediato (MONTEIRO; GOMES; NAKANO, 2006).

4.5.3 Iniciando a amamentação precocemente: vantagens e disposição

O AM se configura como um fator essencial para a promoção e a proteção da saúde infantil, e estudos científicos comprovam que o mesmo constitui-se como alimento ideal para o RN, pois oferece todos os nutrientes necessários em quantidades e qualidade adequadas, gerando um crescimento infantil saudável, com papel importante no funcionamento imunológico contra infecções e outras doenças comuns na infância, influenciando, assim, a redução do índice de mortalidade neonatal (TOMA; REA, 2008; OLIVEIRA; CASTRO; LESSA, 2008).

Diante dessas evidências científicas e de inúmeras medidas de estímulo ao AM que os serviços de saúde promovem, as mulheres têm se mostrado conscientes dos benefícios que o leite materno acarreta para a criança, o que pode ser notado nos relatos das depoentes, quando questionadas sobre a sua percepção em relação à importância da amamentação.

Tudo, porque senão... o leite materno é aquela coisa que a gente dá e é saudável. Porque ali a gente sabe que não vai ter a doença, não tem tanto perigo, do que dar um outro leite. (Apatita)

É importante para o neném, é mais saudável. (Iolita)

Porque o neném pega mais peso, ganha mais peso, fica mais saudável. Dizem que a primeira amamentação do neném serve para evitar outros tipos de doenças. Isso que é o importante! (Opala)

Que é melhor para eles. Fica mais saudável, porque o meu outro não amamentou, ficou uma criança com refluxo, demorou para se desenvolver, engordar, que ele já tinha nascido pequenininho, prematuro. E ele não pegou no peito, demorou para se desenvolver. (Rubi)

Ah, quero amamentar ele assim, bastante tempo. Porque o leite materno é o principal. (Selenita)

Apesar da indiscutível importância em relação às propriedades biológicas do leite materno, o ato de amamentar também possibilita um contato íntimo e profundo, sendo muitas vezes o primeiro contato da díade. Esse contato possibilita à mãe o toque, o conhecimento do seu filho, maior abertura para interações posteriores, faz com que ela se sinta mais tranquila, e havendo a amamentação precoce, o processo de confiança, aptidão e destreza para a continuidade do AM é facilitado, influenciando, deste modo, a trajetória e a história da amamentação do binômio (BARBOSA et al., 2010).

Além da justificativa se fundar em questões relativas ao bem-estar biológico do neonato, duas mães referiram que essa atitude contribuiu gerando proteção e segurança para seus filhos.

Acho que é a melhor forma de demonstrar amor pelo seu filho, você amamentar, a mesma coisa de você estar protegendo ele. (Ágata)

É o contato meu com o bebê, em que o bebê se sente mais seguro, e... e a saúde do bebê, que é totalmente segura através do leite da mãe. (Ametista)

O nascimento não marca o início do vínculo entre a mãe e o bebê, mas sinaliza uma etapa desse processo em construção. Os instintos de autopreservação e de amor se unem por meio da boca do bebê e o bico do seio materno, constituindo uma dinâmica que supre energia para atividades físicas e psíquicas do neonato, pois, quando a criança busca o seio da mãe, não contempla apenas uma satisfação alimentar, mas abarca também uma troca de experiências que podem ser prazerosas ou desprazerosas, sendo a relação mãe-bebê decisiva para o modo de organização do funcionamento psíquico do RN (NÓBREGA, 2005).

Apenas uma das participantes referiu que o AM suscita momento de prazer. Essa manifestação isolada pode decorrer do fato da amamentação estar no seu início, já que esse sentimento de prazer costuma se manifestar ao longo do processo da amamentação. A vivência da amamentação como algo satisfatório só pode ser alcançada se houver o desejo real de amamentar e a disponibilidade da mãe para isso; caso contrário, tal relação pode tornar-se conflituosa (MARQUES; PEREIRA, 2010).

Ah é lindo, muito gostoso. (Pérola)

A mãe que amamenta não está oferecendo somente o leite materno, mas está vivenciando um instante que poderá fazer aflorar sensações prazerosas que vão influenciar sobremaneira na afetividade do binômio (ARAÚJO et al., 2008).

Uma das depoentes referiu que o contato que a amamentação proporciona não influencia no vínculo, dada a concepção de que esse amor seja algo inato. Apesar dessa percepção, ela mostra estar consciente das vantagens que o AM gera, considerando um ato de egoísmo da mãe, privar a criança de tais benefícios.

O contato, o amor... não que ele vai ser maior ou menor, porque o amor, ele já existe! Mas esse tempo que você dedica é um tempo que você poderia estar fazendo outra coisa, de repente, mas... aí você ouve que é tão importante, tanto o alimento quanto o contato, e você sente essa importância, não tem o porque você abrir mão. Aí é egoísmo, é muito egoísmo. (Safira)

Contrariando o relato acima, algumas puérperas relataram que a aproximação decorrente da amamentação influencia na relação mãe e filho, defendendo também que o AM não é apenas importante para a saúde do bebê, também contribuindo para a saúde da mulher.

Acho bastante importante. Tanto para a saúde dele quanto para a da gente. (Dolomita)

Porque o leite materno é o único alimento que eles precisam. Protege eles bastante, como se fosse uma vacina, e ajuda a gente... eles se aproximam mais da mãe. (Fluorita)

Ah, uma pela saúde dele, e uma que aproxima nós dois, um com o outro. Pega mais amor. (Turquesa)

O estímulo da amamentação eleva os níveis de ocitocina no sangue, que tem como consequência a ejeção do leite, contração da musculatura uterina, diminuindo casos de hemorragia uterina pós-parto, além de gerar na puérpera um relaxamento, uma leve sonolência, sensação de bem-estar, euforia, proporcionando um momento descrito como período sensitivo, que é crítico para o estabelecimento do vínculo afetivo mãe-filho (LANA, 2001).

Em vista do exposto, um depoimento faz um epítome do assunto, contemplando as principais consequências benéficas da amamentação.

Fundamental, fundamental, eu acho que sem isso... Se tivesse essa amamentação imediata em todos os partos, diminuiria muito, muito, muito a questão da depressão pós-parto. E do próprio bebê também, não só da mãe, que a gente só conhece a depressão da mãe, mas o bebê também fica, ele sofre esse tipo de consequência. A questão dos anticorpos também, que é muito importante para ele, e a formação do vínculo, que essa também é fundamental. Eu não consigo elencar o que é mais importante nessa estrutura, porque é tudo muito importante. (Jade)

Apesar de todas as participantes terem apresentado algum grau de conhecimento em relação aos benefícios da amamentação e terem atribuído vantagens em relação a tal prática, é importante levar em consideração a disposição da mulher, logo após o parto, para a realização do contato e da amamentação precoces.

A disponibilidade afetiva da mãe é essencial para que aconteça o desenvolvimento psicoafetivo do indivíduo (NÓBREGA, 2005). A maioria das mães, quando inquiridas sobre a disposição logo após o parto para o contato e a amamentação, não referiu problemas quanto à disposição e aceitação, sendo esse um indicativo de que é pertinente o estímulo à prática do AM e do contato, logo após o nascimento.

Disposição boa, normal, estava bem. Tudo sossegado, ele pegou normal, está sugando bem. (Ametista)

Estava ótima. Boa também [referindo-se à amamentação]. (Dolomita)

Estava bem, eu queria. (Iolita)

Disposta, não estava sentido dor e nada. Normal. (Opala)

[...] logo após o nascimento, a mãe mostrava-se bastante cansada, mas em questão de segundos apresentou-se alerta e receptiva para o contato. [...] a mãe estava bastante ansiosa por ver sua filha [...] minutos após o parto, a puérpera recebe sua filha [...] com o RN nos braços, a mãe o acaricia, e mantém-se admirada [...] ao vê-la ativa e sugando as mãos, a puérpera sozinha, ainda no corredor do centro cirúrgico, retira uma manga da camisola e começa a amamentar [...]. (Notas de diário de campo - Iolita)

A disposição e a vontade que a mãe apresenta de amamentar são fundamentais, pois não se trata de algo inato, o AM é um processo impregnado de inúmeros valores, de modo que a disposição não deve ser vista apenas como um fato biológico, mas sim, influenciado por aspectos psicológicos e socioculturais. Algumas das mães entrevistadas somam a disposição ao desejo e entusiasmo do momento vivenciado.

Eu estava... tanto é que eu cheguei da sala de cirurgia, era pra eu ficar quietinha, com a cabeça baixa, e com a boca fechada. Eu fiquei falando, que eu já queria catar ela, que queria até sair andando. (Cristal)

Por mais que a cirurgia estivesse doendo, dá vontade de segurar e não soltar não. Só solta mesmo porque começa a doer demais, daí não tem jeito. Eu gostaria muito que eu tivesse bastante leite, mas não tem nada! Então, você fica meio chateada, porque você vê que a criança está com vontade de mamar, está com fome e tudo, e não tem, não tem, não tem. Daí, ele acabou dormindo também. Coloquei na caminha, no cantinho dele, mas a minha disposição, se ele quisesse ficar pendurado ali tentando o resto do dia, a noite inteira, podia ficar, eu não ligava não. (Esmeralda)

A minha disposição é total! Porque eu sei que é uma coisa que é muito importante para ele. São as primeiras... são anticorpos ali para ele, que ele precisa para se desenvolver com saúde, bem. Fora isso, tem a questão do contato humano também, que é fundamental para estabelecer essa relação entre mãe e filho. É isso [risadas]. (Jade)

A amamentação precoce e bem-sucedida é uma das consequências do contato logo após o parto entre mãe e filho, já que esse contato constitui uma porta de entrada para a amamentação. Esta promove que o RN encontre a mama e inicie a sucção mais facilmente, resultando em maior chance de uma sucção efetiva e amamentação adequada e contínua. Isso ocorre porque no instante logo após o parto, o RN apresenta-se em um período de breve descanso, estando ele alerta, e em tempo de adaptação ao novo ambiente, propiciando o início do contato com o mamilo materno e das tentativas de sucção (UNICEF, 2009b).

A proximidade e o contato estimulam o sentido do olfato do RN, que proporciona o reconhecimento do odor da sua mãe e do leite materno, conseguindo encontrar o mamilo mais facilmente, ajudando deste modo no início do AM. Ocorre, assim, um padrão de sucção mais eficaz, que exerce influência reguladora sobre o estado do comportamento e das reações a situações estressantes que o RN vivencia, contribuindo para que a criança tenha uma melhor adaptação ao ambiente pós-natal (MIZUNO et al., 2004; POTER, 2004).

[...] porque daí ele já conhece o meu cheiro, tudo, então ele sabe que eu sou a mãe dele, então ele não tem como perder [risadas]. (Apatita)

Considerando a individualidade de cada participante, e buscando o entendimento acerca do real significado e necessidades emergentes de tal experiência, destaca-se o fato de algumas mães terem referido dificuldades e desconfortos no momento do contato, decorrente

dos efeitos dos anestésicos e do esforço exigido no parto normal, além de demonstrarem falta de conhecimento. Apesar dessas dificuldades, as mães se mostraram receptivas e ansiosas para que o contato se estabelecesse.

Eu estava bem, eu só não estava sentindo... [não completa a frase] por causa da anestesia, mas estava bem, não senti indisposição, não. Está um pouquinho difícil, porque ele é difícil para mamar. Mas fora isso, tranquilo, porque ele está aprendendo agora. Daí fica meio difícil. (Apatita)

A primeira vez que eu dei o peito para ele foi ainda no corredor saindo do CC. Ainda a enfermeira pediu para eu interromper, porque eu não podia estar erguendo a cabeça, eu tinha acabado de sair do CC. Aí, aquele médico, pediu para eu já dar mamar, mas depois ele achou melhor não, porque alguma hora eu podia erguer a cabeça sem querer. Na hora que veio aqui no quarto, daí mamou mais tranquilo. Ah, estava normal, estava normal, só não estava muito bom por causa da agulha do soro, que incomoda se você ficar se mexendo. (Fluorita)

Estava fraca, que eu fiz muita força a noite inteira. Eu estava bem fraca para pegar, até para segurar ele um pouquinho, estava com tremedeira no braço e nas pernas. (Rubi)

Eu estava bem cansada, mas depois que você põe ele, você esquece de tudo, do cansaço. Tanto é que eu acho que fiquei uma hora com ele, meia hora em cada peito. Nem “thium”, nem lembrava mais do cansaço. No CC eu estava meio cansada porque eles estavam ainda fazendo os pontos. Então eu fiquei até insegura de ficar ali com ele, de repente derrubar, porque eu estava totalmente deitada. Mas para amamentar não, para amamentar eu já estava bem. (Safira)

Por fim, uma das mães reforça a importância de considerar a vontade da mulher, destacando que a orientação e o incentivo, ofertados de forma apropriada, dos profissionais são fundamentais para o início e continuidade do AM.

Eu acho que você tem que querer, em primeiro lugar. Você tem que gostar de amamentar, a mãe tem que querer amamentar. Acho que se incentivassem seria bom também. Mas tem que gostar, tem que querer. Em primeiro lugar, a mãe tem que fazer o papel dela de querer, de saber que faz bem para o bebê. Estava [disposta], nossa, estava muito disposta, nem sabia que podia dar mamá também ali, fui, tentei. (Ágata)

Os relatos conduzem à necessidade de pensar possíveis estratégias de cuidado, capazes de minimizar esses desconfortos, e de modo a permitir que a mulher possa sentir-se acolhida,

segura e confiante para o início da amamentação, tornando o momento oportuno e prazeroso para o binômio.

4.6 Estabelecendo relação da prática assistencial ao parto e do processo de trabalho com o quarto passo da IHAC

Ao analisar-se os relatos das participantes referentes às vivências e significados do contato e da amamentação precoces, bem como os resultados advindos das observações sistemáticas não participantes destes partos, vislumbra-se uma realidade que conduz à discussão acerca da prática assistencial ao parto, bem como do processo de trabalho relacionados ao quarto passo da IHAC.

As práticas dos profissionais de um serviço são influenciadas por inúmeros fatores, que vão desde a existência de um corpo de conhecimentos científicos passando pelos valores e saberes culturais, sociais e individuais de cada profissional da equipe, até as questões relativas as políticas institucionais e disponibilidade de serviços. Estes elementos configuram um contexto determinante da relação trabalhador e usuário. Destarte, para melhor compreensão da assistência dispensada aos usuários e as implicações dessa prática no contato e na amamentação precoces, foram identificadas duas subcategorias descritas a seguir:

4.6.1 Compreendendo a prática assistencial ao parto e suas implicações no quarto passo

O PHPN, instituído pelo MS através da Portaria/GM nº 569, de 1º/6/2000, tem como características o olhar para a integralidade da assistência obstétrica e a afirmação dos direitos da mulher, incorporados com as diretrizes institucionais, visando à humanização da assistência obstétrica e neonatal. O parto precisa ser resgatado como o momento do nascimento, no qual se respeite todos os seus significados, devolvendo à mulher o seu direito de ser mãe com humanidade e segurança, evitando, assim, práticas intervencionistas

desnecessárias, que, ainda que tradicionalmente exercidas, não beneficiam o binômio (BRASIL, 2001; 2002).

De acordo com a OMS, a finalidade da assistência ao parto é manter mulheres e RNs saudáveis, com o mínimo de intervenções médicas, buscando garantir a segurança de ambos (BRASIL, 2005b). O modelo humanista vai ao encontro a esses preceitos, ao pregar medidas que privilegiem o bem-estar da parturiente e de seu bebê, buscando métodos que sejam menos invasivos possíveis (RATTNER, 2009).

Levando em conta que o serviço disponível se contextualiza dentro de um hospital caracterizado como amigo da criança, tendo como política a humanização do parto e a realização dos “Dez Passos para o Sucesso do AM” da IHAC, seria coerente que o modelo humanista de assistência fosse totalmente instaurado, entretanto, como descrito anteriormente, a instituição se mostra, por vezes, ainda ligada a uma assistência fundamentada no modelo tecnocrático, já que na maioria (14) dos casos foram priorizados os cuidados de rotina ao contato precoce:

Sim, ai! Um pouco depois do nascimento a pediatra viu certinho, daí limpou, deu uma limpadinha nele, daí que trouxeram para mim. Eu estava ainda no CC, ainda não tinha terminado o procedimento. Ai! Segurar não, porque eu estava amarrada ainda. Eu estava ainda com as coisas da medicação, mas eu toquei rosto com rosto, assim, carinho, foi bem gostoso. (Esmeralda)

Trouxe, foi... [pensa por alguns segundos] primeiro eles limparam um pouquinho ela e trouxeram já para eu ver. Estava fazendo os pontos ainda, estava nos pontos. Estava enroladinho. (Iolita)

Trouxeram... primeiro levaram ele para a pediatra, para ela avaliar, mas depois ele veio. Ficou um tempinho lá, acho que tomou uma vacina, alguma coisa assim, e aí ele já veio com ela. (Jade)

Sim, assim que ele já nasceu, só fizeram os testes normais nele, e já colocaram. Já foi para o quarto comigo. (Pérola)

Logo que o bebê nasce, já é entregue para o pediatra, que leva o neonato para o berço aquecido onde inicia os cuidados de rotina. Essa assistência foi realizada mesmo a criança tendo nascido em bom estado geral e apresentado Apgar dez no primeiro e no quinto minuto de vida. (Notas de diário de campo - Dolomita)

O modelo tecnocrático caracteriza-se pela institucionalização do parto, utilização acrítica de novas tecnologias, incorporação de grande número de intervenções e acaba por

atender, preferencialmente, à conveniência dos profissionais de saúde, tendo como consequência altas taxas de cesarianas, monitoramento fetal constante, episiotomias e outras práticas nem sempre pertinentes e necessárias (RATTNER, 2009).

Diante de tal realidade, ressalta-se a necessidade de que os profissionais de saúde envolvidos nessa assistência se adéquem ao paradigma de cuidado que essa instituição prega. Uma medida pertinente é a prática da educação permanente que englobe todos os profissionais envolvidos nessa assistência, pois essa medida constitui-se como um excelente meio para atualizar, e lembrar o que foi modificado, além de fazer com que os cuidados sejam realizados de forma unificada e com o melhor método, levando em conta a individualidade de cada mulher (LARA; GOULART; CARMO, 2010).

Sendo o parto um evento fisiológico, o mesmo deve ser respeitado como tal. Os profissionais devem ter o comprometimento e a consciência de uma atuação voltada às necessidades da mulher, valorizando-a como protagonista do momento e permitindo a adequação da assistência à sua cultura, crenças e valores (MOREIRA et al., 2009).

Alguns procedimentos neonatais são essenciais para a vitalidade do RN, mas a separação desnecessária do binômio pode desencadear danos ao início do apego, deixando escapar um momento essencial para o estabelecimento do vínculo. O momento íntimo que ocorre logo após o nascimento gera uma adaptação mais suave do neonato ao novo meio e dá sequência aos laços afetivos que já foram constituídos durante a gestação (ROSA et al., 2010).

Desse modo, o contato logo após o nascimento se constitui como um importante passo para que se inicie o vínculo mãe-filho. No entanto, em nosso estudo, essa prática foi feita em apenas dois casos:

Trouxeram, assim que ele acabou de nascer, que ela cortou o umbigo dele, ela já colocou na minha barriga, daí depois ela pegou para fazer os cuidados dele, os procedimentos lá, da pesagem acho, do olhinho... (Selenita)

Na hora do parto, na hora que eu ganhei, sim. Logo em seguida, colocaram em cima de mim, mas não deixaram amamentar na hora. Poderiam ter deixado amamentar. [...] Ele tinha acabado de nascer, estava quentinho, bastante ensanguentado, sem roupinha, sem nada. Na hora que ele acabou de nascer, já dei uma limpadinha nele. (Ágata)

Estudo realizado na Rússia apresenta resultados que mostram que as mães que realizaram o contato pele a pele apresentaram-se, um ano após o nascimento, mais sensíveis aos seus filhos e com maior interação recíproca (BYSTROVA, 2009).

Apesar de o contato imediato ter ocorrido em apenas dois casos, o tempo de duração foi de poucos segundos, sendo importante lembrar que, conforme recomendado pelo Unicef (2008), esse contato deveria ter sido prolongado por no mínimo uma hora, havendo o incentivo para que as mães pudessem reconhecer quando seus bebês estivessem prontos para serem amamentados, oferecendo ajuda quando necessário.

O contato seguido do processo de amamentação proporciona o contato físico e emocional entre mãe e filho, tornando-se marco na vida afetiva. A experiência imediata após o nascimento, acompanhada da oportunidade da amamentação, proporciona um momento de amor e carinho, influenciando na formação do vínculo entre ambos (CARMO et al., 2010).

Assim sendo, verifica-se certa discrepância entre o modelo institucional defendido pelo serviço e a prática assistencial implementada. Todavia, percebem-se ações, ainda que tímidas, relacionadas à efetivação do modelo humanista, como nos casos em que houve o contato imediatamente após o parto, mesmo que tenham sido breves e sem estímulos para a amamentação.

Diante dessa realidade, depreende-se que as ações propulsoras de mudanças devem partir dos profissionais que atuam em parceria com a mulher, para que aconteça a consolidação da política institucional apregoada.

4.6.2 Conhecendo o processo de trabalho e suas implicações no quarto passo

O processo de trabalho se constitui da interação do ser humano com a natureza, sendo apresentado como a transformação de um objeto determinado em produto determinado, por meio da ação humana. Os elementos que compõem esse trabalho são: a atividade adequada a um fim, isto é, o próprio trabalho; a matéria a que se aplica o trabalho, ou seja, o objeto de trabalho; os meios de trabalho, que são o instrumento de trabalho. Deste modo, a atividade do

homem opera uma transformação, subordinada a um determinado fim, no objeto sobre o qual atua, por meio do instrumento de trabalho (MARX, 2001).

Apesar de a definição ser um conceito fundado em um pensar capitalista, é possível demarcar o processo de trabalho em saúde dentro desses moldes, considerando que esse compartilha características semelhantes a outros processos de trabalho que acontecem na indústria e em outros setores da economia, por se caracterizar como uma atividade que possui traços do capitalismo, tendo a divisão social e técnica do trabalho como parte de uma ação ampla e complexa, que pode interferir diretamente no ato da produção do trabalho em saúde.

O trabalho em saúde é um serviço que não se aplica sobre coisas ou sobre objetos. Ao contrário, dá-se sobre pessoas e, mais ainda, com base numa intervenção compartilhada entre o usuário e o profissional, na qual o primeiro coopera para o processo de trabalho, como sujeitos ativos nessa empreitada (CARDOSO, 2008). Diante disso, é relevante levar em consideração tanto os sujeitos que geram o serviço, como os usuários que se beneficiam de tal processo.

Para que se desenvolva o trabalho em saúde e em enfermagem de forma adequada, é essencial a aplicação de instrumentos apropriados às finalidades preestabelecidas pelo serviço. Os instrumentos aplicados podem ser tanto materiais quanto intelectuais, tais como os saberes técnicos que informam e fundamentam prontamente a ação desempenhada (PEDUZZI; ANSELMI, 2002).

Nesse universo perquirido, despontam alguns instrumentos que podem, ou não, servir no processo de trabalho com o desígnio de proporcionar à mulher e ao RN uma assistência mais humanizada, que atenda aos direitos de ambos, gerando um atendimento de qualidade, com vistas à interação mãe-filho e amamentação precoce, que podem ter consequências favoráveis à saúde biopsicossocial de ambos.

Pelos relatos das depoentes e pela observação sistemática não participante, verificou-se que a falta e/ou não uso de alguns equipamentos hospitalares, que poderiam facilitar o parto, e a disponibilidade limitada de alguns profissionais de saúde em auxiliar o binômio, foram alguns fatores percebidos no processo de trabalho que podem estar interferindo na prática do contato e amamentação precoces.

A técnica de enfermagem cobre o binômio, e observa a tentativa da mãe em amamentar. Em seguida, diz que só o contato que ela está realizando já é

muito importante, que ela pode só deixar o RN com a boca encostada no mamilo, que já ajuda. Sem auxiliar a mulher, a técnica logo se retira. A mãe continua tentando amamentar, dizendo ao seu filho: *não chora, a mamãe vai dar mamá para você*. (Notas de diário de campo - Ágata)

A mãe é encaminhada para o corredor, onde vai aguardar a transferência para a clínica de GO. A enfermeira que a acompanha diz em um tom de brincadeira: *pode colocar o peito para fora para amamentar*. A mãe responde: *é, tem que ir preparando o leite*. Apesar dessa breve comunicação, não surge a iniciativa de colocar o RN para amamentar. (Notas de diário de campo - Esmeralda)

Tem as bolas, tem a cadeira especial, tem a banquetta de parto. Só que eu achei que o CC, ele ainda carece um pouco de estrutura, porque é aquela mesa ginecológica. Então, ela não dá muito suporte para você ter algo humanizado. Acho que tinha que ser uma coisa mais a favor da gravidade, para ajudar o neném sair melhor. (Jade)

Além das técnicas assistenciais e da fundamentação científica, é essencial que se leve em conta a subjetividade que emerge da necessidade dos pacientes, dentro desse processo de trabalho, assim como a sensibilidade dos profissionais diante do sujeito e da situação singular na qual se encontram. Esse fator foi um instrumento pouco utilizado pelos profissionais envolvidos nesse cuidado.

Observando a dinâmica do processo de trabalho da equipe de saúde em torno do quarto passo, percebeu-se a fragmentação da assistência, tanto no CC, como na clínica de GO, no qual o desenvolvimento do cuidado não ocorre de forma sistemática, tampouco integrada. A equipe médica mostrou atuação de caráter predominantemente curativo, e a equipe de enfermagem, uma atuação de caráter prático, assistencial e gerencial.

Apesar de os profissionais de saúde não se constituírem em objeto deste estudo, é impossível dissociar o paciente e o profissional do contexto do cuidado, pois ambos se complementam e se integram, gerando uma dependência na relação assistencial. Dessa forma, a equipe de enfermagem foi quem mais se evidenciou no cuidado dispensado às participantes da pesquisa, por estarem a maior parte do tempo ao lado da paciente, o que pode ser observado tanto nos seus relatos, ao serem inquiridas em relação às orientações e à assistência, quanto nas notas de campo obtidas durante a observação sistemática não participante.

[...] a sucção foi questão imediata, a gente veio para o quarto, eu sentei. Aí, já veio a enfermeira, já colocou ele no meu colo. Aí a gente já começou essa interação de amamentação. (Jade)

Meu esposo me ajudou, minha mãe me ajudou e a enfermeira também me ajudou. (Cristal)

A equipe de enfermagem estava presente durante todo o trabalho de parto da puérpera, era quem mais interagiu com a paciente e responsável pelo encaminhamento e cuidados ao binômio no momento de transferência e recepção entre os setores GO e CC. (Notas de diário de campo)

Observou-se que os profissionais que permaneciam ao lado da mulher no momento em que a paciente estava no corredor, aguardando transferência do CC para a clínica da GO, eram sempre enfermeiros e técnicos de enfermagem, considerando, também, que a recepção no momento da transferência e da chegada à clínica de GO, era realizada por essa mesma classe de profissionais. É fundamental reforçar que esses profissionais são importantes agentes no processo de trabalho envolvido no quarto passo da IHAC.

Levando em conta que na prática de enfermagem, a intervenção técnica está sempre permeada pela interação, de modo que a análise da dimensão intersubjetiva do processo de trabalho de enfermagem é extremamente importante, as dimensões éticas e comunicativas se integram à dimensão técnica (PEDUZZI; ANSELMINI, 2002). Estar sensível para a dimensão da subjetividade pode ajudar na tentativa de entender os indivíduos, seus conflitos, seus vínculos consigo mesmos, sua família, o próprio trabalho, a produção e a inserção de cada um da equipe (THOFEHRN et al., 2011).

Considerando a especificidade de cada setor dentro da instituição, nota-se que o processo de trabalho da enfermagem desenvolvido no CC e na clínica de GO possui foco diferente de atendimento. A atribuição da função assistencial do contato e na amamentação precoces, na maioria das vezes, era deixada a cargo da equipe da GO. Isto é, quando o binômio chegava ao alojamento conjunto. Esta prática não era valorizada e priorizada pela equipe do CC.

Mãe e filho são encaminhados para o corredor. Neste momento, o RN não é colocado para amamentar. O RN está no colo da mãe, ele faz barulho com a boca, a mãe imita o RN e conversa com ele dizendo: *quer mamar? Está com fome?* A enfermeira que permanece do lado da mãe, observa, mas não estimula a amamentação. Ela diz: *depois você amamenta, lá na maternidade.* A enfermeira, olhando para mim e para a mãe, diz: *deveriam inventar um*

jeito de deixar a mãe mais confortável para amamentar, é complicado amamentar deitado, e é complicado que aqui não é uma maternidade, é um CC. É ruim, a mulher fica exposta. (Notas de diário de campo – Safira)

A técnica de enfermagem se justifica dizendo que não colocou o RN para amamentar assim que a mãe recebeu o bebê, pois a mãe estava com uma camisola fechada, que não seria possível retirar agora, que depois colocaria o RN para amamentar. No final do parto, a técnica de enfermagem explica que nem sempre é possível colocar o RN para amamentar, que muitas vezes não há tempo. (Notas de diário de campo – Pérola)

As mudanças de rotinas e de condutas podem gerar impactos na organização do processo de trabalho da instituição e, com isso, há a necessidade de maiores esforços dos profissionais para que ocorra a implantação da IHAC. Há que se levar em conta também que as relações com o mundo exterior e os fatores determinantes da identidade da organização influenciam na evolução, mudanças e desenvolvimento das organizações (SEKYIA; LUZ, 2008).

Por conseguinte, em decorrência do processo de trabalho se construir alicerçado em fatores intrínsecos e extrínsecos a ele, o andamento do mesmo torna-se, por vezes, inerente à vontade ou sistemática preestabelecida, como notado a seguir:

Instantes após o nascimento do bebê, a equipe é informada que está entrando um parto normal do PA. A residente de pediatria fica preocupada, pois está sozinha no CC para realizar a recepção e os cuidados aos RNs. Há uma pediatra na UTI - NEO, mas caso ela não possa comparecer, a residente é quem deve atender os dois RNs. O obstetra, ciente da situação, acalma a mãe que ouviu a conversa: *está tudo bem, mãe. Neném grandão, está com outro parto entrando, não dá muito tempo de te mostrar ele, mas agora você vai ouvindo.* A residente de pediatria realiza os cuidados de rotina rapidamente, e avisa para que a equipe de enfermagem realize o método de credê, o Kanakion e identificação no RN, que ela precisa ir para a outra sala, atender o outro RN. Nesse momento, a equipe avisa que a pediatra já entrou no outro parto. A residente, mais calma, termina os cuidados com o RN. Às 15h35min, a residente leva o RN até a mãe, o coloca bem pertinho do rosto da puérpera. A mãe, emocionada, sorri. Fala baixinho com o seu filho e o beija na testa. (Notas de diário de campo - Esmeralda)

Para Almeida e Martins filho (2004), os profissionais envolvidos com o parto devem favorecer que o contato pele a pele ocorra o mais cedo possível, ainda na sala de parto, colocando a pele do RN em contato direto com a pele da mãe. Ademais defendem que, por ser uma técnica simples, não se justificam as dificuldades mais comumente relatadas para que ela

não aconteça: falta de pessoal suficiente, cansaço da mãe após o parto, maca da sala de parto muito estreita, sala de parto muito fria, equipe não entender esta técnica como precursora importante para o AM, entre outras.

Deste modo, é importante e oportuno que a equipe de saúde se planeje e se organize da melhor forma possível, adaptando-se aos fatores emergentes, para que aplique medidas de assistência que sejam coerentes com os preceitos da IHAC e, desta maneira, não comprometa a atenção prestada. Para isso, são necessárias mudanças de atitudes, comportamentos, sistematizações de serviço e novas formas de participação dos profissionais.

Segundo Strapasson, Fisher, Bonilha (2011), essa mudança de atitude do profissional de saúde, com a integração e valorização da mãe, do seu filho e do seu acompanhante, pode facilitar a operacionalização do quarto passo, desde que seja pautada pelos princípios da humanização, sendo os envolvidos na assistência tratados com respeito e acolhimento.

A assistência de enfermagem se constitui como consequência de uma atuação ampla, cujo trabalho pode subdividir-se em vários tipos de processos que se complementam, ou deveriam se complementar na assistência. Tal subdivisão se caracteriza como: cuidar/assistir, administrar/gerenciar, pesquisar e ensinar. Dentre esses, o cuidar e o gerenciar são os processos mais evidenciados no trabalho da enfermagem (PERES; CIAMPONE, 2006).

Assim sendo, para se pensar um novo modelo assistencial em saúde centrado no usuário, é fundamental resignificar o processo de trabalho. Essa resignificação exige a mudança da finalidade desse processo, que passa a ser a produção do cuidado, na perspectiva da autonomia do sujeito, orientada pelo princípio da integralidade e requerendo, como ferramentas, a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, o trabalho em equipe, a humanização dos serviços e a criação de vínculos usuário/profissional/equipe de saúde (CARDOSO, 2008).

Buscando capacitar os profissionais e difundir as estratégias da IHAC, bem como ações a ela inerentes, a instituição oferece um curso semestral de capacitação aos profissionais da instituição. O curso é uma das exigências da IHAC, definida no segundo passo, sendo descrito como: “capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implementar essa política” (UNICEF, 2008, p. 38).

O curso em questão possui duração de 20 horas, ministrado com o intuito de fortalecer o conhecimento e realizar a capacitação das equipes de saúde, no sentido de uma implementação adequada dos “Dez Passos para o sucesso do AM”. Apesar do segundo passo

não ser o foco do estudo em questão, é notável que o mesmo se constitui no principal instrumento que norteia e serve para a realização das ações assistenciais dos profissionais, assim como para a consolidação e difusão da IHAC.

Mesmo esse curso sendo destinado a todos os profissionais envolvidos direta e indiretamente nos cuidados ao binômio mãe-filho, os últimos três cursos que foram oferecidos pela instituição em questão, contaram principalmente com a participação dos profissionais de enfermagem e alunos de graduação em Psicologia, Enfermagem e Fonoaudiologia, sendo pequena a adesão de médicos e gestores. Contudo, é importante que haja maior participação desses profissionais, pois são atores que exercem papéis cruciais nesse contexto, visto que no instante do nascimento são os obstetras e pediatras os responsáveis por recepcionar e encaminhar o RN aos cuidados. Ademais, cabe aos gestores, estarem a par das inovações e práticas adequadas para que possam orientar, avaliar e cobrar ações condizentes com os passos designados pela IHAC.

Destarte, notamos que o processo de trabalho relacionado à efetivação do quarto passo está condicionado a fatores que estão direta e/ou indiretamente ligados ao contato e amamentação precoces, como as características pessoais, culturais e emocionais das mulheres envolvidas nesta vivência, os profissionais, além dos elementos estruturais e organizacionais da instituição e da sociedade. Assim sendo, compete considerar e avaliar cada vivência de forma específica e ampla, para que se possa desenvolver um planejamento assistencial crítico, reflexivo e coerente com a realidade e os sujeitos envolvidos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo, realizado por meio da observação sistemática não participante e da perspectiva de mulheres que tiveram seus partos em um HAC, nos proporcionou uma melhor compreensão acerca dos sentimentos, significados, vivências, universo e fatores vinculados ao contato e amamentação precoces, que se constituem em ações instituídas pelo quarto passo da IHAC.

Apesar de a pesquisa focar sua atenção no passo citado, percebemos que as ações destinadas à sua realização não são restritas e vinculadas a um único fator, mas se interligam com outras determinações da IHAC que envolvem os serviços intra e extra-hospitalares, sendo dependentes da condição do meio, do serviço, da equipe, do espaço e da individualidade dos sujeitos atendidos e envolvidos.

Assim, as informações obtidas sobre o ambiente e a rotina do serviço aliadas às características sociodemográficas e obstétricas das depoentes, se mostraram importantes na busca pelo conhecimento das suas vivências e dos significados do contato e da amamentação precoces no contexto de um HAC.

A presença de um acompanhante, escolhido pela mulher, no momento do parto, foi um fator favorável para efetivação do quarto passo, pois o fato de compartilhar essa vivência com alguém de confiança gerou maior tranquilidade, segurança e apoio na mulher. Tal presença, além de tornar o parto mais humanizado, contribuiu para o estabelecimento do contato e amamentação precoces, a partir do instante que o acompanhante foi inserido como sujeito ativo nessa interação. No entanto, foram poucas as participantes que conseguiram usufruir deste benefício.

As puérperas investigadas mostraram-se bastante receptivas à realização do quarto passo, descrevendo o momento do contato e amamentação logo após o parto com vários sentimentos carregados de emoção, às vezes, difíceis de descrever. Todavia, demonstraram possuir pouco conhecimento em relação ao tema tratado, mostrando-se, em alguns momentos, surpresas e despreparadas para a realização dessa prática. Tal fato pode comprometer a efetivação dessa ação, pois se o momento mais propício não é utilizado para a realização e vivência em plenitude, não se exploram todas as suas potencialidades e benefícios desta prática.

Destarte, os resultados reforçam a necessidade de implementação de atividades de educação em saúde, pois a falta do conhecimento sobre ações às quais a mulher será submetida, assim como os direitos e deveres que possuem, deixam-nas submissas ao serviço e aos profissionais. O empoderamento da mulher e a assistência holística e individualizada devem ser realizados desde o início da gestação, no momento da entrada da paciente na maternidade, durante o parto e após o mesmo, visto que são medidas de baixo custo, porém de grande impacto sobre o AM e a relação mãe-filho.

O tempo necessário para o início do contato físico esteve relacionado à prioridade dada aos cuidados de rotina e ao parto cesáreo, que interferiram negativamente na medida em que adiaram esse primeiro encontro. O tipo de parto pode ser inerente à vontade ou condição obstétrica da mulher. No entanto, a realização do contato e da amamentação precoces é pertinente e possível de ocorrer tanto no parto eutócito como no cesáreo, desde que mãe e filho estejam em bom estado geral, o que aconteceu com todas as participantes. Nessas condições, os cuidados de rotina podem ser adiados, priorizando, assim, a aproximação do binômio.

Além disso, a atribuição da função assistencial do contato e na amamentação precoces, na maioria das vezes, era deixada a cargo da equipe da GO, isto é, quando o binômio chegava ao alojamento conjunto, não sendo esta prática valorizada e priorizada pela equipe do CC.

Observamos que o quarto passo não foi realizado da forma preconizada pela IHAC. Entretanto, práticas intermediárias foram percebidas, como o contato entre mãe e filho ainda dentro do período descrito como “sensitivo”.

Como dados relativos a essas ações desenvolvidas, emanaram das participantes sentimentos, emoções, significados, impulsos, ações reprimidas e trocas de experiências. Enfim, uma riqueza de dados e sentidos, que nos estimula a repensar a importância de um cuidado mais humanizado, capaz de levar em conta as principais e reais necessidades do momento e dos protagonistas da ação, assim como vislumbrar as possíveis consequências a curto e longo prazo das medidas aplicadas no dia a dia.

A discussão acerca da prática assistencial ao parto e do processo de trabalho nos proporcionou a visualização das principais barreiras e caminhos para o desenvolvimento e a consolidação de atividades condizentes com a realização efetiva do quarto passo.

As ações prestadas durante e após o parto, quando atendiam ou se aproximavam do modelo humanista da assistência e dos preceitos da IHAC, contribuíam para o contato, amamentação e vínculo precoces entre a mãe e o RN. Tais medidas, comparadas a outros estudos científicos sobre o tema, reforçaram serem estas, ações facilitadoras e benéficas para a saúde materno-infantil, capazes de gerar benefícios à interação do binômio e ao sucesso do AM.

Neste sentido, esforços devem ser feitos pelos profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, por se encontrarem a maior parte do tempo com a paciente, como notado no estudo, para a realização de uma assistência sensível e integrada, que leve em conta toda a singularidade que o momento traduz.

O conhecimento científico, aliado à subjetividade da assistência, quando aplicados de forma pertinente, levando em conta os aspectos psicossocioculturais de cada cliente, humanizam a assistência e facilitam que os objetivos almejados pela IHAC sejam cumpridos com sucesso, influenciando de forma significativa a promoção, proteção e apoio ao AM.

Os dados da pesquisa nos instiga a um pensamento crítico-reflexivo dos profissionais sobre a importância de modificações nas práticas e saberes que modulam a atenção em relação ao fenômeno investigado. Desse modo, o estudo é pertinente para que os docentes, discentes e profissionais da saúde se sensibilizem, partilhem e contribuam para que o quarto passo da IHAC seja de fato consolidado.

Mediante os achados do estudo, algumas ações podem ser sugeridas, como a inserção e capacitação do acompanhante no processo de nascimento; orientações à mulher durante o pré-natal e no pré-parto abordando a importância do contato e da amamentação precoces e suas consequências para o binômio; trabalho conjunto e continuado dos profissionais do CC e do AC que assistem essas mulheres; readequação organizacional, instrumental e institucional voltada às determinações do IHAC; participação de todos os profissionais nos cursos específicos oferecidos pela instituição e desenvolvimento de práticas condizentes com as evidências científicas. Acreditamos que tais medidas possam influenciar a qualidade da assistência, contribuindo para a consolidação e/ou efetivação do quarto passo da IHAC. Todavia, é necessário considerar cada realidade, a fim de que seja traçada a melhor estratégia a ser empregada.

Com base nos resultados dessa pesquisa e nas ponderações delas decorrentes, podemos afirmar que há um longo caminho a percorrer, com muitos desafios a serem vencidos, considerando que para a consolidação do quarto passo é necessário ir além de uma abordagem meramente técnica, uma vez que estão envolvidas as características socioculturais específicas das pacientes, os profissionais, as instituições e a sociedade. Para mudar tal realidade, precisamos investir na discussão de ideias referentes à IHAC e, acima de tudo, criar oportunidades para que essas ideias sejam efetivadas e vivenciadas, a fim de partirmos para ações que concretizem os preceitos defendidos por esta iniciativa humanizadora da atenção à saúde materno-infantil.

REFERÊNCIAS

- ADAM NETTO, A; GOEDERT, M. E. Avaliação da aplicabilidade e do custo da profilaxia da oftalmia neonatal em maternidades da grande Florianópolis. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, Rio de Janeiro, v. 68, n. 5, out. 2009.
- ALEXANDRE, A. M. C.; MARTINS, M. A vivência do pai em relação ao trabalho de parto e parto. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 14, n. 2, p. 324-323, abr./jun. 2009.
- ALMEIDA, E. A.; MARTINS FILHO, J. O contato precoce mãe-filho e sua contribuição para o sucesso do aleitamento materno. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, SP, v. 13, n. 4, p. 381-388, out./dez. 2004.
- ARAÚJO. O. D.; CUNHA, A. L.; LUSTOSA L. R.; NERY, I. S.; MENDONÇA, R. C. M.; CAMPELO, S. M. A. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 61, n. 4, jul./ago. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672008000400015&script=sci_arttext>. Acesso em: 12 jan. 2010.
- BARBOSA, V.; ORLANDI, F. S.; DUPAS, G.; BERETTA, M. I. R.; FABBRO, M. R. C. Aleitamento Materno na sala de parto: a vivência da puérpera. **Revista Ciência Cuidade Saúde**, Maringá, v. 9, n. 2, p. 366-373, abr./jun. 2010.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 1. ed. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da saúde. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24229>. Acesso em: 26 fev. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Secretaria de Atenção à Saúde. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**. Brasília, DF, 2011a. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa_hospital_amigo_crianca.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2012.
- 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, DF, 2011b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Brasília, DF, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria interministerial nº 1.000, de 15 de abril de 2004**. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Saúde Bucal. **Indicadores e Dados Básicos para a Saúde – IDB**. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2010/f08.def>>. Acesso em: 26 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.067, de 4 de julho de 2005. Instituição da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília, DF, 2005b.

BRASIL. Lei n. 11.108. Altera a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 abr. 2005c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília, DF, 2002.

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

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete Ministerial. Portaria nº 466, de 14 de junho de 2000. Estabelece como competência dos Estados e do Distrito Federal a definição do limite, por hospital, do percentual máximo de cesarianas em relação ao número total de partos e ainda a definição de outras estratégias para a obtenção de redução deste procedimento no âmbito do Estado. Institui o Pacto pela Redução das Taxas de Cesárea. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 jun. 2000. p. 43.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2.816/98 GM de 29 de maio de 1998. Determina o pagamento de um percentual máximo de cesariana em relação ao número total de partos de cada hospital no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2 de jun. 1998, seção 1, p. 48.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Resolução 196/96. Brasília, DF, 10 out. 1996. 1996. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>>. Acesso em: 3 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação Materno-Infantil. **Manual de assistência ao recém-nascido**. Brasília, DF, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Normas básicas para alojamento conjunto**. Brasília, DF, 1993a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd08_20.pdf>. Acesso em: 3 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.016 de 26 de agosto de 1993. **Diário Oficial**, Brasília, DF, 1º de set. de 1993b. Seção I, p. 13066.

BYSTROVA, K. et al. Early contact versus separation: effects on mother-infant interaction one year later. **Birth**, Berkeley, v. 36, no. 2, p. 97-109, jun. 2009.

CARDOSO, G. B. **Processo de trabalho das equipes de saúde; perspectiva terapêutica: um estudo exploratório**. Niterói: [s.n.], 2008.

CARFOOT, S.; WILLIAMSON, P.; DICKSON, R. A randomized controlled trial in the north of England examining the effects of skin-to-skin care on breast feeding. **Midwifery**, Edinburgh, v. 21, no. 1, p.71-79, 2005.

CARMO, T. M. D.; SILVA, M. M.; BUENO, T. R.; SOUZA, N. R.; NASCIMENTO, E.; GOULART, M. J. P. Aleitamento materno na sala de parto: a perspectiva da mulher. **Ciência et Praxis**, Passos, v. 3, n. 6, p. 57-62, 2010.

CARVALHO, J.; VAZÃO, C.; RAMOS, C.; CAETANO, A. O Pai: vivências ímpares no processo de nascimento dos seus filhos, emoções em saúde contributos. **Corrente dinâmica, formação e eventos**. [S. l. : s. n.], 2010. p. 111-125.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DESLAURIERS, J. P.; KERISET, M. O delineamento de pesquisa qualitativa. In: POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Rio de Janeiro: Vozes, 2008. p. 127-153.

FALEIROS, F. T. V.; TREZZA, E. M. C.; CARANDINA, L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. **Revista de Nutrição**, Campinas, SP, v. 19, n. 5, p. 623-630, set./out. 2006.

FERNANDES, K.; KIMURA, AF. Práticas assistenciais em reanimação do recém-nascido no contexto de um centro de parto normal. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 383-390, 2005.

FRANCESCHINI, D.T.B. **O acompanhante de parto no Centro Obstétrico de um hospital universitário**. 2009. 50f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem, Porto Alegre, 2009.

FREITAS, C. H. B.; ÂNGULO, M. Relação mãe-bebê logo após o parto e na amamentação: a identificação projetiva realista, pelos sentimentos e sensações do observador. **Psicólogo inFormação**, São Paulo, v. 10, n. 10, p. 83-101, jan./dez. 2006.

FROTA, M. A.; ADERALDO, N. N. S.; SILVEIRA V. G.; ROLIM, K. M. C.; MARTINS, M. C. O reflexo da orientação na prática do aleitamento materno. **Cogitare Enfermagem**, Fortaleza, v. 13, n. 3, p. 403-409, jul./set. 2008.

IBGE. **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/sinopse.pdf>>. Acesso em: 5 jul. 2011.

JOVENTINO, E. S.; DODT, R. C. M.; ARAUJO, T. L.; CARDOSO, M. V. L. M. L.; SILVA, V. M.; XIMENES, L. B. Tecnologias de enfermagem para promoção do aleitamento materno: revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 176-184, mar. 2011.

KIREMITCI S.; TUZUN F.; YESILIRMAK D.C.; KUMRAL A.; DUMAN N.; OZKAN H. Is gastric aspiration needed for newborn management in delivery room? **Resuscitation**, London, v. 82, n. 1, p. 40-44. 2011.

KIMURA, A. F.; YOSHITAKE, A. P. M.; BUENO, M.; BELLI, M. A. de J. Avaliação da função respiratória do recém-nascido no período neonatal imediato. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 62, n. 6, p. 850-855, dez. 2009.

LANA, A. P. B. **O livro de estímulo à amamentação**: uma visão biológica, fisiológica e psicologia comportamental da amamentação. São Paulo: Atheneu, 2001.

LARA, S. H. O.; GOULART M. J. P.; CARMO, T. M. D. Assistência ao recém-nascido pelos profissionais de enfermagem na sala de parto no momento da recepção. **Ciência et práxis**, Passos, v. 3, n. 5, p. 35-42, 2010.

LONGO, C. S. M.; ANDRAUS, L. M. S.; BARBOSA, M. A. Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde. **Revista Eletretrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 2, p. 386-391, 2010.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MARÍN GABRIEL, M. A. et al. Randomized controlled trial of early skin-to-skin contact: effects on the mother and the newborn. **Acta Paediatrica**, Oslo, v. 99, no. 11, p. 1.630-1.644, nov. 2010.

MARINGÁ. Hospital Universitário Regional de Maringá. **História do hospital**. Disponível em: <<http://www.hum.uem.br/?pg=ohospital>>. Acesso em: 15 jun. 2011.

MARQUES, D. M.; PEREIRA, A. L. Amamentar: sempre benefícios, nem sempre prazer. **Ciência Cuidado Saúde**, Maringá, n. 9, n. 2, p. 214-219, abr./jun. 2010.

MARX, K. **O Capital**: crítica da economia política. 18. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001. Livro 1, v. 1

MELLO, L. HUM: jeito certo de cuidar das crianças. **Journal da UEM**, Maringá, 2, nov. 2003. Disponível em: <http://www.jornal.uem.br/2011/index.php?option=com_content&view=article&id=241:hum-jeito-certo-de-cuidar-das-crian&catid=43:jornal-02-novembro-de-2003&Itemid=2>. Acesso em: 15 jun. 2011.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MIZUNO, K.; MIZUNO, N.; SHINOHARA, T.; NODA, M. Mother-infant skin-to-skin contact after delivery results in early recognition of own mother's milk odour. **Acta Paediatrica**, Oslo, v. 93, no. 12, p. 1.640-1.645, 2004.

MONTEIRO, J. C. S.; GOMES, F. A.; NAKANO, A. M. S. Percepção das mulheres acerca do contato precoce e da amamentação em sala de parto. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 4, n. 19, p. 427-432, out./dez. 2006.

MOORE, E. R.; ANDERSON, G. C. Randomized controlled trial of very early mother-infant skin-to-skin contact and breastfeeding status. **Journal of Midwifery & Women's Health**, New York, v. 52, no. 2, p. 116-125, 2007.

MOREIRA, K. A. P.; ARAÚJO, M. A. M.; FERNANDES, A. F. C.; BRAGA, V. A. B.; MARQUES, J. F.; QUEIROZ, M. V. O. O significado do cuidado ao parto na voz de quem cuida: uma perspectiva a luz da humanização. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 14, n. 4, p. 720-728, out./dez. 2009.

MOTTA, C. C. L.; CREPALDI, M. A. O pai no parto e apoio emocional: a perspectiva da parturiente. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 30, p. 105-118, jan./abr. 2005.

NARCHI, N. Z.; FERNANDES, R. Á. Q.; DIAS, L. A.; NOVAIS, D. H. Variáveis que influenciam a manutenção do aleitamento materno exclusivo. **Revista Escola Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 87-94, mar. 2009.

NÓBREGA, F. J. **Vínculo mãe/filho**. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.

NOVAES, J. F.; LAMOUNIER, J. A.; FRANCESCHINI, S. C. C.; PRIORE, S. E. Efeitos a curto e longo prazo do aleitamento materno na saúde infantil. **Nutrire Revista da Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 139-160, ago. 2009.

OLIVEIRA, A. A.; CASTRO, S. V.; LESSA, N. M. V. Aspectos do aleitamento materno. **Nutrir Gerais, Revista Digital de Nutrição**, Ipatinga, v. 2, n. 2, p. 1-18, fev./jul. 2008.

OLIVEIRA, A. S. S.; RODRIGUES, D. P.; GUEDES, M. V. C.; FELIPE, G. F.; GALIZA, F. T.; MONTEIRO, L. C. O acompanhante no momento do trabalho de parto e parto: percepção de puérperas. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.16, n. 2, p. 247-253, abr./jun. 2011.

PEDUZZI, M.; ANSELMINI, M. L. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 55, n. 4, p. 392-398, jul./ago. 2002.

PERES, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. Gerência e competências gerais do enfermeiro. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 492-499, set. 2006.

PICCININI, C. A. et al. Gestação e a constituição da maternidade. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 1, p. 63-72, jan./mar. 2008.

PORTER, R. H. The biological significance of skin-to-skin contact and maternal odours. **Acta Paediatrica**, Oslo, v. 93, no. 12, p. 1.560-1.562, 2004.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. **Interface**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 595-602, 2009. Suplemento 1.

REA, M. F. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. 142-146, nov. 2004.

ROSA, R.; MARTINS, F. E.; GASPERI, B. L.; MONTICELLI, M.; SIEBERT, E. R. C.; MARTINS, N. M. Mãe e filho: os primeiros laços de aproximação. **Escola Anna Nery Rev Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 105-112, jan./mar., 2010.

ROWE-MURRAY, H. J.; FISHER, J. R. W. Baby Friendly Hospital practices: caesarean section is a persistent barrier to early initiation of breastfeeding. **Birth**, Berkeley, v. 29, no. 2, p. 124-31, jun. 2002.

SAMPAIO, P. F. et al. Nascer em Hospital Amigo da Criança no Rio de Janeiro, Brasil: um fator de proteção ao aleitamento materno? **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 1.349-1.361, jul. 2011.

SANABRIA, M. et al. Perfil de la lactancia materna en cuatro servicios de referencia neonatal. **Revista Chilena de Pediatría**, Ñuñoa, Santiago, v. 76, no. 5, p. 530-535, 2005.

SANTOS, J. O.; TAMBELLINI, C. A.; OLIVEIRA, S. M. J. V. Presença do acompanhante durante o processo de parturição: uma reflexão. **REME: revista mineira de enfermagem**, Belo Horizonte, v. 15, n. 3, p. 453-458, jul./set. 2011.

SEKYIA, S. R.; LUZ, T. R. Mudança organizacional: implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1.263-1.273, 2010.

SILVEIRA, R. B.; ALBERNAZ, E.; ZUCCHETO, L. M. Fatores associados ao início da amamentação em uma cidade do sul do Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 8, n. 1, p. 35-43, jan./mar. 2008.

STRAPASSON, M. R.; FISHER, A. N. C.; BONILHA, A. L. L. Amamentação na primeira hora de vida em um hospital privado de Porto Alegre: relato de experiência. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 1, n. 3, p. 489-496, 2011.

TEIXEIRA, A.; ROCHA, G.; GUIMARAES, H. Transição fetal-neonatal no recém-nascido de muito baixo peso. **Acta Pediatrica Portuguesa**, Portugal, v. 38, n. 6, p. 250-256, 2007.

THOFEHRN, M. B.; AMESTOY, S. C.; PORTO, A. R.; ARRIEIRAI, C. O.; DAL PAI, D. A dimensão da subjetividade no processo de trabalho da enfermagem. **Revista de Enfermagem e Saúde**. Pelotas, v.1, n. 1, p. 190-198, jan./mar. 2011.

TOMA, T. S.; REA, M. F. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 235- 246, 2008. Supl.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: **modulo 2**: fortalecendo e sustentando a iniciativa hospital amigo da criança: um curso para gestores. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009a.

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

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: **modulo 3**: promovendo e incentivando a amamentação em um Hospital Amigo da Criança: curso de 20 horas para equipes de maternidade. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009b.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9994.htm >. Acesso em: 7 mar. 2011.

VELHO, M. B.; OLIVEIRA, M. E.; SANTOS, E. K. A. Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 63, n. 4, p. 652-659, 2010.

VIEIRA, T. O.; VIEIRA, G. O.; GIUGLIANI, E. R. J.; MENDES, C. M. C.; MARTINS, C. C.; SILVA, L. R. Determinants of breastfeeding initiation within the first hour of life in a Brazilian population: cross-sectional study. **BMC Public Health**, London, v. 10, p. 760-763, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **54th World Health Assembly**. Geneva, 2001.

ZVEITER, M. O que pode ser traumático no nascimento? **Revista Latino americana Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 706-720, dez. 2005.

ANEXOS

ANEXO A

DEZ PASSOS PARA O SUCESSO DO ALEITAMENTO MATERNO	
PASSO 1	Ter uma política de aleitamento materno escrita que seja rotineiramente transmitida a toda a equipe de cuidados de saúde.
PASSO 2	Capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implementar esta política.
PASSO 3	Informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno.
PASSO 4	Colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães imediatamente após o parto pôr no mínimo uma hora e encorajar as mães a reconhecer quando seus bebês estão prontos para serem amamentados, oferecendo ajuda se necessário.
PASSO 5	Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação mesmo se vierem a ser separadas dos seus filhos.
PASSO 6	Não oferecer a recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica.
PASSO 7	Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e recém-nascidos permaneçam juntos – 24 horas por dia.
PASSO 8	Incentivar a amamentação sob livre demanda.
PASSO 9	Não oferecer bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas.
PASSO 10	Promover a formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos na alta da maternidade.

Fonte: UNICEF. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado : módulo 1: histórico e implementação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

ANEXO B



Universidade Estadual de Maringá
 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DE MARINGÁ
 CENTRO DE ACESSORIA TÉCNICA-CIENTÍFICA



Solicitação nº 162/2011-ATC

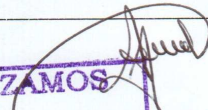
Encaminhamos ao Diretor **Superintendente** para ciência e deliberação quanto ao solicitado.

Requerente/Proponente: **Eloana Ferreira D'Artibale**

Projeto de Pesquisa: **"Contato precoce e amamentação: Significado para mães"**

Docente Orientador: **Luciana Olga Bercini**

PARECER FAVORÁVEL: SIM () NÃO

AUTORIZAMOS  Assinatura e Carimbo
 Prof. Dr. José Carlos Assador
 Diretor Superintendente

A solicitação será encaminhada a COREA e à Comissão de Ética do H.U.M. e autorizado. O seu início está condicionado à aprovação do Comitê Permanente de Ética. Envolver o Diretor Superintendente e a aprovação deverá retornar ao Centro de Assessoria Técnica Científica para liberação e agendamento prévio ao setor de interesse do requerente.

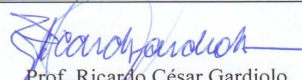
ANEXO C



Fundação Universidade Estadual de Maringá
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

CAAE Nº. 0366.0.093.000-11

PARECER Nº. 520/2011

Pesquisadora Responsável: Luciana Olga Bercini	
Centro/Departamento: CCS / Departamento de Enfermagem	
Título do projeto: Contato precoce e amamentação: significado para as mães	
<p>Considerações:</p> <p>Trata-se de projeto de pesquisa do grupo temático III, de caráter acadêmico sob orientação da Dra. Luciana Olga Bercini, o qual tem como objetivo geral compreender o significado do contato precoce e da amamentação logo após o parto para as mães no contexto de um Hospital Amigo da Criança.</p> <p>Para tanto, será conduzido um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa. O estudo será realizado com 40 mulheres que estiverem internadas no Alojamento Conjunto da Clínica de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Universitário Regional de Maringá, pertencente à Universidade Estadual de Maringá. A coleta de dados será realizada no período de novembro de 2011 a janeiro de 2012, por meio de entrevista semi-estruturada, diário de campo, coleta de dados dos prontuários das puérperas e de observação sistemática não participante de partos que venham a ocorrer durante o período de estudo. Serão incluídas nos estudos somente as mulheres que realizaram contato precoce e amamentação logo após o parto, e que aceitarem participar do estudo após terem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ressalta-se que todos os formulários e/ou roteiros de entrevistas foram apresentados anexo ao protocolo.</p> <p>O cronograma do protocolo inicia em maio de 2011 e se encerra em novembro de 2012.</p> <p>O orçamento do estudo totaliza R\$ 119,90 e segue com informação que será custeado pelos próprios pesquisadores.</p> <p>O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado foi redigido sob a forma de convite e contempla todas as garantias fundamentais estabelecidas pela norma ética vigente. Entretanto, não foi inserido no mesmo os objetivos da pesquisa.</p> <p>O pesquisador encaminhou carta de autorização assinada pelo Dr. José Carlos Amador, diretor do Hospital Universitário Regional de Maringá.</p> <p>Considerando o processo de apreciação ética do protocolo, à luz das normativas éticas vigentes, esse comitê de ética em pesquisa se manifesta pela aprovação do protocolo, com a recomendação de que sejam inseridos no TCLE os objetivos da pesquisa.</p>	
Com relação à aplicação do TCLE, conforme instrução operacional do sistema CEP/CONEP, datada de 21/03/2011, os pesquisadores deverão fazer constar, além das assinaturas de ambos (pesquisador e sujeito da pesquisa) nos campos específicos da última página, a rubrica, também de ambos, em todas as folhas do documento (TCLE).	
Situação: APROVADO	
CONEP: (X) para registro () para análise e parecer	Data: 16/09/2011
Relatório final para o Comitê: () Não (X) Sim	Data: 31/01/2013
O protocolo foi apreciado de acordo com a Resolução nº. 196/96 e complementares do CNS/MS, na 224ª reunião do COPEP em 16/9/2011.	 Prof. Ricardo César Gardiolo, Presidente em exercício do COPEP.

APÊNDICES

APÊNDICE A**ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA NÃO PARTICIPANTE**

1. Idade gestacional: _____ semanas
2. Tipo de parto: () cesáreo () normal
3. Houve necessidade de anestesia? () sim () não
4. Qual o tipo da anestesia? _____
5. Realizou episiotomia? () sim () não
6. Horário de início do parto: _____
7. Horário de término do parto: _____
8. Horário do nascimento do RN: _____
9. Horário do início do contato visual do binômio: _____
10. Horário de término do contato visual do binômio: _____
11. Horário do início do contato físico do binômio: _____
12. Horário de término do contato físico do binômio: _____
13. Houve amamentação nesse primeiro contato? () sim () não
14. Horário da primeira mamada: _____
15. APGAR da criança? 1 min _____ 5 min _____
16. O pai ou outro familiar estava presente?
() sim () não
17. Que profissional auxiliou o início do contato? _____
18. Como (despido, enrolado, etc.) o bebê foi entregue a mãe? _____

APÊNDICE B**DADOS DO PRONTUÁRIO**

Contato inicial com a mãe, explicar o objetivo do trabalho, pedir autorização para realizar o estudo.

1. Nome: _____

2. Idade: _____

3. Endereço: _____

4. Telefone: _____ Celular: _____

5. Situação conjugal: _____

6. Escolaridade:

() ensino fundamental completo () ensino fundamental incompleto

() ensino médio completo () ensino médio incompleto

() ensino superior completo () ensino superior incompleto

7. Ocupação: _____

8. G ___ P ___ C ___ A ___

9. Peso do RN ao nascer: _____

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidá-la a participar da pesquisa intitulada; **“O CONTATO E A AMAMENTAÇÃO PRECOSES NO CONTEXTO DE UM HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA”** que faz parte do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá e será realizada pela mestranda Eloana Ferreira D’Artibale, da Universidade Estadual de Maringá, sob orientação da Profa. Dra. Luciana Olga Bercini.

A pesquisa supracitada tem como objetivo: compreender as vivências e os significados do contato e da amamentação precoces das puérperas internadas em um HAC, bem como os fatores envolvidos em tais práticas.

Sua participação é muito importante para alcançar os objetivos deste estudo, e ela se daria respondendo a uma entrevista com questões abertas e fechadas, versando entre outras coisas, sobre: o significado do primeiro contato com seu filho e amamentação logo após o parto.

Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar do estudo, deixar de responder as perguntas que por ventura lhe causem constrangimento ou desconforto, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Garantimos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa, e serão confidenciais, de modo a preservar a sua identidade.

Acreditamos que este estudo possa contribuir para o levantamento das necessidades e compreensões das mulheres após o parto, visando um trabalho interdisciplinar mais efetivo entre os profissionais, contribuindo para a qualidade da atenção prestada no momento do contato precoce. Não estão previstos benefícios diretos e imediatos por sua participação no estudo, contudo, o retorno dos benefícios do estudo à instituição se dará pela apresentação dos resultados e sugestões emanadas desta investigação aos setores pertinentes do HUM.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos, pode nos contatar nos endereços abaixo ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UEM, cujo endereço consta deste documento. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Além da assinatura nos campos específicos pelo pesquisador e por você, solicitamos que sejam rubricadas todas as folhas deste documento. Isto deve ser feito por ambos (pelo pesquisador e por você, como sujeito ou responsável pelo sujeito de pesquisa) de tal forma a garantir o acesso ao documento completo.

Eu, _____, declaro que fui devidamente esclarecido e concordo em participar **VOLUNTARIAMENTE** da pesquisa realizada pela mestranda Eloana Ferreira D’Artibale.

Assinatura ou impressão datiloscópica

Data: ___/___/____.

Eu, _____, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supranominado.

Assinatura do pesquisador

Data: ___/___/____.

Equipe:

1 – Nome: Prof^a Dr^a Luciana Olga Bercini Telefone (44) 3011-4548
Avenida Colombo n° 5.790 Maringá – CEP 87020-900

2 – Nome: Eloana Ferreira D'Artibale Telefone (44) 9906-7663
Av Mandaguari n° 62 ap. 102 B Maringá – CEP 87020-230

Qualquer dúvida com relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida com o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa (COPEP) envolvendo Seres Humanos da UEM, no endereço abaixo: COPEP/UEM Universidade Estadual de Maringá. Av. Colombo, 5.790. Câmpus Sede da UEM. Bloco da Biblioteca Central (BCE) da UEM. CEP 87020-900. Maringá - Pr. Tel.: (44) 3011-4444
E-mail: copep@uem.br

APÊNDICE D

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

1. Você poderia descrever de forma detalhada como aconteceu o parto?
2. Em algum momento trouxeram o bebê perto de você? Se sim, quando? Onde vocês estavam? Você segurou ou tocou o seu filho nesse momento?
3. Você teve contato/toque com o bebê logo que ele nasceu? Quando e como se deu esse contato? Como (despido ou enrolado) o bebê foi entregue a você? (pedir para descrever detalhadamente como foi esse momento).
4. O bebê conseguiu sugar/mamar no primeiro contato? Se sim, você teve ajuda? Se sim, de quem?
5. Como foi para você o primeiro contato/toque com seu filho logo após o parto? O que representou/significou para você esse momento? O que você sentiu?
6. No momento do contato físico e da amamentação, como você poderia descrever a sua disposição para esse instante?
7. Em algum momento anterior, você recebeu alguma informação sobre como seriam os procedimentos sobre o contato com o bebê logo após o parto? Se sim, quais foram estas informações e quem forneceu? E para a amamentação? Se sim, quais foram estas informações e quem forneceu?
8. O pai do bebê ou outro familiar estava presente no momento do parto? Se não, por quê? Esta pessoa ajudou você no primeiro contato com o bebê? E na amamentação?
9. Você teve alguma dificuldade no momento do contato e da amamentação que ocorreram logo após o parto?
10. Qual a importância que você atribui ao ato de amamentar logo após o parto?