

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

FERNANDA LUCIANA CALEGARI

**Condução do parto e nascimento:
repercussões na primeira mamada do recém-
nascido em alojamento conjunto**

Ribeirão Preto
2012

FERNANDA LUCIANA CALEGARI

Condução do parto e nascimento: repercussões na primeira mamada do recém-nascido em alojamento conjunto

Dissertação apresentada a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós- Graduação em Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Assistência à Criança e ao Adolescente.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Adriana Moraes Leite

Ribeirão Preto
2012

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Calegari, Fernanda Luciana Calegari

Condução do parto e nascimento: repercussões na primeira mamada do recém-nascido em alojamento conjunto. Ribeirão Preto, 2012.

111f.; 30cm

Dissertação de mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP – Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública

Orientadora: Leite, Adriana Moraes

1. Aleitamento materno 2. Parto normal 3. Neonato

FOLHA DE APROVAÇÃO

Fernanda Luciana Calegari

Condução do parto e nascimento: repercussões na primeira mamada do recém-nascido em alojamento conjunto.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós- Graduação em Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em: ___/___/_____

Banca Examinadora

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

Dedico este trabalho:

À minha mãe Laides e ao meu pai Arquimedes, pelo amor incondicional, que mesmo com a distância nunca deixaram de ser o apoio fundamental na minha vida.

Ao meu irmão Alexandre, com carinho, por estar sempre ao meu lado, acreditando nos meus sonhos.

Amo vocês!

Agradecimentos Especiais

Á querida Profª Drª Adriana Moraes Leite, minha orientadora, pela dedicação e orientação ao longos dos anos de trabalhos, por me guiar desde da graduação no caminho da pesquisa e por proporcionar o meu crescimento profissional e pessoal. Pelo modelo de perseverança, determinação, respeito, amizade e pelo carinho no qual teve durante toda a nossa trajetória juntas.

Agradecimentos

À DEUS, pela vida e por estar presente sempre comigo em todos os momentos do meu caminhar.

À minha família, pelo carinho, apoio e dedicação durante todo o meu crescimento profissional e pessoal.

À minha cunhada Vanessa, por ser a expressão da alegria, e por ser um modelo de confiança e apoio.

À Prof^a Dr^a Carmen Gracinda Silvan Scochi, pelo seus ensinamentos e pela sua valiosa contribuição para o desenvolvimento do estudo.

À Prof^a Dr^a Ana Márcia Spanó Nakano pela contribuição no Exame de Qualificação através da sua competência e dos seus conhecimentos.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, por me formar, e me proporcionar o meu crescimento profissional.

À todos os meus amigos distantes Mayra, Geovana, Patrícia, Larissa, Flávia, Vanessa, Fernanda, Lívia, que estiveram sempre presentes nos momentos de alegria e souberam compreender a minha ausência.

Às queridas amigas, Gabriela, Ana Luísa, e Ana Paula. Agradeço pela amizade que não tem preço e pelo carinho incondicional durante todos esses anos.

À minha querida amiga de pós-graduação Laiane Medeiros Ribeiro, pela prazerosa e sincera amizade construída, e pela disponibilidade em me ajudar nas ocasiões mais difíceis.

À toda a equipe da Mater – enfermeiros, auxiliares, técnicos, médicos e funcionários, pela colaboração, respeito e pelo apoio para a conclusão dessa pesquisa. Em especial a auxiliar Ana Paula, e as enfermeiras Mariana, e Maria Fernanda.

As mulheres e neonatos participantes deste estudo, sem os quais nada seria possível.

As alunas de graduação, que contribuíram e auxiliaram com os resultados dessa pesquisa.

A todos que auxiliaram de forma indireta ou direta, na conclusão deste trabalho, o meu agradecimento.

"O valor das coisas não está no tempo em que elas duram, mas na intensidade com que acontecem.

Por isso existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis".

Fernando Pessoa

RESUMO

Calegari, F.L. **Condução do parto e nascimento:** repercussões na primeira mamada do recém-nascido em alojamento conjunto. 2012. 111f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

Apesar dos esforços a favor da humanização do nascimento, sabemos que ainda se fazem presentes na prática uma série de procedimentos intervencionistas no trabalho de parto e parto que interferem nesse processo. Assim, a depender de como se dá o processo de parturição, este acarretará nas condições maternas e neonatais para o início do aleitamento materno, e como consequência, no processo da amamentação, uma vez que a mulher deve ser o elemento chave para esta prática. A prontidão do recém-nascido (RN) para mamar, depende do seu estado de consciência, sendo que pode apresentar-se mais sonolento em situações que envolvem o uso de anestésicos ou outras intervenções em suas mães durante o trabalho de parto. O objetivo do presente estudo é identificar a relação entre a prontidão do RN para sugar a mama materna na primeira mamada no alojamento conjunto e a condução do trabalho de parto, parto e nascimento. Trata-se de um estudo observacional, transversal, descritivo exploratório, realizado com 43 binômios, com RN de idade gestacional entre 37 e 41 semanas e 6 dias, Apgar ≥ 7 no 5º minuto, filhos de mães primíparas. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, com protocolo (Nº1219/2010). As informações do processo de nascimento foram coletadas dos prontuários, e a partir das entrevistas às puérperas. A avaliação da prontidão dos RN para sugarem, foi feita por meio de filmagens dos neonatos desde o início ao término da primeira mamada no alojamento conjunto, sendo avaliados os estados de sono e vigília e mamada, com base no Formulário de Observação da mamada da OMS (1997). De acordo com o formulário os itens foram categorizados como “sinais positivos” e “sinais negativos”, relacionados às condições favoráveis e às dificuldades na mamada. A análise foi fundamentada na estatística descritiva e na realização de testes estatísticos para análise comparativa entre as variáveis. Quanto aos resultados, em sala de parto, 17 (39,5%) neonatos foram colocados em contato pele imediato e apenas 4 (9,3%) sugaram o seio materno. Das 43 parturientes, 39 (90,7%) receberam analgesia, porém apenas 14 (32,6%) receberam a segunda analgesia (repique). No momento em que as mesmas receberam a primeira analgesia, a dilatação cervical variou entre 2 e 9 cm, sendo que 13 (33,3%) estavam com 5 cm. No repique, a dilatação cervical variou entre 4 e 10 cm, sendo que 6 (42,9%) estavam com 8 cm. O período mínimo de duração do trabalho de parto, foi de 25 minutos, e o tempo máximo, 11 horas. A menor duração do período expulsivo foi de 1 minuto e o tempo máximo, 59 minutos. Quanto aos dados referentes ao puerpério imediato, 36 (83,7%) mães referiram que estavam com sono logo após o parto e apenas 9 (20,9%) delas relataram estar sentindo algum tipo de dor e quanto ao cansaço, a maioria 41 (95,3%) referiu estar cansada. O período sem ingerir líquido variou de 33 minutos a 22h e 35 min e o período em jejum alimentar variou entre 2h 50 min e 21h 05 min. Em relação ao estado de sono e vigília no período que antecedeu a mamada, 18 (41,9%) dos recém nascidos estiveram no estado alerta quieto. Durante a mamada em 21(48,8%) dos neonatos, o estado sono ativo foi predominante. Na avaliação da mamada, os índices positivos se fizeram presentes nos diferentes domínios avaliados: 86,1% na sucção, 85,6% na

postura corporal, 82,3% nas respostas do RN, 100% na anatomia da mama, no 78,4% tempo gasto na sucção durante a mamada. Quanto às associações entre as variáveis do trabalho de parto, parto e nascimento e as da mamada, obteve-se dados significativos entre a duração do período expulsivo e grupo sono e sonolento de estado de sono e vigília, com $p=0,03$. Embora as mães tivessem recebido intervenções durante o trabalho de parto e parto que pudessem interferir na qualidade da primeira mamada em alojamento conjunto, a maioria dos neonatos apresentou-se em estado de alerta, isto foi o suficiente para que eles apresentassem boa prontidão para mamar neste momento. O alojamento conjunto precoce, se mostrou uma prática favorável para a obtenção de sinais positivos na avaliação da primeira mamada à admissão de ambos.

PALAVRAS-CHAVE: Aleitamento materno; Parto normal; Neonato

ABSTRACT

Calegari, F. L. Conduction of labor and birth: first nurse repercussion of a new born in rooming in. 2012. 111 f. Thesis (Master) – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2012.

Despite efforts to promote the humanization of birth, we know that still present in practice a number of interventional procedures during labor and childbirth that interfere with this process. So, depending on how is the parturition process, this will result in maternal and neonatal conditions for the initiation of breastfeeding, and as consequence, in the process of breastfeeding, since the woman should be the key element to this practice. The readiness of the newborn (NB) to nurse, depends on your state of consciousness, and may present more drowsy in situations involving the use of anesthetics or other interventions in their mothers during labor. The aim of this study is to identify the relationship between NB readiness to suck the maternal breast in the first feeding on the rooming in and conduct of labor, and birth. This is an observational, cross-sectional, descriptive and exploratory, conducted with 43 binomials, with NB in the gestational age between 37 and 41 weeks and 6 days, Apgar score ≥ 7 in the fifth minute, the children of first-time mothers. The project was approved by the Research Ethics Committee of the Nursing School of Ribeirão Preto, University of São Paulo, with protocol (No. 1219/2010). Information from the birth process was collected from medical records and from interviews with puerperal. The assessment of the NB readiness to suck, was made by filming the neonates from the beginning to the end of the first feeding in rooming in, evaluated the states of sleep and wakefulness and feeding, based on Observation of breastfeeding from WHO (1997). According to the form of the items were categorized as "positive signals" and "negative signals", related to the favorable conditions and difficulties in feeding. The analysis was based on descriptive statistics and statistical tests for comparative analysis between the variables. As for the results in the delivery room, 17 (39.5%) neonates were placed in immediate contact skin and only 4 (9,3%) sucked the breast. Of the 43 pregnant women, 39 (90.7%) received analgesia, but only 14 (32.6%) received the second analgesia (reinjection). At the moment in which they receive a first analgesia, cervical dilation varied between 2 and 9 cm, while 13 (33.3%) had 5 cm. In reinjection, cervical dilation varied between 4 and 10 cm, and 6 (42.9%) had 8 cm. The minimum duration of labor was 25 minutes and the maximum period 11 hours. The lowest delivery duration was 1 minute and the maximum time, 59 minutes. As for the data relating to postpartum, 36 (83.7%) mothers reported that they were sleepy soon after birth and only 9 (20.9%) of them reported to be feeling some sort of pain and tiredness, the most 41 (95.3%) reported being tired. The period without ingesting fluid ranged from 33 minutes to 22h and 35 min and fasting period varied between 50 min and 21h 2h 05 min. Regarding the state of sleep and wakefulness in the run-feeding, 18 (41.9%) of the infants were in quiet alert state. While feeding in 21 (48.8%) of the neonates, the active sleep state was predominant. In the assessment of breastfeeding, positive indices were present in different areas evaluated: 86.1% in sucking, 85.6% in body posture, 82.3% of infants' responses, 100% in the anatomy of the breast, 78, 4% time spent sucking during breastfeeding. Regarding the associations between the variables of labor, and birth and breastfeeding, significant data was obtained from the delivery duration and sleep group and sleepy state of sleep and wakefulness, with $p = 0.03$. Although mothers had received interventions during labor and delivery that could interfere with the

quality of the first feeding in rooming in, most neonates presented on alert, that was enough for them to present good readiness to nurse this time. The early rooming in practice proved favorable for obtaining positive signals in the evaluation of the first feed intake both.

PALAVRAS-CHAVES: Breastfeeding; Natural childbirth; Infant

RESUMEN

Fernanda L. C. Conducción del parto y nacimiento: implicaciones en la primera alimentación del recién nacido en el alojamiento conjunto. 2012. 111f. Dissertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

A pesar de los esfuerzos por promover la humanización del parto, sabemos que todavía están presentes en la práctica una serie de procedimientos de intervención durante el parto y el parto que interfieren con este proceso. Así, dependiendo de cómo es el proceso del parto, esto se traducirá en condiciones maternas y neonatales en el inicio de la lactancia, y como resultado, el proceso de la lactancia materna, ya que la mujer debe ser el elemento clave de esta práctica. La disposición de los recién nacidos (RN) para lactar, depende de su estado de conciencia, siendo que puede presentarse más somnolencia en situaciones que involucran el uso de anestésicos u otras intervenciones en las madres durante el parto. El objetivo de este estudio es identificar la relación entre la disponibilidad RN a succionar el pezón en la primera alimentación en el alojamiento conjunto y la conducción del trabajo de parto, parto y nacimiento. Se trata de un estudio observacional, transversal, descriptivo y exploratorio, realizado con 43 binomios, RN con edad gestacional entre 37 y 41 semanas y 6 días, la puntuación de Apgar ≥ 7 a los 5 minutos, siendo hijos de las madres primerizas. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, con el protocolo (N^o 1219/2010). La información del proceso del parto se obtuvieron de las historias clínicas y de entrevistas con las puérperas. La evaluación de la rapidez de los RN para succionar, fue realizada por medio de filmación de los recién nacidos desde el inicio hasta el final de la primera alimentación en el alojamiento conjunto, siendo evaluados los estados de sueño, vigilia y alimentación, basada en el formulario de observación de lactancia materna de la OMS (1997). De acuerdo con los formularios los ítems fueron clasificados como "señales positivas" y "negativas", relacionadas con las condiciones favorables y las dificultades en la alimentación. El análisis se basa en la estadística descriptiva y pruebas estadísticas para el análisis comparativo entre las variables. En relación a los resultados, en la sala de parto 17 (39,5%) neonatos fueron colocados en contacto con la piel inmediato y sólo 4 (9,3%) succionado la mama. De las 43 mujeres parturientas, 39 (90,7%) recibieron analgesia, pero solamente 14 (32,6%) recibieron una segunda analgesia (repique). En el momento en que recibieron la primera analgesia, la dilatación cervical varió entre 2 y 9 cm, mientras que 13 (33,3%) tenían 5 cm. En repique, la dilatación cervical varía entre 4 y 10 cm, siendo que 6 (42,9%) tenía 8 cm. La duración mínima de trabajo de parto fue de 25 minutos y el período máximo de 11 horas. La menor duración del periodo expulsivo fue de 1 minuto y el tiempo máximo, 59 minutos. En cuanto a los datos relativos al puerperio inmediato, 36 (83,7%) las madres informaron de que estaban sueño poco después del parto y sólo 9 (20,9%) de ellas informaron estar sintiendo algún tipo de dolor y en relación al cansancio, la mayoría 41 (95,3%) informaron estar cansadas. El periodo sin ingerir líquido vario de 33 minutos a 22 h y 35 min y el período de ayuno varía entre 2h 50 min y 21 h05 min. Con respecto al estado de sueño y la vigilia en el periodo antes de la alimentación, 18 (41,9%) de los recién nacidos estaban en estado de alerta quieto. Mientras se alimentaba en 21 (48,8%) de los recién nacidos, el estado de sueño activo era predominante. En la evaluación de la lactancia materna, los índices positivos estuvieron presentes en los diferentes dominios evaluados: 86,1% en la

succión, el 85,6% en la postura corporal, el 82,3% en las respuestas del RN, el 100% en la anatomía de la mama, 78,4% el tiempo dedicado succión durante la lactancia. Con respecto a las asociaciones entre las variables de trabajo de parto, parto y nacimiento y la lactancia materna, se obtuvieron datos significativos entre la duración del periodo expulsivo y el grupo sueño y somnolencia del estado de sueño y vigilia, con $p = 0,03$. Aunque las madres habían recibido intervenciones durante el trabajo de parto y el parto que podrían interferir en la calidad de la alimentación por primera vez en el alojamiento conjunto, la mayoría de los recién nacidos se presentaron en estado de alerta, eso fue suficiente para que presentaran una buena disposición para lactar en ese momento. El alojamiento conjunto precoz mostro una práctica favorable para la obtención de señales positivas en la evaluación de la primera alimentación o la admisión de ambos.

Palabras clave: Lactancia materna; Parto normal; Recién nacido

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Correlação entre os sinais positivos da mamada e a duração da mamada.....	73
Figura 2 - Correlação entre os sinais negativos da mamada e a duração da mamada.....	74
Figura 3 - Correlação entre os sinais positivos da mamada e o estado de sono e vigília agrupados, predominantes durante a mamada.....	75
Figura 4 - Correlação entre o estado de sono e vigília agrupados, predominantes durante a mamada e duração da mamada.....	76

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Distribuição das puérperas quanto às variáveis: idade, estado civil, escolaridade, atividade, ocupação e procedência. Ribeirão Preto, 2012.....	50
Tabela 2 Distribuição das puérperas quanto às variáveis: pré-natal, número de consultas, e intercorrências na gestação. Ribeirão Preto, 2012..	52
Tabela 3 Distribuição dos neonatos quanto às variáveis: sexo, Apgar, peso ao nascer, estatura, temperatura, aspecto do líquido amniótico, aspiração das vias aéreas em sala de parto, contato pele a pele imediato, e aleitamento precoce. Ribeirão Preto, 2012.....	53
Tabela 4 Distribuição dos neonatos quanto às variáveis: aspiração de vias aéreas, contato pele a pele imediato e o aleitamento materno em sala de parto. Ribeirão Preto, 2012.....	54
Tabela 5 Distribuição das gestantes quanto às variáveis: analgesia, repique (2ª analgesia), e dilatação cervical. Ribeirão Preto, 2012.....	55
Tabela 6 Distribuição das puérperas quanto às variáveis: sono, dor, e cansaço no puerpério imediato. Ribeirão Preto, 2012.....	56
Tabela 7 Distribuição das puérperas quanto à presença de colostro antes e após a mamada. Ribeirão Preto, 2012.....	57
Tabela 8 Distribuição dos neonatos quanto aos estados de sono e vigília antes de iniciar a mamada. Ribeirão Preto, 2012.....	57
Tabela 9 Distribuição dos neonatos quanto aos estados de sono e vigília predominantes durante a primeira mamada em alojamento conjunto. Ribeirão Preto, 2012.....	58
Tabela 10 Distribuição da caracterização da primeira mamada em alojamento conjunto quanto aos sinais positivos e negativos. Ribeirão Preto, 2012.....	59
Tabela 11 Distribuição dos binômios quanto aos sinais positivos e negativos da mamada, duração da mamada, do trabalho de parto, do período expulsivo, e duração das analgesias até o nascimento. Ribeirão Preto, 2012.....	60
Tabela 12 Distribuições dos estados de sono e vigília dos RN antes de iniciar a mamada, quanto à duração da mamada, ao período de trabalho de parto, ao período expulsivo, e à duração das analgesias até o nascimento. Ribeirão Preto, 2012.....	

Tabela 13 Distribuição dos estados de sono e vigília agrupados dos RN antes de iniciar a mamada, quanto à duração da mamada, ao período de trabalho de parto, ao período expulsivo, e à duração das analgesias até o nascimento. Ribeirão Preto, 2012.....	64
Tabela 14 Distribuição dos estados de sono e vigília dos RN predominantes na mamada, quanto à duração da mamada, ao período de trabalho de parto, ao período expulsivo, e à duração das analgesias até o nascimento. Ribeirão Preto, 2012.....	66
Tabela 15 Distribuição dos estados de sono e vigília dos RN predominantes nas mamada, quanto à duração da mamada, ao tempo de trabalho de parto, ao período expulsivo, e à duração das analgesias até o nascimento. Ribeirão Preto, 2012.....	68
Tabela 16 Comparações dos estados de sono e vigília antes de iniciar a mamada, com a duração da mamada, do trabalho de parto, do período expulsivo, e das analgesias até o nascimento. Ribeirão Preto, 2012.....	69
Tabela 17 Comparações dos estados de sono e vigília agrupados antes de iniciar a mamada, com a duração da mamada, do trabalho de parto, do período expulsivo, e das analgesias. Ribeirão Preto, 2012.....	70
Tabela 18 Comparações dos estados de sono e vigília predominantes na mamada, com a duração da mamada, do trabalho de parto, do período expulsivo, e das analgesias até o nascimento. Ribeirão Preto, 2012.....	70
Tabela 19 Comparações dos estados de sono e vigília agrupados predominantes na mamada, com a duração da mamada, do trabalho de parto, do período expulsivo, e das analgesias até o nascimento. Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2012.....	71
Tabela 20 Correlações entre os sinais positivos na mamada, e a duração do trabalho de parto, do período expulsivo, e das analgesias até o nascimento. Ribeirão Preto, 2012.....	72
Tabela 21 Correlações entre os sinais negativos na mamada, e a duração do trabalho de parto, do período expulsivo, e das analgesias até o nascimento. Ribeirão Preto, 2012.....	72
Tabela 22 Regressão linear polinomial entre os sinais positivos da mamada e a duração da mamada.....	73
Tabela 23 Regressão linear polinomial entre os sinais negativos da mamada e a duração da mamada.....	74

SUMÁRIO

1	<i>Introdução</i>	24
1.1	A Humanização do parto de Nascimento.....	25
1.2	Condução do Parto e Nascimento e o Aleitamento Materno.....	30
2	<i>Objetivo</i>	35
3	<i>Método</i>	37
3.1	Tipo de Estudo.....	38
3.2	Local do Estudo.....	38
3.3	Sujeitos do estudo.....	38
3.4	Aspectos Éticos	39
3.5	Variáveis do estudo	39
3.5.1	Variáveis independentes	39
3.5.2	Variáveis Dependentes (Avaliação das mamadas)	41
3.6	Dados coletados no prontuário	43
3.7	Equipamentos	44
3.8	Treino dos pesquisadores na metodologia para coleta dos dados.....	44
3.9	Procedimento de Coleta de Dados	45
3.10	Estudo Piloto.....	46
3.11	Análise dos dados	47
4	<i>Resultados</i>	49
4.1	Caracterização dos sujeitos do estudo.....	50
4.2	Caracterização do trabalho de parto, parto e puerpério imediato.....	55
4.3	Avaliação da mamada.....	58
4.4	Avaliação da mamada e a relação com o trabalho de parto, parto e puerpério imediato	60
4.5	Avaliação da mamada e caracterização do trabalho de parto, parto e nascimento: análise de associações	69
5	<i>Discussão</i>	78
5.1	Caracterização dos sujeitos do estudo.....	79
5.2	Caracterização do trabalho de parto, parto e puerpério imediato.....	80
5.3	Avaliação da mamada e a relação entre o trabalho de parto, parto e puerpério imediato	84
6	<i>Conclusão</i>	91
	<i>Referências</i>	95
	<i>Anexos</i>	103
	<i>Apêndices</i>	107

Apresentação

Minha trajetória acadêmica iniciou-se no ano de 2006, quando me inseri na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). No final do segundo semestre, fui buscar sobre as áreas de pesquisa que a Universidade fornecia, dentre elas, o meu interesse inicial era trabalhar com recém-nascidos devido à afinidade com os bebês e através disso surgiu o interesse em estudar e me aprofundar nesta área de neonatologia. E foi através desse interesse em pesquisas acadêmicas que contactuei a Prof. Dr^a Adriana Leite, minha atual orientadora.

A partir deste momento, algumas oportunidades foram surgindo, dentre elas a minha primeira pesquisa com ênfase no aleitamento materno, na área materno-infantil denominado “Estudo dos fatores associados à duração do aleitamento materno após a alta hospitalar de uma Instituição Amiga da Criança”, financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)-Iniciação Científica. Concomitante a esta atividade, comecei a frequentar o Grupo de Pesquisa em Enfermagem no Cuidado à Criança e ao Adolescente – GPECCA, o qual me auxiliou e trouxe novos conhecimentos e aprimoramento em minha pesquisa, foi de essencial importância na minha formação acadêmica.

No segundo ano de graduação, continuei com a pesquisa, e realizei meu primeiro estágio extra-curricular, no Centro Estadual de Referência à Saúde da Mulher de Ribeirão Preto–MATER, em que vivenciei a função do enfermeiro na maternidade, e na prática hospitalar. Estando mais próximo ao binômio mãe e bebê, busquei na literatura subsídios que implementasse a minha prática na unidade, e aperfeiçoasse o meu conhecimento, além de acrescentar novos embasamentos teóricos.

Após a conclusão da minha primeira pesquisa, participei do meu primeiro congresso, “1º Congresso Paulista de Humanização do Parto e Nascimento” no qual apresentei os dados obtidos no trabalho referente à iniciação científica. Essa experiência foi de extrema importância para o meu crescimento, pois ao expor o trabalho, obtive críticas construtivas e incentivos para dar continuidade à pesquisa. E foi com este enfoque que iniciei o meu segundo trabalho científico, subsidiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP, na área de neonatologia, intitulado “A manipulação de recém-nascidos prematuros internados em unidade de terapia intensiva de um hospital universitário de Ribeirão Preto” com conclusão no meu último ano de formação na graduação.

Após o término da minha segunda pesquisa, em conjunto com a graduação surgiu o interesse em dar continuidade à área acadêmica, devido às vivências na área materno- infantil durante a minha formação e o interesse em dar continuidade às pesquisas nessa área, pois ainda me deparava com questões a serem abordadas que poderiam contribuir com o sucesso do aleitamento materno e sua prática. Assim, em 2010, ingressei no mestrado do programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública, do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública (MISP) da EERP/USP.

Ainda neste período, fui contrata para trabalhar como enfermeira na Santa Casa de Ribeirão Preto, instituição na qual atuo até presente data na unidade maternidade, de uma Instituição Amiga da Criança. Nesta fase do meu caminhar, pude vivenciar os objetivos da minha pesquisa na prática hospitalar, implementando os meu conhecimentos teóricos na prática do cuidado na minha unidade, contribuindo para o meu crescimento profissional.

No primeiro ano do mestrado, cursei disciplinas que proporcionaram o embasamento teórico de grande relevância para o desenvolvimento da pesquisa, além do implemento de novas revisões literárias. Ressalta-se também neste ano de 2010, como parte das atividades de desenvolvimento na pós-graduação, a participação no Programa de Aperfeiçoamento de Ensino (PAE), no qual acompanhei os alunos de graduação na disciplina ERM-303-Cuidado Integral da Saúde da Criança e do Adolescente, na unidade de alojamento conjunto, com ênfase ao neonato. Esta atividade foi muito pertinente no enriquecimento da pesquisa, devido às discussões em grupo e da prática vivenciada no campo.

O presente estudo está dividido em capítulos. Na introdução é apresentada a fundamentação do parto normal, com base no processo de humanização, bem como os aspectos que relacionam o parto e nascimento com a prática do aleitamento materno. Em seguida destacam-se os objetivos da pesquisa. Na metodologia estão descritos o local e os participantes do estudo, aspectos éticos da pesquisa, o estudo piloto e a análise do mesmo.

Nos resultados estão apresentados a caracterização dos sujeitos do estudo, e, por conseguinte as análises descritivas e associativas referente aos dados de parto e nascimento, a avaliação da mamada, e o estado comportamental do neonato. E por fim a discussão e as conclusões com base nos dados apontados.

Introdução

1.1 A Humanização do parto de Nascimento

Nos primórdios da civilização o parto era um evento solitário e puramente fisiológico, com o desenvolvimento da ciência que gerou a fragmentação do processo em parto e nascimento (ALMEIDA et al., 2005). O parto hospitalar colocou a mulher como objeto, e não como sujeito da ação durante o processo parturitivo, no qual as ações e rotinas de trabalho são mais importantes que a ligação afetiva entre mãe e seu filho. A dor e a ansiedade são desconsideradas em favor da performance clínica (MATEI et al., 2003).

A assistência ao parto teve maior sofisticação e instrumentalização, sendo o hospital o local mais seguro para o nascimento. Sob a ótica do profissional médico, impõem-se normas e rotinas biomédicas, retirando o caráter de processo fisiológico do evento. Em nome de se conseguir um “bebê perfeito”, justificam-se os meios intervencionistas utilizados no processo fisiológico do parto.

O uso exacerbado dessas tecnologias trouxe como consequência um aumento da morbimortalidade materna e perinatal, e a desincorporação de intervenções danosas se tornou problemática. Diante desta realidade, as Agências Internacionais de Desenvolvimento lançaram, em 1987, a Iniciativa por uma Maternidade Segura. O principal objetivo era dar visibilidade às dimensões e consequências das precárias condições de saúde materna e mobilizar ações para a redução das mortes maternas (MAMEDE; MAMEDE; DOTTO, 2007). A Conferência sobre "Maternidade Segura", realizada em Nairóbi, em 1987, foi fruto do reconhecimento internacional da morte materna como tragédia que necessitava ser mundialmente enfrentada (STARRS, 1987).

Este movimento estabeleceu estratégias no sentido de assegurar gestações e partos mais seguros para as mulheres e seus recém-nascidos. O resgate dos valores da humanização e naturalização do parto toma força (MAMEDE, MAMEDE, DOTTO, 2007).

No Brasil, o Projeto Maternidade Segura, foi lançado em 1996, o Ministério da Saúde, em parceria com a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRSAGO), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e Organização Pan-americana de Saúde (OPAS/OMS), com a pretensão de reduzir a mortalidade materna e perinatal, através da melhoria da assistência ao parto e ao recém-nascido (SANTOS; TYRRELL, 2005).

Na Proposta da Maternidade Segura pelo Ministério da Saúde, três são os passos relacionados diretamente com a assistência: garantia de informação sobre saúde reprodutiva, garantir assistência durante a gravidez, parto e puerpério e incentivar o parto normal e humanizado e cinco são os passos definidos para a Instituição relacionados com a definição de rotinas, entre eles: o treinamento da equipe, possuir estrutura adequada, arquivo, sistema de informação e, por fim, avaliar periodicamente os indicadores de saúde materna e perinatal (SANTOS; TYRRELL, 2005).

Além disso, o Projeto Maternidade Segura, estabelece um conjunto de critérios e procedimentos técnicos visando obter a eficácia da assistência prestada à mulher. Entre as estratégias encontra-se o incentivo ao parto normal e humanizado (MAMEDE; MAMEDE; DOTTO, 2007).

O parto humanizado deve ter início no pré-natal e se dar por meio da incorporação de condutas acolhedoras, do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do neonato (BRASIL, 2005).

O primeiro passo é o acolhimento, sendo esse um aspecto essencial da política de humanização, no que implica a recepção da mulher, desde sua chegada na unidade de saúde, responsabilizando-se por ela, ouvindo suas queixas, permitindo que ela expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário (BRASIL, 2005).

Durante todo o período gravídico - puerperal preconiza-se a realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre de gestação (BRASIL, 2005).

O aconselhamento é uma das atividades do pré-natal, onde deverão ser adotadas atividades educativas realizadas em grupo ou individualmente, com linguagem clara, compreensível, aberta, sem preconceitos e julgamento, a fim de proporcionar respostas às indagações da gestante ou da família, compartilhamento de experiências, cursos preparatórios para o parto e cuidados com o neonato, gerando o fortalecimento da gestante no seu caminho até o parto e ajudando a construir o conhecimento sobre si mesma, contribuindo para um parto e nascimento tranquilos e saudáveis (BRASIL, 2005).

No que tange às relações entre os pais e filhos, pesquisas mostram que as ações e respostas dos pais ao filho resultam de uma complexa combinação de vários fatores. Estudos observacionais apontam que o processo de afeiçoamento ao recém-nascido envolve uma seqüência de eventos: 1) antes da gestação, no planejamento da gravidez; 2) durante a gestação, através da confirmação e aceitação da gravidez, movimentação fetal e aceitação do feto como indivíduo; 3) durante o parto e após o nascimento, quando a mãe vê, toca, cuida do bebê e aceita-o como um indivíduo à parte (KLAUS; KENNEL, 1995).

Os fatores biológicos e as diversas razões, conscientes ou inconscientes, que motivam homens e mulheres a terem filhos, mesmo antes da concepção, interferem no modo como os pais se ligarão ao bebê. A criança é o elo entre o presente e o futuro, no qual estão envolvidos o desejo de imortalidade, a garantia da preservação das características, tradições, ideais e nome da família (BRAZELTON, 1988).

Dias (2000), estudando as bases teóricas do apego mãe e filho através de revisão bibliográfica, constatou que o vínculo afetivo da mãe para com o filho começa a ser desenvolvido já desde o primeiro trimestre da gestação e progride por toda a gravidez, reestruturando a rede de intercomunicação da família, ponto de partida de um novo equilíbrio na unidade familiar.

No final da gestação, a mulher já pode perceber o feto como um ser separado dela, capaz de sobreviver e auxiliá-la na hora do parto. A personificação do feto, ocorrida nesta fase, a escolha do nome, os arranjos na casa e os planos auxiliam a mãe a encontrar um bebê conhecido (BRAZELTON, 1988).

Por ocasião do nascimento, a mãe precisa adaptar-se e aceitar as características físicas e comportamentais individuais do seu bebê real. A participação do pai e do próprio bebê é decisiva, podendo favorecer ou interferir negativamente nesse processo. Estudos demonstraram que essa participação se correlaciona com o envolvimento nos quatro anos de vida, sucesso na amamentação materna e processo de vinculação (BRAZELTON, 1988).

No momento do parto devem ser respeitados as individualidades, desejos, a liberdade de escolha quanto ao posicionamento mais apropriado e agradável para parir, monitoramento da mãe e do feto e, após o parto prestação de cuidados à puérpera e ao neonato (ENNING, 2000).

A política de humanização, com respaldo do art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005 definiu a presença do acompanhante no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato sendo um direito da parturiente. A presença do acompanhante retrata apoio emocional através da diminuição de ansiedade, transmissão de força, tranqüilidade e proteção no universo desconhecido e ameaçador do hospital (STORTI, 2004).

Dentro do contexto de humanização no parto e as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde, conforme Portaria 985/99GM, a instituição deverá ter a maternidade fora da área hospitalar, para que não ocorra contato com eventuais infecções do ambiente hospitalar. O Ministério da Saúde normatizou que na estrutura física, das maternidades deveriam ter o PPP (pré-parto, parto e pós-parto) que é uma sala unificada de pré - parto, parto e pós-parto, quando for realizado reforma ou ampliação, devido à melhor evolução do trabalho em um ambiente familiar, longe do aspecto de uma sala cirúrgica (BRASIL, 2008).

A humanização plena do parto tem como foco o bem estar da mulher por meio da participação dos familiares e desvinculação da rotina hospitalar, na qual inevitavelmente, a parturiente passa a ser tratada como paciente. Neste contexto, busca-se o resgate do parto natural, no qual a percepção da dor é minimizada sem o auxílio de medicamentos ou intervenções cirúrgicas, por meio de relaxamento, confiança, informação, e contato contínuo com pessoas amigas. Acresce-se a isso, o fato de estar ativa, descansada e bem alimentada num meio confortável e o fato de permanecer no instante presente e de viver as contrações uma a uma, sem que esse processo seja acelerado (LARGURA, 2000).

Castro (2003) defende que humanização não se traduz nas práticas adotadas durante o atendimento à gestante e parturiente, e sim como essas práticas são adotadas. Trata-se de uma nova visão do parto e da mulher que dá à luz, que “humaniza” no sentido antropológico e psicológico todos os participantes do evento e traz à tona sua grandeza, força e sua sabedoria. Buscando compreender a visão dos profissionais de saúde acerca do processo de humanização do nascimento realizou-se um estudo qualitativo, através de discursos gravados nas entrevistas aos sujeitos. Verificou-se que os enfermeiros entendem o processo de humanização como uma estratégia política que objetiva a melhoria e a desmedicalização da assistência; sendo para isso necessário a mudança de paradigma, no entanto, encontram como barreira os profissionais da medicina. Esses profissionais, quando

interrogados, acreditam que o processo de humanização é uma estratégia governamental para a redução de custos; julgam que o parto humanizado é aquele em que se permite a presença de acompanhante e a analgesia é realizada precocemente, e citam como barreiras a infra-estrutura física e pessoal (CASTRO, 2003).

Neste sentido o parto normal não humanizado é visto como um procedimento médico e não um evento fisiológico normal (MORAES; GODOI; FONSECA, 2006), interferindo na liberdade, privacidade e autonomia. A parturiente separada da família e submetida a normas institucionais e práticas intervencionistas sem o devido esclarecimento e consentimento (MOURA et al., 2007).

Almeida et al. (2005) consideram como intervenções não humanizadas: não permitir a presença de um acompanhante com a mulher sendo justificado a falta de espaço e que o acompanhante atrapalha o processo; realização de lavagem intestinal para acelerar o trabalho de parto e a possível contaminação do neonato com as fezes; tricotomia dos pêlos pubianos acreditando ser um intervenção geradora de higiene; usar violência verbal e psicológica com frases do tipo "não grita, ou eu não vou te ajudar", "na hora de fazer você não gritou"; usar indução intravenosa para acelerar o parto para provocar aumento das contrações e assim faz com que o parto seja mais rápido e o leito seja liberado, prescrever jejum relatando um possível problemas de aspiração de alimento, restringir movimentos ao indicar repouso no leito alegando-se que não há espaço nos centros obstétricos para as mulheres caminharem e mudarem de posição. Acredita-se ser "mais seguro", usar episiotomia indiscriminadamente; realizar parto em posição ginecológica e separar o neonato da mãe logo após o parto impedindo o primeiro vínculo entre ambos, alegando que o exame clínico e a higienização seja mais importante.

Tais implicações consideradas intervenções não humanizadas, impedem a consolidação do vínculo mãe e bebê, o contato pele a pele em sala de parto e o início da amamentação (RIGHARD, ALADE, 1990).

No estudo de Richard e Alade (1990) foram estudados dois grupos, dos quais, no primeiro foi realizado contato pele a pele imediato entre mãe e bebê na primeira hora após o nascimento, e no segundo grupo, o grupo separação, o bebê foi removido do abdome da mãe após 15- 20 minutos do nascimento para a realização dos procedimentos de rotina como pesagem, medição, e banho, o processo durou em torno de 20 minutos e então foi devolvido para mãe. Ao comparar os dois

grupos, os dados foram significativos de sucesso na amamentação no primeiro, sendo que a maioria, 24 dos 38 bebês sugaram por 20 minutos em sala de parto, e no segundo grupo apenas 7 das 34 bebês sugaram e o restante não sugou o seio materno ou sugou incorretamente. Com isso conclui-se que a separação mãe e bebê na primeira hora após o nascimento teve forte impacto no processo da sucção da mama materna. O início precoce do aleitamento leva o recém-nascido a mamar corretamente mais cedo, possibilitando maior sucesso da amamentação (RIGHARD, ALADE, 1990)

Contudo, promover e dar apoio ao aleitamento materno consiste em fornecer informações corretas, com postura de aconselhamento, criar valores e comportamentos culturais favoráveis para que o aleitamento possa ser assumido como norma, e propicia boas práticas da amamentação nas instituições, fato que depende de políticas nacionais, de recomendações dos serviços sociais e de saúde (PINTO, 2008).

1.2 Condução do Parto e Nascimento e o Aleitamento Materno

O Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), criado em 1981, traduz a amamentação como ato natural, instintivo, inato e biológico. O aleitamento materno foi instituído e reafirmado ao longo dos tempos, como estratégia na atenção primária para a redução da morbidade e mortalidade infantil, principalmente nos países de terceiro mundo (MONTEIRO, 2006).

O início dos anos 90 do século XX, foi marcado por uma crescente e visível crise de paradigma de amamentação que embasava a política estatal, na medida que o desmame precoce persistia como importante preocupação na agenda de saúde pública, implicando em maior risco de agravo na saúde da criança, aumentando os riscos de morbimortalidade infantil (MONTEIRO, 2006).

A implantação do Programa Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) no Brasil, em 1992, trouxe um novo fôlego para o incentivo ao aleitamento materno, no âmbito das políticas públicas (SOUZA, 1996). As ações do IHAC constituem-se de medidas adotadas a partir da “Declaração Innocenti”, sobre mecanismos de desenvolvimento para proteção e apoio ao aleitamento materno para a década de 1990. Tal Declaração foi resultante da reunião promovida pela Organização Mundial

da Saúde (OMS) e Fundações das Nações Unidas Para Infância (UNICEF), na Itália em 1990, com vários países, entre eles o Brasil.

As instituições que aderem ao movimento IHAC adotam os chamados “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno”, com o intuito de estimular a amamentação. Ressalta-se na perspectiva da humanização do nascimento, o quarto passo dessa iniciativa, que tem como um dos focos, a capacidade de interação dos RN com suas mães nos primeiros minutos de vida, uma vez que o contato precoce mãe e filho é fundamental para o estabelecimento do vínculo mãe-bebê, além de aumentar a duração e garantir o sucesso do aleitamento materno, aumentar a incidência do início do aleitamento hospitalar (BOCCOLINI, 2008).

O sucesso dessa prática depende de inúmeros fatores. No que tange aos fatores neonatais, o sucesso do aleitamento materno depende de determinadas variáveis, tais como: idade gestacional, peso, estabilidade fisiológica e clínica, tônus muscular, experiência de sucção prévia, facilitação da organização comportamental do bebê, estado de consciência, controle do ambiente e da postura (CREGER; BROWNE, 1995).

Ao nascimento o neonato se depara com procedimentos agressivos, estressantes e dolorosos, advindos dos avanços tecnológicos da assistência (VENTURINI; MARTINS, 2004). Estes procedimentos estressantes e dolorosos, em sua maioria produzem desorganização fisiológica e comportamental nos neonatos, refletindo-se como característica negativa aos mesmos. (VENTURINI; MARTINS, 2004; CRESCÊNCIO; ZANELATO; LEVENTHAL, 2009).

O momento de transição do meio intra para o extra-uterino é delicado e é marcado por várias mudanças para a criança. Dentro do útero o feto tem um ambiente aconchegante, com temperatura e luminosidade constante, os ruídos são ouvidos de forma suave. Com o nascimento o recém-nascido tem que se adaptar gradualmente ao meio extra-uterino superando as dificuldades necessárias para o seu desenvolvimento (CRUZ; SUMAN; SPÍNDOLA, 2007).

O estado comportamental é determinado pela condição clínica geral do RN, que inclui a estabilidade interna (respiratória, digestiva, etc) e a externa (estimulação tátil durante a alimentação). Segundo Als et al. (1982) os RN podem apresentar instabilidade clínica, a qual se manifesta através dos sinais de estresse: mudanças de cor e sinais vitais, respostas viscerais (como vômito e soluço), espirros e bocejos, proveniente do funcionamento do sistema fisiológico.

Glass e Wolf (1994) delimitam o estado de consciência do RN, como sono profundo, sono leve, sonolento, alerta quieto, alerta ativo e choro, e referem que para garantir a eficiência da alimentação, o RN deve ser capaz de controlar e manter seu estado de consciência. No estado alerta quieto o RN pode responder bem aos estímulos visuais e auditivos, ou eliciação dos reflexos orais e interação social. Já o estado de alerta (acordado ou ativo) é considerado o mais adequado para o RN se alimentar de forma eficiente e sem riscos, pois neste estado ele potencializa sua capacidade de aprendizagem cognitiva, social e emocional.

O estado de consciência também pode estar relacionado à presença ou ausência do reflexo oral e assim ao nível de fome. A presença do reflexo de procura demonstrará se ele está receptivo para se alimentar, comportamento que está relacionado ao estado de consciência (geralmente alerta) e à presença de fome. Além de que a presença de reflexos de procura e de sucção poderá trazer indícios da prontidão do RN para início da amamentação (ARVEDSON; BRODSKY, 1993).

Os ritmos circadianos já estão estabelecidos desde o período perinatal. O neonato dorme mais tempo do que as crianças maiores, com períodos fragmentados de sono distribuídos ao longo do dia, que vão gradualmente se consolidando num período único, à noite. O recém-nascido e o lactente dormem 16 a 18 horas por dia, 50% em estágio REM (movimentos oculares rápidos). Eles alternam sono e vigília a cada três a quatro horas, uniformemente distribuídas entre o dia e a noite. A alteração do padrão de sono e vigília através de poluição sonora, iluminação inadequada e manipulação excessiva pode gerar dificuldade na capacidade de autorregulação (MADEIRA; AQUINO, 2003).

Desde o nascimento, o choro é um sinal de comunicação entre o neonato e o ambiente, denotando necessidades emocionais e fisiológicas (BRANCO et al., 2006). Também pode ser indicativo de dor e de outros tipos de desconforto, tais como uma reação do neonato ao despropósito de certas práticas de assistência (CHRISTENSSON et al., 1995).

Após o parto o RN cessa imediatamente o choro quando colocado em contato íntimo com sua mãe, sendo que o tempo de choro é maior quando o neonato é colocado em berço aquecido (CHRISTENSSON et al., 1995).

Em um estudo no qual foram analisados 3 grupos de RN pelo período de 90 minutos, sendo que o primeiro fora colocado em contato com a mãe após o nascimento, o segundo grupo esteve separado por todo o período de avaliação, e o

último por sua vez, esteve separado por 45 minutos sendo colocado junto à mãe pelo período remanescente, os autores revelaram que os resultados comprovaram que os bebês reconhecem a separação materna reagindo por meio do choro, num reflexo conhecido como “Síndrome do Chamado pelo Estresse” reconhecido em várias espécies animais. Segundo os autores, tal mecanismo de sobrevivência cessa ao se restabelecer o contato com a mãe e pode estar codificado geneticamente (CHRISTENSSON et al.,1992).

Esses resultados demonstram que o choro é demonstrativo de um comportamento responsivo a estímulos, sendo essa a linguagem utilizada pelo neonato junto com a mímica facial e ao ciclo de sono e vigília.

De acordo com Odent (2000), os primeiros minutos de vida do recém-nascido é considerado como um período sensível, curto e crucial, que jamais se repetirá. A mãe e o bebê liberam endorfinas durante o parto, induzindo estados de dependência, desenvolvendo o vínculo. O mesmo autor ressalta ainda, que alguns fatores que alteram o curso natural do trabalho de parto e parto, como analgesias, expulsivos prolongados, excesso de espectadores na sala de parto, tornam o parto mais difícil e doloroso gerando medo e ativando mecanismo de fuga que influenciam no contato entre mãe e bebê, prejudicando o estabelecimento do vínculo.

Apesar dos esforços a favor da humanização do nascimento, sabemos que ainda se fazem presentes na prática uma série de procedimentos intervencionistas no trabalho de parto e parto que interferem no processo de nascimento. Assim, temos como inferência que a depender de como se dá o processo de parturição, este acarretará nas condições maternas e neonatais para o início do aleitamento materno, e como consequência, no processo da amamentação, uma vez que a mulher deve ser o elemento chave para esta prática. Acreditamos que a participação da mulher como protagonista do processo de nascimento facilita o processo de maternagem no qual inclui-se o aleitamento materno.

Temos observado na prática que em determinadas situações em que a mulher passa por um longo período em trabalho de parto, período este em que é submetida a diversas intervenções tais como o uso de ocitócitos e analgesias de forma indiscriminada, sem que haja a sua participação ativa no processo, esta cliente chega ao alojamento conjunto estafada e debilitada para iniciar de forma tranqüila o processo de amamentação. Muitas vezes, intervenções nela realizadas como a analgesia precoce durante o pré-parto sem que haja a sua solicitação, fazem

com que haja a necessidade de repetição desse procedimento (repique), sendo que, a depender da situação, tal prática influencia negativamente na evolução do trabalho de parto.

Quanto ao estado de sono e vigília do RN, nas primeiras horas de vida, o mesmo tende a apresentar-se mais sonolento nas primeiras horas a depender do momento e dosagem de drogas recebidas pela mãe na analgesia. Segundo Richard e Alade (1990), os altos níveis plasmáticos dos analgésicos têm como efeito colateral a depressão do sistema nervoso e por consequência o estado deprimido do recém-nascido.

A maioria das drogas utilizadas como analgesia no trabalho de parto e parto são transportadas através da placenta por difusão simples, sem gasto de energia, dependente do gradiente de concentração da droga livre, da razão e da extensão da barreira placentária da troca entre mãe e concepto (PASANEN; PELKONEN, 1990).

Atualmente o cuidado humanizado tem sido pauta das prioridades da iniciativa governamental (FAQUINELLO; HIGARASHI; MARCON, 2007), sendo necessária a produção de conhecimento científico acerca do tema para a incorporação de novos conhecimentos no cotidiano dos profissionais que desenvolvem o processo de trabalho do parto humanizado na maternidade.

Até onde se sabe a literatura é escassa sobre a influência da condução do trabalho de parto sobre a primeira mamada do RN em alojamento, o que desperta o incentivo para a pesquisa. Dessa forma, uma das finalidades do presente estudo será a produção de conhecimento que possa ser utilizado como uma das ferramentas para a tomada de decisão, com vistas à humanização do nascimento e à promoção e apoio ao aleitamento materno.

Objetivo

OBJETIVO GERAL

- Identificar a relação entre a prontidão do RN para sugar a mama materna na primeira mamada no alojamento conjunto e a condução do trabalho de parto, parto e nascimento.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o trabalho de parto e nascimento segundo o tempo de duração do trabalho de parto, período expulsivo e analgesias e contato pele a pele imediato ao nascimento.
- Avaliar a primeira mamada do recém-nascido em alojamento conjunto segundo o estado de sono e vigília e a condução da mamada.

Método

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo observacional, transversal, descritivo exploratório. Os estudos observacionais se caracterizam pela não intervenção do pesquisador na realidade, apenas observa e registra as informações de seu interesse para análise posterior. Os estudos transversais são utilizados quando se deseja estimar a frequência com que um determinado evento se manifesta em uma população específica, além dos fatores associados com o mesmo. Já os estudos descritivos são utilizados para analisar a distribuição de um evento, na população em termos quantitativos (PEREIRA, 1995).

3.2 Local do Estudo

A pesquisa foi realizada no Centro Estadual de Referência à Saúde da Mulher - MATER, uma maternidade no interior do estado de São Paulo, campo de ensino, pesquisa e extensão da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. A instituição está inserida no sistema de referência para partos de baixo risco em mais de 25 municípios da região de Ribeirão Preto. As clientes são encaminhadas para o serviço com 36 semanas de gestação pelo Projeto Nascer, realizam as consultas do pré-natal no serviço semanalmente até o nascimento do bebê. Após o nascimento as clientes são contra referenciadas às UBS para acompanhamento do puerpério e puericultura.

Intitulada Hospital Amigo da Criança é reconhecida pelo incentivo ao parto normal, ao aleitamento materno, ao alojamento conjunto e por prover atividades assistenciais e educativas junto às gestantes, parturientes e puérperas da comunidade visando uma assistência mais humanizada durante todo o ciclo grávido-puerperal.

3.3 Sujeitos do estudo

A população alvo foi constituída por RN a termo e suas mães que atenderem aos critérios de inclusão. A amostra foi constituída pelos binômios, cujo nascimento ocorreu no período de coleta de dados, de maio a novembro de 2011, totalizando 43 participantes. Os **critérios de inclusão** na amostra foram: binômios internados em alojamento conjunto, com amamentação materna exclusiva em livre demanda, RN

de idade gestacional entre 37 e 41 semanas e 6 dias, Apgar ≥ 7 no 5º minuto, filhos de mães primíparas, que possuam mamilos protrusos. Como **critérios de exclusão**, foram excluídos RN com idade gestacional menor que 37 semanas, acometidos por algum processo patológico ou de má adaptação a vida extra-uterina, nascidos de parto cesárea ou fórceps, com doença congênita do sistema nervoso, malformação ou prejuízos neurológicos, com disfunção do sistema estomatognático que interfiram na mecânica de sucção, filhos de mães soropositivas para o vírus HIV, diabéticas e que possuíssem algum trauma mamilar. Tais informações foram obtidas por meio da consulta de prontuários e do exame físico da mama materna.

3.4 Aspectos Éticos

Após avaliação e autorização da Comissão de Pesquisa do Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto- Mater (Anexo 1). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (Anexo 2). Os binômios foram incluídos no estudo somente após autorização da mãe, com assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 1). Dessa forma, foram tomados os cuidados explicitados nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pela Resolução (BRASIL, 1996).

3.5 Variáveis do estudo

3.5.1 Variáveis independentes

- **Analgesia:** O uso da analgesia tem sido discutido quanto às suas vantagens e desvantagens, dentre as vantagens destacam-se: recuperação mais rápida da mãe, menor risco de repercussão sistêmica; procedimento rápido e de menor custo, participação ativa da mulher no parto, e as desvantagens constituem: no relaxamento muscular do assoalho pélvico e da parede abdominal, dificultando o puxo e a rotação interna do pólo cefálico (COLACIOPPO, 2005). Além disso, a analgesia durante o pré-parto e parto pode causar sonolência na mãe e posteriormente no recém-nascido, podendo interferir no contato mãe-bebê, por consequência, no início da amamentação e na própria duração do aleitamento materno (RIGHARD; ALADE, 1990).

- **Período de trabalho de parto:** A evolução do trabalho de parto se insere na progressão da dilatação cervical, conceituando que o primeiro período clínico do parto, é denominado dilatação que consiste na fase latente e ativa. A fase de latência inicia-se quando as contrações uterinas estabelecem-se de maneira regular, e a principal característica desta fase é a modificação cervical, que consiste em seu amolecimento e apagamento. A fase ativa inicia-se aproximadamente, com 4 a 5 cm de dilatação cervical, e estende-se até a dilatação total do colo, ou seja, 10 cm de dilatação (MAMEDE, 2005). Contudo a não compreensão dos ritmos e das necessidades particulares de cada binômio, induz-se a acelerar a evolução do trabalho de parto, por meio de procedimentos e medicamentos, quebrando o equilíbrio da parturição fisiológica (SCHNECK, 2004). Soma-se a isso, a situação de estresse vivenciado pelo recém-nascido, gerado pelo desequilíbrio da parturição, que pode torná-lo fraco ou muito sonolento, dificultando a sucção eficiente da mama, ocasionando um comprometimento da lactação (CARRASCOZA et al.,2005).

- **Duração do período expulsivo:** Durante o período expulsivo, o conceito tem uma redução gradual da oxigenação, em consequência da atividade contrátil uterina e do puxo, que diminuem a circulação placentária. Com isso, a abordagem fisiológica é aguardar até que a parturiente sinta necessidade de fazer força (ARAÚJO, 2004). Esse período, acentua-se com o medo e a tensão provocando uma forte contratura muscular generalizada, que poderá provocar um prolongamento no período de expulsão da criança, devido ao cansaço de trabalho de parto prolongado, permanecendo por maior tempo insinuada no canal de parto e como consequência ao processo, logo após o nascimento o recém-nascido poderá apresentar uma anóxia fetal transitória, ou a aspiração do líquido amniótico podendo interromper o contato precoce, e dificultar o início da amamentação (MAMEDE, 2005).

- **Contato pele a pele imediato ao nascimento:** Visa-se com a implementação dessa prática, o vínculo mãe-filho, que auxilie o desenvolvimento psicomotor do RN, a modulação do comportamento do RN, ao melhor controle da homeostase e temperatura corporal, além de promover o aleitamento materno (BOCCOLINI, 2008).

Estudos focalizaram-se no questionamento se um tempo mais prolongado para um contato íntimo entre a mãe e o recém-nascido poderia alterar a qualidade

de seus laços afetivos. Esses estudos abordaram a dúvida sobre a existência de um período crítico ou sensível para o contato nos primeiros minutos, horas ou dias de vida que possa alterar o futuro comportamento dos pais em relação ao filho (KLAUS; KENNEL, 1995).

O simples toque materno e o contato pele a pele têm a capacidade de diminuir o impacto negativo da separação materna. O leite materno, o cheiro, o tato, o calor e o ritmo cardíaco da mãe, oferecidos imediatamente após o parto, proporcionam a produção de reguladores biocomportamentais para a termorregulação, amamentação e controle da ansiedade (CASTRAL, 2007).

A prática do contato precoce pele a pele é recomendável como promoção do aleitamento materno, pois alicerça-se no conhecimento de que os laços afetivos são mais fortes nas primeiras duas horas de vida, e que este vínculo é de máxima importância para o início e a manutenção do aleitamento materno (VENTURA, 2002).

3.5.2 Variáveis Dependentes (Avaliação das mamadas)

- Estado de sono e vigília

O estado de sono e vigília dos RN foram um dos parâmetros analisados visando à avaliação da mamada. Conforme os estudos Castral et al. (2008) e Leite et al (2009) os estados comportamentais foram escalonados em ordem crescente, com base na classificação de Prethel (1974), a saber:

- **Sono profundo** - olhos firmemente fechados, respiração profunda e regular, pequenos sobressaltos a intervalos regulares (períodos de muitos segundos). O sono profundo é sinal de maturidade e bom funcionamento do sistema nervoso. Serve para o repouso e organização do sistema nervoso imaturo e facilmente sobrecarregado no bebê prematuro. Sua ocorrência várias vezes ao dia é importante para o bebê, isolando-o relativamente do mundo exterior.
- **Sono ativo (sono REM)** - os olhos podem apresentar movimentos rotativos lentos, pequenas contrações, o bebê pode se espreguiçar, apresentar respiração regular mais rápida e, às vezes, mais curta do que no sono

profundo. O bebê sorri às vezes, contrai a musculatura facial, movimentando a boca, há sucção não nutritiva. Esse estágio de sono é considerado como sendo ligado ao crescimento e à diferenciação cerebral. O bebê nesse estado é mais vulnerável ao mundo exterior.

- **Sonolência** – os olhos abrem-se, podendo permanecer parcial ou totalmente abertos, mas com aparência entorpecida. Ocasionalmente apresentam movimentos suaves de braços e pernas. Respiração regular, mais rápida e curta do que durante o sono.
- **Alerta quieto** - corpo e face relativamente inativos, olhos brilhantes. Os estímulos visuais e auditivos evocam respostas. Esse é o estado que mais recompensa os pais (diz-se que o bebê está disponível para a interação).
- **Alerta ativo** - o bebê está acordado e apresenta mais movimentos; é considerado como um estado de transição para o choro. O bebê está disponível para o mundo externo e pode ser acalmado ou trazido de volta para um estado de alerta quieto com o uso de estímulos adequados, mas, se esses forem fortes em demasia, o bebê tende a se tornar novamente desorganizado.
- **Choro** - o bebê apresenta vocalizações por vários propósitos (dor, fome, tédio, desconforto). Para o presente estudo, seguiu-se também o conceito adotado por Bilgen (2001), o qual considerou o choro como toda vocalização audível com duração maior que cinco segundos e que tem intervalos de pausas de até 20 segundos.

Os estados de sono e vigília filmados foram assinalados no instrumento (Apêndice 2) antes de iniciar a amamentação e durante toda a mamada, de dois em dois minutos a cada 30 segundos. Tratados como variáveis quantitativas na análise dos dados, pois representam uma escala ordinal de estágios crescentes dos estados de comportamento, sendo considerado os seguintes valores para os diferentes

estados: sono profundo=1, sono ativo=2, sonolento=3, alerta quieto=4, alerta ativo=5 e choro=6.

Nessa avaliação, foram considerados os estados comportamentais mais incidentes nos diferentes intervalos analisados

- Condução da mamada do RN

Tais parâmetros se referiram à observação da mamada propriamente dita. Com base no formulário de observação da mamada da Organização Mundial da Saúde, 1997 (Anexo 2), foram analisados os parâmetros referentes aos “sinais de que a amamentação vai bem” e os “sinais de possíveis dificuldades na amamentação”, relacionados à postura corporal, às respostas do RN, ao vínculo emocional da mãe, à anatomia da mama materna, à sucção do RN, e ao tempo gasto na sucção.

Os parâmetros da mamada filmados, foram registrados no formulário da Organização Mundial da Saúde, 1997 (Anexo 2), de acordo com a predominância do mesmo desde o início ao término da mamada, sendo classificados como “sinais de que a amamentação vai bem” (sinais positivos) ou “sinais de possíveis dificuldades na amamentação”(sinais negativos).

3.6 Dados coletados no prontuário

Foi realizado um levantamento do prontuário materno e do RN para coleta e registro dos dados sociodemográficos, do trabalho de parto e parto e de dados referentes ao recém nascido. Tais dados se referiram a: data de nascimento da mãe, o estado civil, escolaridade, procedência, ocupação, realização do pré natal, o número de consulta do mesmo, intercorrências na gestação, início do trabalho de parto, realização de analgesia, o momento em que a mesma foi realizada, ocorrência de repique da analgesia, início do período expulsivo, hora do nascimento, presença do acompanhante durante o parto, data do nascimento do recém nascido, sexo, Apgar, peso, estatura, temperatura, o aspecto do liquido amniótico, aspiração das vias aéreas em sala de parto, o momento da transferência ao alojamento conjunto, e o início da mamada em alojamento conjunto) em instrumento específico (Apêndice 3).

3.7 Equipamentos

Para gravar, ver e editar o vídeo e para possibilitar a codificação subsequente dos parâmetros comportamentais dos neonatos e dos elementos do contexto da amamentação, foram utilizadas duas câmeras: uma delas, SONY- Digital Handcan- Modelo DCR-TRV 340 ou DVD92 – destinada à filmagem das atividades faciais dos recém-nascidos e os estados comportamentais de sono e vigília. O equipamento permaneceu nas mãos da auxiliar de pesquisa que a movimentava quando havia movimentação por parte do neonato ou da mãe, evitando a perda de imagens; a outra, SONY– Digital - Modelo DCR-TRV 340 ou DVD92 – foi instalada num tripé e posicionada em frente ao binômio, que capturou as imagens referentes aos comportamentos maternos, dos bebês e do contexto. A observação das filmagens foi realizada em um computador *SIM* positivo LED 18,5” com DVD-RW.

3.8 Treino dos pesquisadores na metodologia para coleta dos dados

Para a realização das filmagens e análise das imagens, foi necessária a presença de, no mínimo, um auxiliar de pesquisa, pessoa familiarizada com a temática e a metodologia utilizadas. Duas auxiliares de pesquisa participaram da análise das imagens filmadas para viabilizar a fidedignidade das observações realizadas pela pesquisadora (obtida através do índice de concordância), na análise dos eventos das filmagens. Tais auxiliares de pesquisa haviam sido previamente treinadas para a análise desses comportamentos a partir de atividades do Grupo de Estudo em Enfermagem Neonatal, subgrupo do Grupo de Pesquisa em Enfermagem no Cuidado à Criança e ao Adolescente (GPECCA) da EERP/USP. Para valiar a fidedignidade da mensuração das variáveis comportamentais dos neonatos e das mães, realizada pela pesquisadora a partir das observações das filmagens, a metodologia adotada foi a de obtenção da porcentagem de concordância entre aquela mensuração e a realizada pela auxiliar de pesquisa. Utilizou-se uma amostra aleatória de 33% das filmagens e foi estabelecido como adequado os índices de concordância igual ou superior a 80% entre as observadoras, tendo por base o estudo de Warnock (2003). Das 33% das ‘1’pesquisa, o índice de concordância foi de 91%.

3.9 Procedimento de Coleta de Dados

Inicialmente foi realizado o esclarecimento da pesquisa, a filmagem do binômio, e posteriormente a entrevista com a mãe. Os dados referentes à caracterização dos sujeitos, ao trabalho de parto e parto, foram coletados através das consultas de prontuários. Após a chegada do binômio ao alojamento conjunto, assim que foi notado que a mãe já estava confortável após os cuidados necessários que envolvem esse momento, foi abordada pela pesquisadora sobre a pesquisa. Neste momento, ela foi esclarecida sobre os passos da pesquisa, bem como os objetivos do estudo, momento esse, em que lhe foi entregue o Termo de consentimento Livre e Esclarecido. Ao aceitar a participação na pesquisa foi recolhida assinatura da mãe em duas vias, as quais, uma ficou com a pesquisadora e a outra com a mesma, ambas constando também a assinatura da pesquisadora.

Primeiramente a mãe foi posicionada com a cabeceira do leito em elevação de 45 graus, de forma confortável que facilitasse a mamada do RN. Realizou-se o exame físico das mamas, em busca da confirmação de mamilos protusos, sendo este um dos critérios de inclusão na amostra e a investigação da presença ou ausência de colostro anteriormente e posteriormente à mamada.

Para a avaliação da mamada, primeiramente foi realizada uma orientação prévia à mãe sobre sua postura corporal e do RN, orientação esta que teve como guia o formulário de observação da mamada proposto pela Organização Mundial da Saúde (1997), referentes aos parâmetros relacionados ao posicionamento. Como foi assegurado esse padrão de posicionamento tanto da mãe como do RN durante a mamada, tais itens não foram incluídos naqueles referentes à avaliação da mamada, considerando-se que os mesmos foram mantidos durante todo o período. Com base no Instrumento de Observação da Mamada (OMS, 1997), a mãe e o bebê foram posicionados de forma que se assegurasse uma boa posição de ambos para dar início à mamada, ou seja: mãe posicionada no leito de forma relaxada e confortável, e o RN no seu colo, de frente para o seio, mantendo cabeça e corpo alinhados e o queixo do RN tocando a mama materna.

Antes de realizar o posicionamento do recém-nascido sobre a mãe e iniciar a filmagem, foi avaliado e registrado o estado de sono e vigília do mesmo. Após esta avaliação e registro, o binômio foi posicionado sendo iniciada a filmagem, a partir do início, até o final da mamada. Os itens observados foram classificados entre: "sinais

de que a amamentação vai bem” e “sinais de possíveis dificuldades”. A classificação dos itens dependeu da predominância de cada um desses sinais durante toda a mamada. Ressalta-se que os itens que predominaram como sinais de possíveis dificuldades, não trouxeram nenhum trauma mamilar ou insatisfação no processo da amamentação, pois quando identificados os sinais de dificuldade na amamentação, a mãe era esclarecida, ressaltando o que foi orientado na pré mamada sobre o posicionamento, e se caso permanecesse com dificuldade, não conseguindo conduzir a mamada, a filmagem era interrompida, e era feita a intervenção de orientação da mamada para que não causasse danos à mesma.

Após o término da filmagem, algumas questões referentes ao trabalho de parto e puerpério imediato, foram abordadas à mãe, dentre elas: se havia sido realizado o contato pele a pele logo após o nascimento, se o recém nascido sugou sua mama em sala de parto, o último horário em que havia ingerido algum alimento e/ou líquido, se estava cansada, com sono ou com dor. Todas as informações foram registradas, de acordo com as falas das mães em um instrumento específico (Apêndice 4).

Para análise do estado de sono e vigília, também utilizou-se da mesma filmagem realizada para a análise da mamada, desde o período em que antecedeu a mamada (durante um minuto), até término da mesma, em que se classificou a predominância do estado de sono e vigília a cada 30 segundos, sendo o total deste período variado, a depender de cada um dos binômios (Apêndice 2).

Após as filmagens, as imagens foram assistidas e analisadas visando à observação de maneira rigorosa, para ambas as variáveis. Para tal, foi utilizado o programa Magix pro 15 plus que permitiu avaliar as imagens em câmera lenta, em especial para a observação da mamada.

3.10 Estudo Piloto

O estudo piloto teve início no mês de março de 2011, e foram coletados dados de nove binômios. Esta etapa foi primordial para o desenvolvimento da pesquisa, pois viabilizou a familiarização com o local, o reconhecimento do espaço físico, a interação com equipe da unidade, o aprimoramento dos instrumentos de coleta de dados, a articulação com os equipamentos utilizados na pesquisa como manipulação do tripé e das câmeras pra melhor foco das imagens. Nesse período foi

também realizado o treinamento da auxiliar de pesquisa para o procedimento de coleta de dados. Além disso, foi possível identificar dificuldades encontradas na pesquisa, como o tempo demandado para coleta de cada binômio, devido ao extenso período em trabalho de parto.

3.11. Análise dos dados

Inicialmente os dados foram registrados no banco de dados (Excel), e foi utilizado o programa Statistical Analysis (SAS), versão 10.0 para a análise estatística.

De acordo com o estudo, a análise foi fundamentada na estatística descritiva e na realização de teste estatísticos para análise comparativa entre as variáveis.

Para realização da análise de relação entre as variáveis dependentes e independentes foram utilizadas as comparações através do teste de Kruskal-Wallis, que é uma técnica não paramétrica utilizada para comparar distribuições de dois ou mais grupos. Sendo assim, não requer suposições quanto à distribuição dos dados. Nos casos onde houve diferença entre algum par de grupos, foi feito o pós-teste de Dunn. Os resultados foram obtidos com o auxílio do software R.

As correlações foram realizadas para as variáveis referentes aos sinais positivos e negativos da mamada, a duração do trabalho de parto, a duração do período expulsivo, o período que envolveu a administração da primeira analgesia até o parto, período que envolveu a administração da segunda analgesia (repique) até o parto em que foi proposto o coeficiente de correlação de Spearman, que quantifica a associação entre duas variáveis quantitativas. Este coeficiente varia entre os valores -1 e 1. O valor 0 (zero) significa que não há relação, o valor 1 indica uma relação perfeita positiva e o valor -1 também indica uma relação perfeita mas inversa, ou seja quando uma das variáveis aumenta a outra diminui. Quanto mais próximo estiver de 1 ou -1, mais forte é a associação entre as duas variáveis. Os resultados foram obtidos com o auxílio do software SAS® 9.0, através da PROC CORR.

Para relação entre as variáveis referentes aos sinais positivos e negativos da mamada e a duração da mamada, foi realizado um modelo de regressão linear polinomial, devido à relação entre as variáveis se apresentar curvilínea. O modelo de regressão polinomial é um caso especial dos modelos de regressão múltipla. Esse modelo tem como pressuposto que seus resíduos tenham distribuição normal com

média 0 e variância constante. Os resultados foram obtidos com o auxílio do software SAS® 9.0, através da PROC REG. Para todos os testes realizados foram adotado o p -valor (estatística do teste) com nível de significância de α menor ou igual a 0,05 (ZAR, 1999).

Resultados

Os resultados estão organizados em cinco seções: 4.1) Caracterização dos sujeitos do estudo; 4.2) Caracterização do trabalho de parto, parto e puerpério imediato; 4.3) Avaliação da mamada, 4.4) Avaliação da mamada e a relação com o trabalho de parto, parto e puerpério imediato e 4.5) Avaliação da mamada e caracterização do trabalho de parto, parto e nascimento: análise de associações

4.1 Caracterização dos sujeitos do estudo

A Tabela 1 apresenta a caracterização das puérperas deste estudo quanto às variáveis: idade, estado civil, escolaridade, ocupação e procedência.

Participaram do estudo 43 puérperas com idade entre 13 e 38 anos, com média de 22,4 anos e desvio padrão de 5,9 anos. A faixa etária predominante foi de 19 anos (14%).

A maioria das puérperas (58,1%) eram solteiras, sendo 9 (20,9 %) amasiadas e 9 (20,9 %) casadas.

Referente à escolaridade, 8 (18,6 %) não terminaram de cursar o ensino fundamental, 3 (7%) concluíram o ensino fundamental, 7 (16,3%) não terminaram de cursar o ensino médio, seguido de 21 (48,8%) que concluíram o ensino médio, 1 puérpera (2,3%) que estava cursando o ensino superior, e 3 (7%) que já haviam concluído o ensino superior.

Quanto à ocupação, (58,1%) das puérperas não realizavam atividade remunerada, sendo que 20 (46,5%) delas eram do lar e 5 (11,6%) eram estudantes. O restante das puérperas 18 (41,9%) relataram exercer algum tipo de atividade remunerada, como: cabelereira, técnica de enfermagem, balconista, costureira, recepcionista, bibliotecaria, operadora de caixa, ajudante geral, propagandista, vendedora, psicóloga, pescadora e professora.

Em relação à procedência, a maioria das puérperas (76,7%) era de Ribeirão Preto, porém havia relatos de outras cidade: Brodowski, Barrinha, Cravinhos, Pitangueiras, São Paulo, Guarulhos, Santo Antonio da Alegria, e Pinhão.

Tabela 1 - Distribuição das puérperas quanto às variáveis: idade, estado civil, escolaridade, atividade, ocupação e procedência. Ribeirão Preto, 2012.

Idade em anos (n= 43)		
Média:	22,4	
Mediana:	21	
Mínimo:	13	
Máximo:	38	
Desvio Padrão:	5,9	
Faixa etária (n= 43)	Frequência	%
13 – 19	17	39,6
20 – 29	21	48,9
30 – 38	5	11,6
Estado civil (n= 43)	Frequência	%
Solteiro	25	58,1
Amasiada	9	20,9
Casada	9	20,9
Escolaridade (n= 43)	Frequência	%
Ensino fundamental incompleto	8	18,6
Ensino fundamental completo	3	7
Ensino médio incompleto	7	16,3
Ensino médio completo	21	48,8
Ensino superior incompleto	1	2,3
Ensino superior completo	3	7
Atividade (n= 43)	Frequência	%
Possui atividade remunerada	18	41,9
Não possui atividade remunerada	25	58,1
Ocupação (n= 43)	Frequência	%
Do lar	20	46,5
Cabelereira	1	2,3
Estudante	5	11,6
Técnica de Enfermagem	1	2,3
Costureira	2	4,7
Recepcionista	1	2,3

Bibliotecária	1	2,3
Operadora caixa	3	7
Ajudante geral	1	2,3
Balconista	2	4,7
Propagandista	1	2,3
Vendedora	2	4,7
Psicóloga	1	2,3
Pescadora	1	2,3
Professora	1	2,3
Procedência (n= 43)	Freqüência	%
Ribeirão Preto	33	76,7
Brodowski	1	2,3
Barrinha	2	4,7
Cravinhos	2	4,7
Pitangueiras	1	2,3
São Paulo	1	2,3
Guarulhos	1	2,3
Santo Antonio da	1	2,3
Pinhão	1	2,3

Em continuidade às variáveis relacionadas às puérperas, na Tabela 2, destacam-se os dados referente ao pré natal, número de consultas, e as intercorrências na gestação.

Observa-se que todas realizaram o pré natal, e que o número de consultas variou entre 2 a 13 consultas, sendo a média 8,4, o desvio padrão 2,5.

Das 43 puérperas, 12 (27,9%) tiveram algum tipo de intercorrência na gestação, sendo que 11 (25,6%) referiram ter tido infecção do trato urinário (ITU) e somente uma (2,3%) relatou ter tido problema de hipertensão arterial.

Tabela 2 – Distribuição das puérperas quanto às variáveis: pré natal, número de consultas, e intercorrências na gestação. Ribeirão Preto, 2012.

Realização do pré-natal (n=43)	Freqüência	%
Sim	43	100
Não	0	0

Número de consultas de pré natal (n=43)		
Média : 8,4		
Mediana: 9		
Mínimo: 2		
Máximo: 13		
Desvio Padrão: 8,4		

Intercorrência na gestação (n=43)	Freqüência	%
Sim	12	27,9
Não	31	72,1

Tipo de intercorrência na gestação (n=43)	Freqüência	%
Infecção de Trato Urinário	11	25,6
Hipertensão Arterial Sistêmica	1	2,3

A Tabela 3 apresenta a distribuição do recém nascido quanto às variáveis: sexo, Apgar, peso ao nascer, estatura, aspecto do líquido amniótico.

Dos 43 neonatos, 26 (60,5%) eram do sexo feminino, e 17 (39,5%) do sexo masculino. Em relação ao Apgar no primeiro minuto, 11 (25,6%) dos neonatos tiveram Apgar 7, 10 (23,3%) tiveram Apgar 8, 18 (41,9%) tiveram Apgar 9 e 4 (9,3%) tiveram apagar 10. No quinto minuto, 2 (4,7%) dos neonatos receberam Apagar 8, 15 (34,9%) receberam Apgar 9 e 26 (60,5%) receberam Apgar 10. No que tange ao peso, o mesmo variou entre 2245 a 4130 gramas, sendo que a média foi de 3190,1 gramas, com desvio padrão de 386,2 gramas. A estatura também variou entre 45,5 a 53 cm, sendo a média 48,8 e o desvio padrão 1,6.

Tabela 3 - Distribuição dos neonatos quanto às variáveis: sexo, Apgar, peso ao nascer, estatura, temperatura, aspecto do líquido amniótico, aspiração das vias aéreas em sala de parto, contato pele a pele imediato, e aleitamento precoce. Ribeirão Preto, 2012.

Sexo (n=43)	Freqüência	%
Feminino	26	60,5
Masculino	17	39,5
Apgar no primeiro minuto (n=43)	Freqüência	%
7	11	25,6
8	10	23,3
9	18	41,9
19	4	9,3
Apgar no quinto minuto (n=43)	Freqüência	%
8	2	4,7
9	15	34,9
10	26	60,5
Peso (n=43)	Média : 3190,1	
Mediana: 3220		
Mínimo: 2245		
Máximo: 4130		
Desvio Padrão: 386,2		
Estatura (n=43)	Média : 48,8	
Mediana: 49		
Mínimo: 45,5		
Máximo: 53		
Desvio Padrão: 1,6		
Aspecto do líquido amniótico (n=43)	Freqüência	%
LCCG	36	83,7
Méc. Fluido	7	16,3
Horas de vida na primeira mamada em AC (n=43)	Média : 1h 23min 31s	
Mediana: 76 min		

4.2 Caracterização do trabalho de parto, parto e puerpério imediato

Em sala de parto, a maioria dos neonatos 30 (69,8%) teve suas vias aéreas aspiradas após o nascimento. Sendo que 17 (39,5%) foram colocados em contato pele imediato e apenas 4 (9,3%) deles sugaram o seio materno em sala de parto, iniciando o aleitamento precoce. Tais dados são apresentados na tabela a seguir.

Tabela 4 - Distribuição dos neonatos quanto às variáveis: aspiração de vias aéreas, contato pele a pele imediato e o aleitamento materno em sala de parto. Ribeirão Preto, 2012.

Aspiração das vias aéreas (n=43)	Frequência	%
Sim	30	69,8
Não	13	30,2
Contato pele a pele imediato (n=43)	Frequência	%
Sim	17	39,5
Não	26	60,5
Aleitamento precoce (n=43)	Frequência	%
Sim	4	9,3
Não	39	90,7

A Tabela 5, descrita abaixo, contextualiza a realização da analgesia no trabalho de parto, o repique (2ª analgesia) e a dilatação cervical que a gestante encontrava-se no momento de cada analgesia.

A maioria (90,7%) das gestantes recebeu analgesia, porém apenas 14 (32,6%) delas receberam o repique (2ª analgesia). No momento em que as gestantes receberam a primeira analgesia, a dilatação cervical variou de 2 a 9 cm, sendo que 13 (33,3%) das parturientes apresentavam dilatação cervical de 5 cm. Já no repique (2ª analgesia), a dilatação cervical variou de 4 a 10 cm, sendo que a maioria 6 (42,9%) delas estavam com 8 cm.

Tabela 5 - Distribuição das gestantes quanto às variáveis: analgesia, repique (2ª analgesia), e dilatação cervical. Ribeirão Preto, 2012.

Analgesia (n=43)	Frequência	%
Sim	39	90,7
Não	4	9,3

Dilatação no momento da analgesia (n=43)	Frequência	%
2	2	5,1
3	1	2,6
4	3	7,7
5	13	33,3
6	6	15,4
7	4	10,3
8	5	12,8
9	5	12,8

Repique (2ªanalgesia) (n=43)	Frequência	%
Sim	14	32,6
Não	29	67,4

Dilatação no momento do repique (n=43)	Frequência	%
4	2	14,3
5	1	7,1
7	1	7,1
8	6	42,9
9	2	14,3
10	2	14,3

Outro dado a ser destacado, é a presença do acompanhante em sala de parto, neste estudo apenas uma (2,3%) das 43 gestantes não teve acompanhante presente na sala de parto.

Com relação às **condições maternas no puerpério imediato**, após o nascimento, alguns aspectos foram abordados com a puérpera no alojamento conjunto, dentre eles: sono, a dor, o cansaço, descritos na Tabela 6.

Das 43 puérperas, 36 (83,7%) referiram que estava com sono, em relação à dor apenas 9 (20,9%) delas relataram que sentia algum tipo de dor e ao questionar sobre o cansaço, a maioria 41 (95,3%) referiram estar cansadas.

Tabela 6 - Distribuição das puérperas quanto às variáveis: sono, dor, e cansaço no puerpério imediato. Ribeirão Preto, 2012.

Sono (n=43)	Freqüência	%
Sim	36	83,7
Não	7	16,3
Dor (n=43)	Freqüência	%
Sim	9	20,9
Não	34	79,1
Cansaço (n=43)	Freqüência	%
Sim	41	95,3
Não	2	4,7

Outro aspecto questionado às puérperas referiu-se ao último horário que as mesmas tiveram ingestão de líquidos e alimentos. Das 43 puéperas, a resposta variou entre 33 minutos o menor tempo a 22h e 35 min o maior tempo sem ingerir qualquer líquido. Em relação aos alimentos, o resposta variou entre 2h e 50 min o menor tempo a 21h e 05 min o maior tempo sem ingerir qualquer alimento.

Na Tabela 7, estão descritas avaliações feitas nas mamas das puérperas sobre a presença ou ausência de colostro antes e após a mamada.

Dos resultados encontrados, apenas 3 (7%) das puérperas não apresentaram colostro antes e após a mamada, sendo 40 (93%) apresentaram colostro antes e após a mamada.

Tabela 7 - Distribuição das puérperas quanto à presença de colostro antes e após a mamada. Ribeirão Preto, 2012.

Colostro antes da mamada (n=43)	Frequência	%
Sim	40	93
Não	3	7
Colostro após a mamada (n=43)	Frequência	%
Sim	40	93
Não	3	7

4.3 Avaliação da mamada

Sono e vigília

Antes de iniciar a mamada, foram registrados os estados de sono e vigília dos recém nascidos, de acordo com a Tabela 8.

A maioria (41,9%) dos recém-nascidos encontrava-se no estado alerta quieto, 8 (18,6%) em sono ativo, 10 (23,3%) dos neonatos estavam em alerta ativo, 5 (11,6%) deles estavam no estado choro e 2 (4,7%) dos 43 recém nascidos estavam em sono profundo, ressalta-se que nenhum dos recém nascidos estiveram em estado sonolento.

Tabela 8 - Distribuição dos neonatos quanto aos estados de sono e vigília antes de iniciar a mamada. Ribeirão Preto, 2012.

Estado de sono e vigília antes de iniciar a mamada (n=43)	Frequência	%
Sono profundo	2	4,7
Sono ativo	8	18,6
Sonolento	0	0
Alerta quieto	18	41,9
Alerta ativo	10	23,3
Choro	5	11,6

Na Tabela 9, constam os dados referentes aos estados de sono e vigília predominantes dos recém-nascidos durante a mamada.

Dos 43 recém-nascidos, em 21(48,8%), o estado sono ativo foi predominante, apenas, 8 (18,6%) predominaram em estado alerta ativo e 7 (16,2%) permaneceram no estado sono profundo predominantemente, em 1 neonato predominou o estado alerta quieto durante a mamada.

Tabela 9 - Distribuição dos neonatos quanto aos estados de sono e vigília predominantes durante a primeira mamada em alojamento conjunto. Ribeirão Preto, 2012.

Estado de sono e vigília durante a mamada (n=43)	Freqüência	%
Sono profundo	7	16,2
Sono ativo	21	48,8
Sonolento	6	13,9
Alerta quieto	1	2,3
Alerta ativo	8	18,6
Choro	0	0

Condução da Mamada

De acordo com o formulário de observação da mamada da Organização Mundial da Saúde, 1997 (anexo 2), a avaliação da mamada, foi caracterizada quanto aos domínios: postura corporal, respostas do recém nascido, vínculo mãe e bebê, anatomia da mama materna, sucção do recém nascido e tempo gasto na sucção. Cada item desses conteve subitens que foram categorizados como: **sinais positivos**, os quais referem que a amamentação vai bem, ou **sinais negativos**, relacionados às possíveis dificuldades na mamada.

Em relação à postura corporal, 85,6%, dos 43 recém-nascidos, apresentaram sinais positivos, 14,4% sinais negativos, e 82,3% dos neonatos tiveram sinais positivos no que tange às respostas do recém nascido, já em relação ao vínculo emocional 73,8% deles mantiveram sinais positivos, e 26,2% sinais negativos. No que tange à anatomia da mama materna, 100% tiveram sinais positivos, na sucção do recém-nascido, 86,1% dos neonatos apresentaram sinais positivos e por fim no item “tempo gasto na sucção” 78,4% dos recém-nascidos tiveram sinais positivos na mamada. Tais resultados são apresentados na tabela a seguir.

Tabela 10 - Distribuição da caracterização da primeira mamada em alojamento conjunto quanto aos sinais positivos e negativos. Ribeirão Preto, 2012.

Postura Corporal (n=43)	Frequência	%
Sinais positivos na mamada	214	85,6
Sinais negativos na mamada	36	14,4
Resposta do recém nascido (n=43)	Frequência	%
Sinais positivos na mamada	177	82,3
Sinais negativos na mamada	38	17,7
Vínculo emocional mãe e bebê (n=43)	Frequência	%
Sinais positivos na mamada	93	73,8
Sinais negativos na mamada	33	26,2
Anatomia da mama materna (n=43)	Frequência	%
Sinais positivos na mamada	172	100
Sinais negativos na mamada	0	0
Sucção do recém nascido (n=43)	Frequência	%
Sinais positivos na mamada	223	86,1
Sinais negativos na mamada	36	13,9
Tempo gasto na sucção (n=43)	Frequência	%
Sinais positivos na mamada	29	78,4
Sinais negativos na mamada	8	21,6

De acordo com o dados da Tabela 10, 43 (81,52 %) dos recém nascidos, apresentaram sinais positivos da mamada, em que considera-se uma boa mamada, porém, em relação aos sinais negativos da mamada, se fizeram presentes em 43 (18,28%) dos recém nascidos.

4.4 Avaliação da mamada e a relação com o trabalho de parto, parto e puerpério imediato

Dos recém-nascidos que participaram do estudo, 37 sugaram a mama materna, sendo que o tempo de permanência mamando em média foi de 12 minutos e 37 segundos, o tempo mínimo foi 15 segundos e o máximo 29 minutos e 25 segundos

Conforme apresentado na Tabela 10, em relação à duração do trabalho de parto, das 43 parturientes, a média de tempo foi de 4 horas e 21 minutos, sendo que

o tempo mínimo foi 25 minutos, e o tempo máximo 11 horas e 1 minuto. Quanto à duração do período expulsivo, a média de tempo foi de 18 minutos e 13 segundos, com tempo mínimo foi de 1 minuto e tempo máximo de 59 minutos.

A duração da analgesia, foi calculada desde do momento em que foi realizada até o nascimento do recém nascido. Das 43 parturiente, 25 receberam uma analgesia e a duração do tempo foi em média 2 horas, 28 minutos e 24 segundos, o tempo mínimo 22 minutos e o máximo 5 horas e 58 minutos. A segunda analgesia, o repique , apenas 14 das parturientes receberam, sendo que o tempo desta foi em média de 2 horas, 14 minutos e 56 segundos, o mínimo 50 minutos e o máximo foi de 3 horas e 44 minutos. A média do tempo da soma de ambas foi de 5 horas, 51 minutos e 43 segundos, o tempo mínimo foi de 3 horas e 6 minutos e o máximo 9 horas e 30 minutos.

Tabela 11 - Distribuição dos binômios quanto aos sinais positivos e negativos da mamada, duração da mamada, do trabalho de parto, do período expulsivo, e duração das analgesias até o nascimento. Ribeirão Preto, 2012.

Variável	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Sinais positivos da mamada	43	81,52	13,35	46,67	100,00
Sinais negativos da mamada	43	18,28	13,40	0,00	53,33
Duração da mamada	37	12min 37s	7min 43s	15s	29min 25s
Duração do trabalho de parto	43	4h 21min	2h 37min 1s	25min	11h 1min
Duração do período expulsivo	43	18min 13s	10min 56s	1 min	59min
Duração da primeira analgesia até o nascimento	25	2h 28min 24s	1h 35min 37s	22min	5h 58min
Duração da segunda analgesia até o nascimento	14	2h 14min 56s	56min 13s	50min	3h 44min
Duração da primeira e segunda analgesia até o nascimento	14	5h 51min 43s	1h 31min 38s	3h 6min	9h 30min

O estado de sono e vigília esteve relacionado ao comportamento do recém-nascido antes de iniciar a mamada no alojamento conjunto, conforme descrito na Tabela 12.

Dos 43 recém-nascidos, apenas 2 estavam em sono profundo antes de iniciar a mamada, sendo que nenhum dos dois sugaram. A média de tempo do trabalho de parto dos mesmos foi de 2 horas, 15 minutos e 30 segundos, a média de duração do

expulsivo foi de 15 minutos e 30 segundos, e receberam apenas uma analgesia, com média de duração de 2 horas, 15 minutos e 30 segundos. 8 recém nascidos permaneceram no estado de sono ativo, com média de tempo de duração de trabalho de parto de 3 horas e 29 minutos e 23 segundos, dos quais a média do período expulsivo foi de 14 minutos e 15 segundos. Desses 8 recém nascidos apenas 6 sugaram a mama materna, 5 de suas mães receberam apenas uma analgesia, com duração média de tempo de 1 hora e 45 minutos e 36 segundos, 3 delas receberam a segunda analgesia (repique) com duração média de 2 horas e 14 minutos e ambas foi de 5 horas e 52 minutos 20 segundos.

No estado de alerta quieto, houve o predomínio de 18 recém nascidos, dos quais a média da duração de trabalho foi de 4 horas e 32 minutos e 30 segundos e do período expulsivo foi de 23 minutos e 7 segundos. Desses recém nascidos, 17 mamaram, 9 de suas mães receberam apenas uma analgesia, com duração média de tempo de 1 hora, 58 minutos e 13 segundos, 8 delas receberam a segunda analgesia (repique) com média de duração de 2 horas e 12 minutos e a soma do tempo de ambas analgesias teve duração média de tempo de 5 horas e 35 minutos 8 segundos.

Em 10 recém-nascidos predominou o estado alerta ativo, sendo que a duração do trabalho de parto dos mesmos apresentou média de 4 horas, 59 minutos e 54 segundos; do período expulsivo a média de tempo foi de 15 minutos e 54 segundos. Todos os recém-nascidos que permaneceram no estado alerta ativo sugaram a mama materna, 5 das mães destes recém nascidos receberam apenas uma analgesia, com duração média de tempo de 3 horas, 39 minutos e 48 segundos, 3 delas receberam a segunda analgesia (repique) com duração média de tempo de 2 horas, 23 minutos e 40 segundos e a duração média do tempo de ambas foi de 6 horas, 35 minutos 20 segundos.

Por fim, 5 recém nascidos permaneceram no estado de choro, a duração de trabalho de suas mães foi em média de 4 horas, 34 minutos e 36 segundos e do período expulsivo, 12 minutos e 36 segundos, sendo que 4 desses sugaram a mama materna e 5 das mães destes recém nascidos receberam apenas uma analgesia, com duração média de tempo de 6 horas e 7 minutos.

Ressalta-se que nenhum dos recém nascidos estiveram no estado sonolento antes de iniciar a mamada.

Tabela 12 - Distribuições dos estados de sono e vigília dos RN antes de iniciar a mamada, quanto à duração da mamada, ao período de trabalho de parto, ao período expulsivo, e à duração das analgesias até o nascimento. Ribeirão Preto, 2012.

Sono e vigília antes de iniciar a mamada	Variável	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Sono profundo	Duração da mamada	0	-	-	-	-
	Duração do trabalho de parto	2	2h 15min 30s	2h 12min 14s	42min	4h 59min
	Duração do período expulsivo	2	15min 30s	2min 12s	14min	17min
	Duração da primeira analgesia até o nascimento	2	2h 15min 30s	2h 12min 14s	42min	4h 59min
	Duração da segunda analgesia até o nascimento	0	-	-	-	-
	Duração da primeira e segunda analgesia até o nascimento	0	-	-	-	-
Sono ativo	Duração da mamada	6	11min 30s	8min 49s	2min 56s	27min 48s
	Duração do trabalho de parto	8	3h 29min 23s	1h 38min 55s	1h 31min	7h 10min
	Duração do período expulsivo	8	14min 15s	5min 5s	6min	22min
	Duração da primeira analgesia até o nascimento	5	1h 45min 36s	1h 2min 55s	27min	2h 47min
	Duração da segunda analgesia até o nascimento	3	2h 14min	1h 5min 49s	1h 36min	3h 30min
	Duração da primeira e segunda analgesia até o nascimento	3	5h 52min 20s	3h 17min 5s	3h 6min	9h 30min
Alerta quieto	Duração da mamada	17	13min 33s	7min 55s	15s	29min 25s
	Duração do trabalho de parto	18	4h 32min 30s	2h 46min 42s	53min	11h 1min
	Duração do período expulsivo	18	23min 7s	14min 52s	1min	59min
	Duração da primeira analgesia até o nascimento	9	1h 58min 13s	1h 54s	31min	3h 30min
	Duração da segunda analgesia até o nascimento	8	2h 12min	49min 27s	1h 2min	3h 44min
	Duração da primeira e segunda analgesia até o nascimento	8	5h 35min 8s	45min 9s	4h 22min	7h 1min
Alerta ativo	Duração da mamada	10	10min 44s	8min 13s	26s	28min 9s
	Duração do trabalho de parto	10	4h 59min 54s	2h 55min 54s	35min	9h 41min
	Duração do período expulsivo	10	15min 54s	4min 52s	9min	22min
	Duração da primeira analgesia até o nascimento	5	3h 39min 48s	2h 8min 33s	35min	5h 58min
	Duração da segunda analgesia até o nascimento	3	2h 23min 40s	1h 26min 40s	50min	3h 41min
	Duração da primeira e segunda analgesia até o nascimento	3	6h 35min 20s	1h 8min 7s	5h 25min	7h 41min
Choro	Duração da mamada	4	15min	4min 41s	10min	19min

Duração do trabalho de parto	5	4h 34min 36s	3h 18min 25s	25min	7h 56min
Duração do período expulsivo	5	12min 36s	4min 50min	6min	19min
Duração da primeira analgesia até o nascimento	4	3h 7min	1h 57min 10s	22min	4h 56min
Duração da segunda analgesia até o nascimento	0	-	-	-	-
Duração da primeira e segunda analgesia até o nascimento	0	-	-	-	-

Ao associar dois grupos de estado de sono vigília, obtiveram-se novos resultados, descritos na Tabela 13.

Ao considerar os dois estados de alerta, ou seja, alerta quieto e alerta ativo, como uma única variável, obteve-se um total de 28 recém nascidos apresentando-se neste grupo antes de iniciar a mamada, dos quais a média do trabalho de parto foi de 4 horas e 42 minutos e 17 segundos e do período expulsivo 20 minutos e 32 segundos, sendo que 27 recém nascidos sugaram a mama materna, 14 de suas mães receberam apenas uma analgesia, com duração média de tempo de 2 horas e 34 minutos e 30 segundos, 11 delas receberam a segunda analgesia (repique) com duração média de tempo de 2 horas, 15 minutos e 11 segundos e a soma de ambas com duração média de tempo de 5 horas e 51 minutos e 33 segundos.

Ainda, decorrente do agrupamento de estados de sono e vigília. 10 recém-nascidos estiveram em estado de sono (sono profundo e sono ativo). A média de duração do trabalho de parto de suas mães foi 3 horas, 14 minutos e 36 segundos e o período expulsivo, 14 minutos e 30 segundos. Desses 10 recém-nascidos, apenas 6 mamaram, das suas mães, 7 receberam apenas uma analgesia, com duração média de tempo de 1 hora, 54 minutos e 8 segundos, 3 receberam a segunda analgesia (repique) com média de tempo de 1 hora, 14 minutos e a média de tempo da soma de ambas foi 5 horas, 52 minutos e 20 segundos.

Tabela 13 - Distribuição dos estado de sono e vigília agrupados dos RN antes de iniciar a mamada, quanto à duração da mamada, ao período de trabalho de parto, ao período expulsivo, e à duração das analgesias até o nascimento. Ribeirão Preto, 2012

Estado sono e vigília agrupados antes de iniciar a mamada	Variável	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Alerta quieto/ativo	Duração da mamada	27	12min 30s	7min 59s	15s	29min 25s
	Duração do trabalho de parto	28	4h 42min 17s	2h 47min 18s	35min	11h 1min
	Duração do período expulsivo	28	20min 32s	12min 37s	1min	59min
	Duração da primeira analgesia até o nascimento	14	2h 34min 30s	1h 39min 35s	31min	5h 58min
	Duração da segunda analgesia até o nascimento	11	2h 15min 11s	56min 56s	50min	3h 44min
	Duração da primeira e segunda analgesia até o nascimento	11	5h 51min 33	56min 5s	4h 22min	7h 41min
Choro	Duração da mamada	4	15min	4min 41s	10min	19min
	Duração do trabalho de parto	5	4h 34min 36s	2h 58min 25s	25min	7h 56min
	Duração do período expulsivo	5	12min 36s	4min 50s	6min	19min
	Duração da primeira analgesia até o nascimento	4	3h 7min	1h 57min 10s	22min	4h 56min
	Duração da segunda analgesia até o nascimento	0	-	-	-	-
	Duração da primeira e segunda analgesia até o nascimento	0	-	-	-	-
Sono profundo/ativo	Duração da mamada	6	11min 30s	8min 49s	2min 56s	27min 48s
	Duração do trabalho de parto	10	3h 14min 30s	1h 42min 35s	42min	7h 10min
	Duração do período expulsivo	10	14min 30s	4min 35s	6min	22min
	Duração da primeira analgesia até o nascimento	7	1h 54min 8s	1h 15min 56s	27min	3h 49min
	Duração da segunda analgesia até o nascimento	3	2h 14min	1h 5min 49s	1h 36min	3h 30min
	Duração da primeira e segunda analgesia até o nascimento	3	5h 52min 20s	3h 17min 5s	3h 6min	9h 30min

Na Tabela 14, constam os dados do estado de sono e vigília predominantes durante toda a primeira mamada do recém nascido no alojamento conjunto.

Dos 43 recém nascidos, em 7, o estado sono profundo foi predominante durante a mamada, sendo que a duração do trabalho de parto das mães foi em média 3 horas 18 minutos e 43 segundos, e do período expulsivo 15 minutos e 8 segundos. Apenas 2 desses recém nascidos sugaram a mama materna, e quanto ao trabalho de parto de suas mães, 3 delas receberam apenas uma analgesia, com duração média de tempo de 2 horas, 36 minutos e 40 segundos, 2 delas receberam a segunda analgesia (repique) com duração média de tempo de 2 horas, 33 minutos e a média de tempo total das analgesias foi de 6 horas e 18 minutos.

O estado predominante de 21 recém nascidos, foi o sono ativo, sendo que todos sugaram a mama materna durante a primeira mamada. A duração média do trabalho de parto dessas mães foi de 4 horas, 45 minutos e 54 segundos e do período expulsivo o tempo foi em média 15 minutos e 46 segundos, 14 das mães receberam apenas uma analgesia, com média de tempo de 2 horas, 25 minutos e 13 segundos, 5 delas receberam a segunda analgesia (repique) com média de tempo de 2 horas, 44 minutos e 24 segundos e a duração média total foi de 6 horas, 25 minutos e 24 segundos.

6 dos recém nascidos apresentaram o estado sonolento em predominância, sendo que a média da duração do trabalho de parto dos mesmo foi de 3 horas e 9 minutos e 43 segundos e do período expulsivo 15 minutos e 8 segundos. Apenas 2 desses recém nascidos sugaram a mama materna, sendo que dessas mães, 3 receberam apenas uma analgesia, com média de tempo de 2 horas, 36 minutos e 40 segundos e 2 delas receberam a segunda analgesia (repique) com duração em média de 2 horas, 33 minutos e o tempo médio da soma de ambas foi de 6 horas e 18 minutos.

Apenas 1 dos recém nascidos, apresentou o estado alerta quieto como predominante durante toda a mamada, e sugou a mama de sua mãe. A com duração do trabalho de parto foi 5 horas e 58 minutos e do período expulsivo 18 minutos. Sua mãe recebeu apenas uma analgesia com média de tempo de 5 horas e 58 minutos.

E por fim, a duração em média do trabalho de parto dos 8 recém-nascidos que tiveram como estado predominante o alerta ativo, foi de 4 horas, 10 minutos e 15 segundos, sendo que o período expulsivo foi de 19 minutos a média de tempo e todos sugaram a mama materna. 4 das mães destes recém nascidos receberam apenas uma analgesia, com média de tempo de 2 horas, 21 minutos, 4 delas receberam a segunda analgesia (repique) com duração em média de 1 hora, 38 minutos e segundos e a média de tempo da soma de ambas foi de 5 horas, 20 minutos e 15 segundos.

Tabela 14 - Distribuição dos estados de sono e vigília dos RN predominantes na mamada, quanto à duração da mamada, ao período de trabalho de parto, ao período expulsivo, e à duração das analgesias até o nascimento. Ribeirão Preto, 2012.

Sono e vigília predominante na mamada	Variável	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Sono Profundo	Duração da mamada	2	11min 29s	12min 58s	2min 10s	20min 30s
	Duração do trabalho de parto	7	3h 9min 26s	2h 8min 44s	42min	7h 10min
	Duração do período expulsivo	7	15min 8s	4min 57s	5min	20min
	Duração da primeira analgesia até o nascimento	3	2h 36min 40s	1h 40min 26s	42min	3h 49min
	Duração da segunda analgesia até o nascimento	2	2h 33min	1h 20min 37s	1h 36min	3h 30min
	Duração da primeira e segunda analgesia até o nascimento	2	6h 18min	4h 31min 32s	3h 6min	9h 30min
Sono Ativo	Duração da mamada	21	13min 7s	7min 53s	15s	29min 25s
	Duração do trabalho de parto	21	4h 45min 54s	3h 2min 31s	25min	11h 1min
	Duração do período expulsivo	21	15min 46s	10min 12s	1min	51min
	Duração da primeira analgesia até o nascimento	14	2h 25min 13s	1h 26min 35s	22min	4h 56min
	Duração da segunda analgesia até o nascimento	5	2h 44min 24s	57min 44s	1h 36min	3h 44min
	Duração da primeira e segunda analgesia até o nascimento	5	6h 25min 24s	1h 3min 19s	5h 1min	7h 41min
Sonolento	Duração da mamada	5	16min 4s	8min 34s	6min 43s	27min 48s
	Duração do trabalho de parto	6	4h 15min 30s	4h 9min 29s	53min	6h 52min
	Duração do período expulsivo	6	29min 20s	15min 54s	13min	59min
	Duração da primeira analgesia até o nascimento	3	1h 35min	1h 12min 45s	53min	2h 59min
	Duração da segunda analgesia até o nascimento	3	4h 2min 40s	55min 52s	1h 2min	6h 52min
	Duração da primeira e segunda analgesia até o nascimento	3	5h 19min 20s	49min 49s	4h 22min	5h 52min
Alerta Quieto	Duração da mamada	1	4min 15s	-	4min 15s	4min 15s
	Duração do trabalho de parto	1	5h 58min	-	5h 58min	5h 58min
	Duração do período expulsivo	1	18min	-	18min	18min
	Duração da primeira analgesia até o nascimento	1	5h 58min	-	5h 58min	5h 58min
	Duração da segunda analgesia até o nascimento	0	-	-	-	-
	Duração da primeira e segunda analgesia até o nascimento	0	-	-	-	-
Alerta Ativo	Duração da mamada	8	10min 29s	6min 9s	26s	18min 42s
	Duração do trabalho de parto	8	4h 10min 15s	2h 14min 30s	35min	6h 26min
	Duração do período expulsivo	8	19min	9min 16s	9min	34min
	Duração da primeira analgesia até o nascimento	4	2h 21min	1h 52min 44s	35min	4h 54min
	Duração da segunda analgesia até o nascimento	4	1h 38min 15s	37min 17s	50min	2h 11min
	Duração da primeira e segunda analgesia até o nascimento	4	5h 20min 45s	11min 14s	5h 4min	5h 28min

Conforme apresentado na Tabela 15, ao agrupar os dois estados alerta (alerta quieto e alerta ativo), obteve-se um total de 9 recém nascidos, dos quais, a duração média do trabalho de parto foi de 4 horas, 22 minutos e 14 segundos e do período expulsivo, 18 minutos e 53 segundos, sendo que todos esses recém nascidos sugaram a mama materna. 5 das mães destes recém nascidos receberam apenas uma analgesia, com duração em média de 3 horas, 4 minutos e 24 segundos, 4 delas receberam a segunda analgesia (repique) com duração média de tempo de 1 hora, 38 minutos e 15 segundos e 4 parturientes receberam a primeira e a segunda analgesia (repique) com a média de tempo total das analgesias de 5 horas, 20 minutos e 45 segundos.

28 recém nascidos, totalizaram o agrupamento do estado de sono, ou seja sono profundo e sono ativo, sendo que desses, 23 sugaram a mama materna durante a primeira mamada. Quanto a duração do trabalho de parto, a média de tempo foi de 4 horas, 21 minutos e 47 segundos, e do período expulsivo a média e 15 minutos e 37 segundos foi a média. Quanto às analgesias, 17 mães desse grupo de recém nascidos receberam apenas uma analgesia, com duração média de tempo de 2 horas, 27 minutos e 14 segundos e 7 delas receberam a segunda analgesia (repique) com duração média de tempo de 2 horas, 41 minutos e 8 segundos, e a soma do tempo médio de duração de ambas foi de 6 horas, 23 minutos e 17 segundos.

Tabela 15 - Distribuição dos estados de sono e vigília dos RN predominantes nas mamada, quanto à duração da mamada, ao tempo de trabalho de parto, ao período expulsivo, e à duração das analgesias até o nascimento. Ribeirão Preto, 2012.

Sono e vigília agrupados predominantes na mamada	Variável	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Alerta quieto/ativo	Duração da mamada	9	9min 47s	6min 7s	26s	18min 42s
	Duração do trabalho de parto	9	4h 22min 13s	2h 10min 50s	35min	6h 26min
	Duração do período expulsivo	9	18min 53s	8min 40s	9min	34min
	Duração da primeira analgesia até o nascimento	5	6h 4min 24s	2h 17min 40s	35min	5h 58min
	Duração da segunda analgesia até o nascimento	4	1h 38min 15s	37min 17s	50min	2h 11min
	Duração da primeira e segunda analgesia até o nascimento	4	5h 20min 45s	11min 14s	5h 4min	5h 28min

Sono profundo/ativo	Duração da mamada	23	12min 58s	8min 1s	15s	29min 25s
	Duração do trabalho de parto	28	4h 21min 47s	2h 53min 41s	25min	11h 1min
	Duração do período expulsivo	28	15min 37s	9min 5s	1min	51min
	Duração da primeira analgesia até o nascimento	17	2h 27min 14s	1h 25min 52s	22min	4h 56min
	Duração da segunda analgesia até o nascimento	7	4h 1min 8s	57min 46s	1h 36min	3h 44min
	Duração da primeira e segunda analgesia até o nascimento	7	6h 23min 17s	2h 2min 22s	3h 6min	9h 30min
Sonolento	Duração da mamada	5	16min 4s	8min 37s	6min 43s	27min 48s
	Duração do trabalho de parto	6	4h 15min 30s	2h 9min 29s	53min	5h 52min
	Duração do período expulsivo	6	29min 20s	15min 54s	13min	59min
	Duração da primeira analgesia até o nascimento	3	1h 35min	1h 12min 45s	53min	2h 59min
	Duração da segunda analgesia até o nascimento	3	2h 2min 40s	55min 52s	1h 2min	2h 52min
	Duração da primeira e segunda analgesia até o nascimento	3	5h 19min 20s	49min 49s	4h 22min	5h 52min

4.5 Avaliação da mamada e caracterização do trabalho de parto, parto e nascimento: análise de associações

A análise de associações foi realizada entre as variáveis dependentes: duração da mamada e estado sono e vigília e as variáveis independentes: duração do trabalho de parto, do período expulsivo e das analgesias. Ressalta-se que para todas as análises de associações, foi utilizado o nível de significância de $\alpha=0,05$.

De acordo com a Tabela 16, as comparações realizadas através do teste Kruskal-Wallis entre os estados de sono e vigília antes de iniciar a mamada e a duração do trabalho de parto, do período expulsivo, duração das analgesias, e a duração da mamada, não foram estatisticamente significativas.

Tabela 16 - Comparações dos estados de sono e vigília antes de iniciar a mamada, com a duração da mamada, do trabalho de parto, do período expulsivo, e das analgesias até o nascimento. Ribeirão Preto, 2012.

Comparações entre Variáveis	
Estado de sono e vigília antes de iniciar a mamada	Valor p^1
Duração do trabalho de parto	0,64
Duração do período expulsivo	0,20
Duração da primeira analgesia até o	0,44

nascimento	
Duração da segunda analgesia até o nascimento	0,96
Duração da primeira e a segunda analgesia até o nascimento	0,54
Duração da mamada	0,62

¹ Teste Kruskal-Wallis

Ao agrupar todos os estados de sono e vigília que os recém-nascidos apresentaram antes de iniciar a mamada em três grupos, ou seja, alerta (em alerta quieto e alerta ativo), sono (sono ativo e sono profundo), e sonolento, foi realizado uma nova análise comparativa, entre essas variáveis com as variáveis duração do trabalho de parto, do período expulsivo, da duração do uso da analgesia e da duração da mamada, em que conclui-se não ser estatisticamente significativa. A tabela a seguir apresenta esses dados.

Tabela 17 - Comparações dos estados de sono e vigília agrupados antes de iniciar a mamada, com a duração da mamada, do trabalho de parto, do período expulsivo, e das analgesias. Ribeirão Preto, 2012.

Comparações entre Variáveis	
Estados de sono e vigília agrupado antes de iniciar a mamada	Valor p¹
Duração do trabalho de parto	0,36
Duração do período expulsivo	0,13
Duração da primeira analgesia até o nascimento	0,49
Duração da segunda analgesia até o nascimento	0,82
Duração da primeira e a segunda analgesia até o nascimento	0,48
Duração da mamada	0,61

¹ Teste Kruskal-Wallis

A análise comparativa, foi também realizada entre os estados predominantes de sono e vigília e as variáveis duração do trabalho de parto, do período expulsivo, do uso da analgesia e a duração da mamada, em que conclui-se não ser estatisticamente significativa. A Tabela 18 mostra esses dados.

Tabela 18 - Comparações dos estados de sono e vigília predominantes na mamada, com a duração da mamada, do trabalho de parto, do período expulsivo, e das analgesias até o nascimento. Ribeirão Preto, 2012.

Comparações entre Variáveis	
Estados de sono e vigília predominantes na mamada	Valor p^1
Duração do trabalho de parto	0,67
Duração do período expulsivo	0,13
Duração da primeira analgesia até o nascimento	0,51
Duração da segunda analgesia até o nascimento	0,41
Duração da primeira e a segunda analgesia até o nascimento	0,54
Duração da mamada	0,56

¹ Teste Kruskal-Wallis

De acordo com a Tabela 19, ao agrupar os estados de sono e vigília, foi realizado uma nova análise comparativa com as variáveis duração do trabalho de parto, do período expulsivo, duração do uso da analgesia e duração da mamada, obtendo-se assim, dados significativos entre a duração do período expulsivo e o estados de sono e vigília do grupo “sono” (sono profundo e sono ativo) e o “sonolento”, sendo $p = 0,03$, confirmado pela significância do pós teste de Dunn. Com isso conclui-se que o grupo de recém nascidos que tiveram seus estados sono ativo, sono profundo e sonolento, como predominantes durante a mamada, apresentaram maior duração do período expulsivo.

Tabela 19 - Comparações dos estados de sono e vigília agrupados predominantes na mamada, com a duração da mamada, do trabalho de parto, do período expulsivo, e das analgesias até o nascimento. Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2012.

Comparações entre Variáveis	
Estados de sono e vigília agrupados predominantes na mamada	Valor p^1
Duração do trabalho de parto	0,97
Duração do período expulsivo	0,03 (Sono profundo/ativo vs Sonolento)*
Duração da primeira analgesia até o nascimento	0,67
Duração da segunda analgesia até o nascimento	0,25
Duração da primeira e a segunda analgesia até o nascimento	0,40

Duração da mamada

0,40

¹ Teste Kruskal-Wallis*Estatisticamente significativo para o nível de significância $\alpha=0,05$ pelo pós teste de Dunn

Na Tabela 20 pode-se notar que não obteve-se correlações significativas entre os sinais positivos na mamada, os quais caracterizavam como uma mamada adequada, e a duração do trabalho de parto, do período expulsivo, e a duração das analgesias até o nascimento.

Tabela 20 - Correlações entre os sinais positivos na mamada, e a duração do trabalho de parto, do período expulsivo, e das analgesias até o nascimento. Ribeirão Preto, 2012.

Correlações entre as Variáveis ¹					
	P*				
	N				
	Duração do trabalho de parto	Duração do período expulsivo	Duração da primeira analgesia até o nascimento	Duração da segunda analgesia até o nascimento	Duração da primeira e a segunda analgesia até o nascimento
Sinais positivos da mamada	0,12	0,10	-0,04	-0,24	-0,36
	0,46	0,54	0,83	0,40	0,20
	43	43	25	14	14

¹Correlação de Sperman*valor de p sobre H0: $Rho=0$

As correlações entre os sinais negativos na mamada, os quais caracterizavam como possíveis dificuldades na mamada, com a duração do trabalho de parto, do período expulsivo, e a duração do uso da analgesia, não foram significativas, conforme demonstrado na Tabela 21.

Tabela 21 - Correlações entre os sinais negativos na mamada, e a duração do trabalho de parto, do período expulsivo, e das analgesias até o nascimento. Ribeirão Preto, 2012.

Correlações entre as Variáveis ¹					
	P*				
	N				

	Duração do trabalho de parto	Duração do período expulsivo	Duração da primeira analgesia até o nascimento	Duração da segunda analgesia até o nascimento	Duração da primeira e a segunda analgesia até o nascimento
Sinais negativos da mamada	-0,15	-0,12	0,02	0,14	0,25
	0,34	0,45	0,93	0,65	0,38
	43	43	25	14	14

¹Correlação de Spearman

*valor de p sobre H₀: Rho=0

De acordo com a Tabela 22, a ANOVA mostrou que existem correlações entre as variáveis sinais positivos da mamada e a duração da mesma (p= 0,013), ou seja com o aumento do percentual de sinais positivos na mamada, houve o aumento do tempo de sucção da mama materna, conforme visto na figura 1.

Tabela 22 - Regressão linear polinomial entre os sinais positivos da mamada e a duração da mamada.

Parâmetros	Estimativa	Erro Padrão	Valor p	Intervalo de Confiança 95%		R ²	ANOVA ¹
Intercepto	0,756	0,035	<0,001	0,686	0,827		
TGMinTotal	0,015	0,005	0,009	0,004	0,026	0,225	0,013
TGMinTotal²	-0,00040	0,00018	0,032	0,00076	0,00004		

¹Valor p da ANOVA.

Na Figura 1 abaixo, observa-se que o sinais positivos da mamada em percentual aumentam até a duração de 20 minutos de sucção, após esse período os percentual positivo tende a diminuir

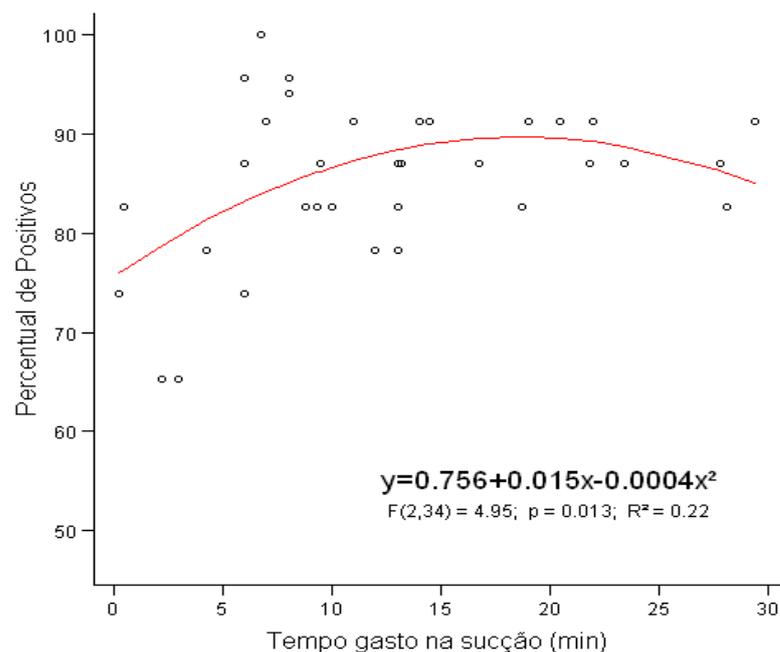


Figura 1 - Correlação entre os sinais positivos da mamada e a duração da mamada.

Conforme apresentado na Tabela 23, a ANOVA mostrou que há correlações entre as variáveis sinais negativos da mamada, de possíveis dificuldades e a duração da mesma ($p= 0,023$), ou seja com o aumento do tempo, após os 20 minutos de mamada, o percentual de sinais positivos aumentaram, indicando, maiores dificuldades na mamada, de acordo com a figura 2.

Tabela 23 - Regressão linear polinomial entre os sinais negativos da mamada e a duração da mamada.

Parâmetros	Estimativa	Erro Padrão	Valor p	Intervalo de Confiança 95%		ANOVA1
Intercepto	23,5051	3,5222	<0,001	16,347	30,663	
TGMinTotal	-1,4244	0,5469	0,014	-2,536	-0,313	0,023
TGMinTotal²	0,0385	0,0181	0,040	0,00180	0,07532	

¹Valor p da ANOVA.

Na Figura 2, observa-se que a partir dos 20 minutos de duração da sucção, o percentual de sinais negativos, e possíveis dificuldade na mamada, tende aumentar.

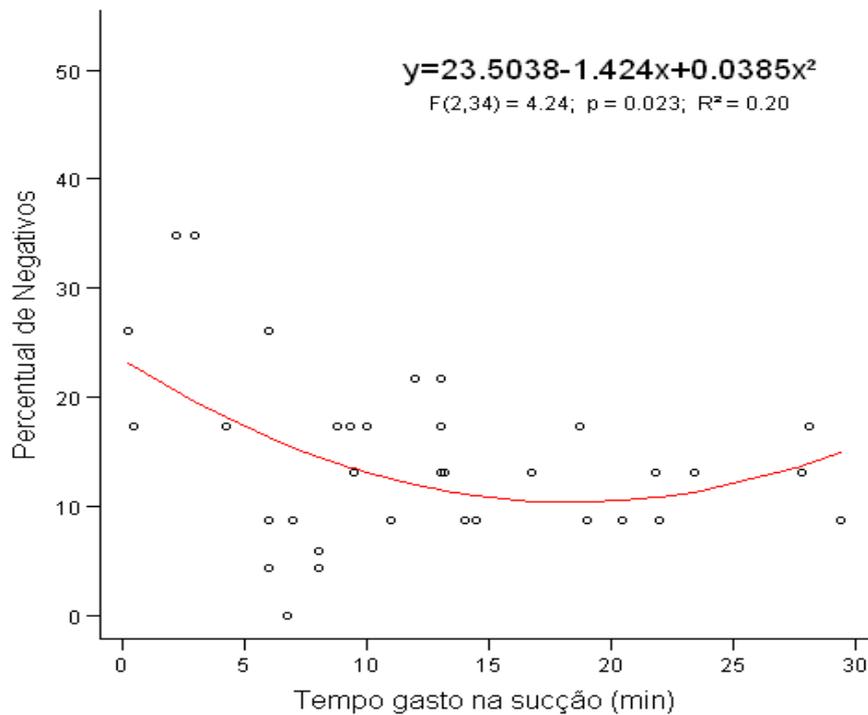


Figura 2- Correlação entre os sinais negativos da mamada e a duração da mamada.

Na Figura 3, nota-se que do agrupamento do estado alerta quieto e alerta ativo, tais estados permanecem durante todo o tempo predominando com alto percentual positivos na mamada. No agrupamento do estado sono profundo e sono ativo, há uma variação deste percentual, e no sonolento também há uma variação de percentual de positivos porém com menor predominância de recém nascidos. Contudo conclui-se que a mamada tende a ter mais sinais positivos, de uma boa mamada quando o recém nascido apresenta estado alerta predominante durante a mesma.

Discussão

5.1 Caracterização dos sujeitos do estudo

De acordo com o estudo, a maioria das mães apresentou idade entre 20 e 29 anos. Estes dados estão em concordância com a porcentagem nacional de idade das mulheres que pariram em 2009, que mostra a maioria (53,3%) nesta faixa etária (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2009).

A maioria das mulheres da pesquisa (58,1%) era solteira, não possuía companheiro. Em relevância a esse dado, alguns estudos referem que a ausência do companheiro, do apoio paterno, pode ser uma forte incidência de desmame precoce, pois o pai influi na decisão da mulher de amamentar e contribui para a sua continuidade (SILVA; SANTIAGO; LAMONIER, 2012). No entanto, não podemos afirmar que essas mulheres mesmo que solteiras, não recebiam nenhum tipo de apoio paterno.

Em relação ao pré natal, todas as participantes do estudo o realizaram, sendo a média de 8,4 consultas. Esse resultado atende ao esperado pelo Ministério da Saúde, que estima que a gestante deve realizar no mínimo seis consultas durante o pré-natal (BRASIL, 2005). Sabe-se que atenção humanizada inicia-se no pré-natal, como modo de garantir que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, que evite as intervenções desnecessárias e que preserve sua privacidade e autonomia (BRASIL, 2001).

Referente aos neonatos obteve-se ao nascimento 26 (60,5%) bebês do sexo feminino, e 17 (39,5%) do sexo masculino. Esse resultado é divergente ao índice de nascidos vivos no município de Ribeirão Preto, em que o número de nascidos do sexo masculino é cerca de 9% maior que o feminino (RIBEIRÃO PRETO, 2011). Já em nível nacional, pode-se dizer que em qualquer que seja o desenvolvimento da área em que foi realizado a pesquisa, o número de nascimentos do sexo masculino é cerca de 5% maior que o feminino (RIPSA, 2007).

No que tange ao peso dos RN, o mesmo variou entre 2245 a 4130 gramas, sendo que a média foi de 3190,1 gramas. Nos dados encontrados na cidade de Ribeirão Preto, maioria dos neonatos nasceu com peso de 3000 a 3900 gramas, semelhante à média encontrada em nossa pesquisa (RIBEIRÃO PRETO, 2011).

5.2 Caracterização do trabalho de parto, parto e puerpério imediato

De acordo com o estudo, 60,5% dos recém nascidos não iniciaram o contato pele a pele em sala de parto, e 90,7% dos mesmos não foram colocados para sugar a mama materna em sala de parto. Ressalta-se que a pesquisa foi realizada em um Hospital Amigo da Criança, onde devem ser seguidos os “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno”, entre eles o quarto passo: “Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora de vida” No cumprimento deste passo, é preconizado colocar os bebês em contato pele-a-pele com suas mães imediatamente após o parto durante pelo menos uma hora e encorajar as mães a reconhecerem quando seus bebês estão prontos para mamarem oferecendo ajuda, se necessário (WHO, 2003). Os recém-nascidos devem ser deixados nus sobre o abdome da mãe, sem interrupção, até que tenham conseguido mamar pela primeira vez, devendo-se promover ativamente seus esforços para alcançar o peito materno (RIGHARD; ALADE,1990).

Sabe-se que a prática do contato precoce pele a pele é recomendável para promoção do aleitamento materno, alicerçando-se no conhecimento de que os laços afetivos são mais fortes nas primeiras duas horas de vida, e que este vínculo é de máxima importância para o início e a manutenção do aleitamento materno exclusivo (VENTURA, 2002). O início precoce do aleitamento leva o recém-nascido a mamar corretamente mais cedo, possibilitando maior sucesso do mesmo (ALMEIDA; FILHO, 2004).

Em estudo semelhante realizado em um Hospital Amigo da Criança, 73,6% dos binômios mãe e filho foram iniciados a primeira mamada em alojamento conjunto, ou seja não foram colocados para sugar a mama materna em sala de parto (MONTEIRO, 2008). Com base nesses dados, pode-se dizer que há necessidade de incentivo e implementação da prática do quarto passo no sucesso da amamentação.

Percebemos que ainda é dada muita importância aos procedimentos de rotina a serem realizados com o recém-nascido, fazendo com que haja restrição no tempo em que o bebê passa junto à sua mãe no centro obstétrico. Os profissionais realizam as práticas, mas interrompem frequentemente o contato para realização dos cuidados. O contato contínuo do binômio portanto, é iniciado tardiamente, quando ambos já se encontram no alojamento conjunto.

Observamos que um fator que influencia na interrupção do processo de humanização é o pequeno número de funcionários da equipe de enfermagem locados no Centro Obstétrico, já que estes atendem tanto à equipe obstétrica quanto ao neonatologista e, também porque os mesmos são responsáveis por todas as salas de parto. Com isso, os funcionários preocupam-se em desocupar as salas o mais rápido possível. Porém, esta é uma prática que compete a toda a equipe, não sendo responsabilidade apenas da equipe enfermagem, sinalizando a necessidade da conscientização dos profissionais de saúde para o cumprimento desta atividade.

Verificamos que são realizadas manipulações e intervenções muitas vezes desnecessárias ao recém-nascido. Em muitos casos, isso decorre do fato da instituição ser um hospital-escola, fato este, que nos preocupa, já que a formação pode estar sendo centrada no intervencionismo, embora o nascimento seja um período de adaptação fisiológica.

Referente ao uso da analgesia, 39 (90,7%) das 43 gestantes receberam esta intervenção, sendo que a maioria 13 (33,3%) das parturientes apresentou dilatação cervical de 5 cm durante a administração da primeira, ou seja, na fase ativa do trabalho de parto.

Com relação à necessidade do repique (2ª analgesia), a maioria 29 (67,4%) não necessitou de outra dose de anestésico durante o trabalho de parto e 14 (32,6%) das gestantes o receberam, sendo que a maioria dessas (42,9%) apresentava 8 cm de dilatação neste momento.

No estudo de Gomes (2011), em que foram avaliadas várias intervenções no trabalho de parto, encontrou-se dados semelhantes à nossa pesquisa, pois das 460 gestantes da pesquisa, 56,8% receberam analgesia, a grande maioria 347 (75,4%) das mulheres que receberam a analgesia estava em fase ativa de trabalho de parto. Ainda sobre as mulheres que foram submetidas à analgesia de parto 353 (77,6%) recebeu apenas uma dose do agente analgésico e 76 (16,7%) receberam o repique do analgésico.

De acordo com Cunha (2010), a indicação expressa da analgesia de parto é a dor materna. Esse deve ser o fator principal, considerado como parâmetro de indicação quanto ao momento desta intervenção. O Ministério da Saúde (2001) brasileiro ratifica ainda que a dor materna é o fator primordial, e não a dilatação cervical, que só tem importância para a escolha da droga e para a dose a ser usada.

Quanto à presença do acompanhante, neste estudo apenas uma (2,3%) das 43 gestantes não teve acompanhante presente na sala de parto. Em revisão sistemática sobre o suporte contínuo no trabalho de parto e parto, Hodnett et al (2007) encontraram 16 ensaios clínicos randomizados em que o suporte foi dado por uma acompanhante do sexo feminino (leiga ou profissional). O suporte intraparto foi associado com vários benefícios quando o provedor não era um membro da equipe do hospital e quando este suporte acontecia desde o início do trabalho de parto. Os autores pontuaram que a presença contínua de uma pessoa que apoie a parturiente reduziu a probabilidade de uso de medicação para alívio da dor, parto vaginal operatório e cesariana. Além disso, o apoio contínuo também foi associado a uma ligeira redução no tempo total do trabalho de parto, e a melhor satisfação e controle materno em relação ao parto.

É preciso considerar ainda que frente ao movimento mundial que critica e aponta as deficiências ligadas a saúde, o acompanhante perante a sala de parto e trabalho de parto, age como um agente fiscalizador protegendo as mulheres da violência institucional. Particularmente, na assistência obstétrica, as medidas intervencionistas têm resultado em iatrogenias, suscitando um alerta geral de controle e fiscalização dos serviços de saúde

A curiosidade e o controle manifestos em atitudes e ações pelo acompanhantes têm reflexo na forma como os profissionais os percebem. Os profissionais têm crenças e valores negativos em relação aos acompanhantes, pela possibilidade dos mesmos interferirem em suas ações e questionarem suas condutas (NAKANO et al, 2007).

Apesar dos serviços incorporarem como norma institucional a presença do acompanhante no processo de parturição, estamos muito aquém de cumprir com os preceitos da humanização. Pois a incorporação dessa prática da presença do acompanhante pelos profissionais e instituições ainda não se constitui uma realidade em muitos serviços. A implementação dessa prática demanda revisão de conceitos de assistência. Muitos profissionais possuem crenças e valores que rejeitam a presença do acompanhante no parto (PINTO, 2004).

Em relação às condições maternas no puerpério, temos nos deparado com situações em que as mulheres não têm a chance de revelar seus reais desejos e suas condições físicas e emocionais após o nascimento. Considerando que no momento pós-parto imediato, as mulheres manifestam-se cansadas, sonolentas e,

ainda, em condições de dor, tais situações podem dificultar o processo de amamentação (MONTEIRO; GOMES; NAKANO, 2006).

No presente estudo, das 43 puérperas, 36 (83,7%) referiram que estava com sono, 9 (20,9%) delas relataram que sentia algum tipo de dor e ao questionar sobre o cansaço, a maioria 41 (95,3%) referiram estar cansada, dados que podem ter algum tipo de interferência no processo da amamentação. Além disso, as mesmas passaram por longos períodos em jejum alimentar e de líquidos, sendo que o maior tempo sem ingerir qualquer líquido foi 22h e 35min, e sem ingerir alimentos, 21h e 05 min.

Contudo, esse dados não condizem com as recomendações da OMS, que preconiza o uso de dietas brandas, para repor as fontes de energia requeridas no trabalho de parto, para prevenir a desidratação e a cetose, garantindo o bem-estar da mulher. Sabe-se que a oferta de líquidos e alimentos leves por via oral à parturiente, respeitando o seu desejo, não interfere no desenvolvimento do trabalho de parto e do parto, e ainda pode ser benéfica (TORCATA; GUALDA, 2010).

SLEUTEL e GOLDEN (1999) avaliando a literatura científica sobre a ingestão durante o trabalho de parto apontam que restringir a alimentação e a hidratação oral, durante este período leva a resultados negativos inesperados. O jejum, durante o parto, é uma tradição que continua sem nenhuma evidência de melhores resultados à mãe ou ao recém-nascido.

Referente à dor no período puerperal, é prioritário que os profissionais de saúde que assistem às mulheres no período puerperal, identifiquem e valorizem as morbidades decorrentes do parto normal, em especial, a presença da dor. A identificação da ocorrência da dor perineal espontânea e os métodos empregados para seu alívio são considerados importantes para minimizá-la, oferecendo à mulher a possibilidade de vivenciar a maternidade de forma positiva e prazerosa. No estudo de Francisco et al. (2011), dentre as 303 mulheres com partos vaginais, a prevalência da dor perineal no puerpério foi de 18,5% (56 participantes). O tempo decorrido, após o parto em que a dor foi identificada, variou de 1,9 a 97,7 horas. Já em nossos estudos quando referimos a dor, a mesma relatou dor em região perineal e dor abdominal, sendo que a porcentagem de dor foi semelhante ao estudo de Francisco et al.

No que tange ao cansaço materno, após o parto a puérpera apresenta-se extenuada, cansada, devido ao esforço muscular dispensado na expulsão, seu

corpo apresenta-se com sudorese, a respiração é costal e profunda, e a frequência respiratória reduzida, a mulher sente-se aliviada, o cansaço exige repouso e o sono é impositivo (NEME, 2000).

Após o nascimento, alguns sentimentos de ambiguidades são relatados pelas mães, pois agora devem ser nutriz e dar início ao papel de mãe imposto pela instituição, como o contato pele a pele e o início da amamentação, contudo seu estado de exaustão são sinalizados pela mesma, porém ao receber o filho no colo pela primeira vez, referem comentários positivos sobre o ato (MONTEIRO et al., 2006).

5.3 Avaliação da mamada e a relação entre o trabalho de parto, parto e puerpério imediato

Als et al. (1982) descreve a associação entre o estado comportamental e a presença de reflexos orais, indicando que o estado alerta facilita a presença dos reflexos orais que podem indicar maior sucesso no processo da sucção. Em nosso estudo a maioria 18 (41,9%) (BRASIL, 2005), nascidos esteve estado alerta quieto, o que pode justificar a maioria dos bebês terem sugado a mama materna.

O recém-nascido a termo e lactentes saudáveis sem intercorrência clínica apresentam, teoricamente, todas as condições necessárias para o início da alimentação no seio materno. A primeira função do sistema estomatognático a se efetivar é a deglutição sendo definida como ato reflexo, fundamental para a sua sobrevivência e acontece quando uma quantidade de leite é guardada dentro da boca do bebê, importante para alimentação por via oral e o adequado desenvolvimento do sistema sensorio motor oral. Para que isso aconteça deve haver coordenação dos reflexos orais, assim como o vedamento labial, adequada movimentação de língua, a protrusão da língua para obter o leite. É muito importante para o sucesso da amamentação, sendo a habilidade de distensão da língua fundamental durante a extração do leite dos ductos mamilares e mandíbula, ritmo de sucção, com pausas alternadas e a coordenação entre movimentos de sucção deglutição e respiração (SANCHES, 2004).

Os dados corroboram com o que comenta a autora supra citada, pois os recém-nascidos aqui estudados, eram recém-nascido a termo e saudáveis, sem

intercorrência clínica, teoricamente, apresentando todas as condições necessárias para o início da alimentação no seio materno.

Tal fato pode justificar os resultados encontrados quanto às facilidades na mamada, principalmente no que tange ao domínio referente à sucção, dentre eles: boca bem aberta, lábio inferior virado para fora, língua acoplada em torno do seio, bochechas redondas, mais aréola acima da boca do bebê, sugadas lentas e profundas, ruídos e pausas, pode-se ver ou ouvir a deglutição, totalizando todos os domínios positivos, 86,1% dos neonatos apresentaram sinais positivos.

Além disso, é importante destacar que das 43 mães do presente estudo, 40 já possuíam colostro à expressão antes de ser iniciada a mamada, propiciando assim, a deglutição como ato reflexo dos RN e conseqüentemente, a ingestão do leite. Isso justifica também o fato de que à medida que a mamada decorreu, os recém-nascidos passaram a apresentar-se mais em estado de sono, ou seja tendendo a ficar satisfeitos com a ingestão do colostro à medida que terminava a mamada voluntariamente, assim como encontrado nos estudos de Leite, (2005) e Silva, (2010).

Ainda sobre este aspecto, no que se refere ao tempo de sucção durante a mamada, 78% dos RN soltaram a mama espontaneamente, mostrando-se assim, estarem satisfeitos com a ingestão do leite.

No estudo de Carvalhes et al. (2003) avaliou-se a mamada utilizando o instrumento da observação da mamada da Organização Mundial da Saúde (1997), o mesmo que foi utilizado em nossa pesquisa, a avaliação do estudo foi através da observação direta do binômio. Os autores revelaram que grande parte dos binômios apresentou indicativos de início satisfatório da amamentação nos diversos aspectos analisados do instrumento, porém houve muitos comportamentos sugestivos de dificuldades, dentre eles a posição corporal da mãe e do recém-nascido durante a mamada, pois 22% dos binômios apresentaram quatro ou cinco dos critérios do instrumento como comportamentos negativos. Escores ruins também ocorreram para 12% das duplas quando se avaliaram determinadas respostas negativas, tais como: neonato inquieto e agitado, não conseguindo manter a pega da aréola. Cerca de 6% (3 crianças) dos recém-nascidos apresentaram escores ruins na avaliação da sucção, isto é, quatro a seis comportamentos negativos, tais como: lábio inferior virado para dentro, sem visualização da língua, bochechas tensas ou encovadas e criança sugando rapidamente, podendo-se ouvir apenas estalos, e não a deglutição.

Na presente pesquisa, os dados foram divergentes, dentre eles: a postura corporal, 85,6%, dos 43 recém-nascidos, apresentaram sinais positivos, ou seja postura adequada no momento da amamentação, referente a resposta do recém nascido 82,3% dos neonatos tiveram sinais positivos na mamada, e na sucção, 86,1% dos neonatos apresentaram sinais positivos, ou seja lábio inferior voltado pra fora, bochechas redondas, boca bem aberta, podendo se ver e ouvir a deglutição.

É importante destacar que no presente estudo, antes de ser iniciada a mamada, todas as mães foram auxiliadas no seu posicionamento e do bebê, pois esse é um procedimento de rotina realizado ao ser iniciada a mamada em alojamento conjunto. Isso pode justificar os bons índices dos resultados referentes ao domínio postura corporal, tanto da mãe quanto do bebê durante a mamada.

A qualidade da sucção é um dos principais determinantes na produção láctea. Acresça ao posicionamento e a pega adequada para uma amamentação eficaz, além do manejo, da duração e frequência das mamadas. Amamentar a criança sob livre demanda, implica em não fixar horários para mamada, nem tão pouco limitar a duração, permitindo que a criança estabelece seu próprio ritmo (MORAIS; THONSON, 2008).

No nosso estudo os neonatos permaneceram em média mamando por 12 minutos e 37 segundos e dos 43 bebês participantes do estudo, apenas 4 (9,3%) deles iniciaram a primeira mamada em sala de parto. Já no estudo de Monteiro (2008), foi realizado uma caracterização da primeira mamada de crianças de 0 a 4 meses, quanto à frequência e duração da mamada, o intervalo entre as mamadas, e o local em que foram iniciadas, sendo sala de parto, corredor da sala de parto e recuperação, e o alojamento conjunto, dos 231 bebês participantes, 170 (73,6%) iniciaram a primeira mamada no alojamento conjunto, 32 (13,9%) iniciaram o aleitamento em sala de parto e 29 (12,5%) mamaram pela primeira vez na recuperação ou no corredor da sala de parto, com média de duração da mamada de 27 minutos. Os resultados encontrados no estudo de Monteiro (2008) quanto à duração da mamada, divergem quanto aos resultados do nosso estudo, conforme descritos acima, porém quanto ao local de início da primeira mamada, obteve-se dados semelhantes, pois a maioria dos bebês de nossa pesquisa iniciou o aleitamento materno em alojamento conjunto.

A duração da mamada, deve ser em tempo suficiente para assegurar que o bebê receba uma alimentação equilibrada, ou seja, a ingestão do leite inicial

(desnatado) e o completo (gorduroso) (ALDEN, 2002). A amamentação ideal não depende de quantas vezes o bebê mama, ou do tempo gasto em cada mamada, pois alguns bebês podem sugar a mama por poucos minutos e receber a quantidade suficiente (CADWELL, 2007).

É importante deixar o RN mamar o tempo que quiser, desde que o esteja fazendo de forma eficiente, não existindo limite de tempo preestabelecido, podendo variar de um RN para outro, dependendo do momento e da sua fome, portanto, mãe e filho necessitam de apoio e atenção, em especial nas primeiras experiências de amamentar e mamar, pois a inexperiência de ambos e os curtos períodos de vigília do RN, possivelmente influenciam na duração maior de mamada com conseqüentes desconfortos maternos (VINHA, 2002).

Após o nascimento, todos os recém-nascidos foram encaminhados ao alojamento conjunto com suas mães, assim que tiveram condições para tal, foi iniciado o aleitamento materno, a duração em média desde o nascimento ao início da primeira mamada foi de 1 hora, 23 minutos e 31 segundos. No estudo de Monteiro (2008) obteve-se dados semelhantes, pois a primeira mamada ocorreu 87,6 minutos após o parto.

Ressalta-se que a presente pesquisa foi realizada em um Hospital Amigo da Criança, em que o alojamento se inicia precocemente, sendo este o Passo 7 entre os Dez passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, "Praticar o alojamento conjunto - permitir que mãe e bebê permaneçam juntos-24 horas por dia".

Quando mãe e bebê ficam juntos depois do nascimento, ocorre uma série de eventos sensoriais, hormonais, fisiológicos, imunológicos e comportamentais, os quais auxiliam na ligação da mãe com o seu bebê, o que contribui para a união de ambos e auxilia no desenvolvimento do relacionamento afetivo (BRASIL, 2002).

A separação do bebê de sua mãe pode levar a uma interferência negativa na formação dos laços afetivos, o que pode afetar o desenvolvimento psicoemocional desse bebê. O contato íntimo da mãe com seu filho pode interferir positivamente na relação desse bebê com o mundo. (VENANCIO; ALMEIDA, 2004).

Odent (2000) relata que na interação mãe e filho, o estímulo sensorial também está presente. Durante o parto, o bebê já conhece o odor de sua mãe, o que tem um papel importante na adaptação do bebê à vida extra-uterina. Além disso, o feto pode reconhecer a voz de sua mãe antes do parto, porque percebe as vibrações do som

através do ouvido e sente as vibrações do corpo da mãe na pele. Imediatamente antes do parto o bebê libera uma grande quantidade de noradrenalina, podendo assim tornar mais fácil o aprendizado olfativo, e também podendo dilatar suas pupilas. Se o parto não sofre muitas interferências, o bebê nasce com os olhos abertos e pupilas grandes, como se estivesse dando um sinal para sua mãe. Estes sentidos são importantes para o recém-nascido no reconhecimento de sua mãe.

O primeiro período de reatividade acontece nos primeiros trinta minutos de vida, se estendendo até oito horas de vida, neste primeiro período a criança permanece em estado de alerta, chora vigorosamente e apresenta o reflexo de sucção a ponto de sugar violentamente sua própria mão. Nesse momento, os olhos do bebê estão abertos, sugerindo uma ótima oportunidade para mãe e filho trocarem seus primeiros olhares, e iniciarem o aleitamento materno. Após este período de alerta o recém-nascido entra em estado de sonolência, dificultando o aprendizado da pega e seu desejo de sucção (WONG, 1999).

Como o objetivo do presente estudo foi avaliar a primeira mamada logo após o nascimento em alojamento conjunto, tal avaliação se deu no período em que os mesmos apresentavam-se em estado de alerta e ainda nas primeiras horas de vida, o suficiente para que eles apresentassem boa prontidão para mamar, conforme os resultados aqui encontrados.

Assim, embora as mães tivessem recebido intervenções que pudessem interferir na qualidade da primeira mamada em alojamento conjunto, conforme inferência prévia à realização da pesquisa, a prontidão inerente à fisiologia dos mesmos para sugarem a mama materna nas primeiras horas de vida (1 hora, 23 minutos e 31 segundos em média) sobrepôs as intervenções referentes ao trabalho de parto e parto de suas mães, demonstrando assim, mais sinais de facilidade, do que de dificuldade durante a mamada avaliada.

Quanto à duração do trabalho de parto, Neme (2000) refere que este período em nulíparas não deve superar 12 horas. Com isso podemos relatar que as mulheres do nosso estudo apresentaram duração do trabalho de parto conforme recomendado na literatura, pois o tempo mínimo foi 25 minutos, e o período mais longo foi de 11 horas e 1 minuto.

Sabe-se que longos períodos de trabalho de parto podem implicar em consequências ao neonato e à amamentação, pois a dificuldade no parto, o

prolongamento do trabalho de parto está fortemente associado ao estresse materno e fetal, gerado pelo estado de exaustão e cansaço (DEWEY, 2001).

Os bebês que vivenciam situações de estresse durante o trabalho de parto podem apresentar-se fracos ou muito sonolentos, dificultando a evocação dos reflexos de preensão e sucção eficiente da mama. A falta de sucção não gera estímulos neuroendócrinos responsáveis pela liberação dos hormônios envolvidos na produção do leite e comprometem a lactação (CARRASCOZA et al.,2005).

Destaca-se que no presente estudo, o período expulsivo, teve duração mínima 1 minuto e máxima de 59 minutos. Esses dados estão de acordo com os limites aceitáveis para as nulíparas, que , segundo o Ministério da Saúde, pode se alongar até duas horas (BRASIL, 2001).

Ao associar a duração do período expulsivo e o estados de sono e vigília do grupo “sono” (sono profundo e sono ativo) e o “sonolento”, obteve-se dados significativos, sendo $p = 0,03$. O grupo de recém nascidos que tiveram seus estados sono ativo, sono profundo e sonolento, como predominantes durante a mamada, apresentou maior duração do período expulsivo. Assim, concluímos que o período referente ao período expulsivo teve influência direta com o estado de sono e vigília durante a primeira mamada do RN.

A Organização Mundial de Saúde (1996) recomenda esperar até que a própria mulher sinta necessidade de realizar o puxo, permitindo que ela responda aos sinais e sintomas de seu corpo com esforços expulsivos mais curtos, movimentos respiratórios superficiais e rápidos e intervalos para descanso. Porém este período expulsivo, acentua o medo e a tensão, provocando na parturiente uma forte contratatura muscular generalizada. E com as contrações fortes do período expulsivo, estas não colaboram para um processo mais fisiológico, e assim dificulta a expulsão da criança, que permanece mais tempo insinuada no canal de parto, levando a uma compressão do cordão umbilical. E como consequência, logo após o nascimento o recém-nascido apresenta anóxia transitória ou ainda em outros casos ocorre a aspiração do líquido amniótico na expulsão fetal, o que pode trazer consequências ao neonato (BOCARDI, 2004).

Ao retornar a questão da analgesia no parto, descreve-se a transferência dessa droga via placentária, ou seja a presença dessa droga no sangue materno, e no sistema nervoso central, faz com que a mesma atravesse facilmente a barreira

hemato-encefálica e portanto a placenta. Com isso a analgesia tem efeito direto sobre o próprio feto, tornando-o um bebê sonolento (REYNOLDS, 1991).

Além disso, o uso de altas doses de analgesia, e a repetição da mesma (repique) pode ocasionar doses cumulativas no feto, e gerar a bradicardia fetal, a diminuição do tônus, a hipoatividade e a depressão respiratória (DESPRATS et al, 1991).

No estudo de Richard e Alade (1990) dos 40 neonatos cujas mães receberam analgesia durante o parto, 8 sugaram corretamente, 7 sugaram incorretamente, e 25 estiveram em estado sonolento incapazes de sugarem a mama materna. Dos 32 bebês cujas mães não receberam analgesia, 23 sugaram corretamente, 8 sugaram incorretamente, e apenas um não sugou. Estas diferenças entre os grupos foram altamente significativa ($p < 0,001$). Das 26 crianças que não sugaram a mama materna, 25 nasceram de mães sedadas com petidina. Das 11 crianças, cujas mães receberam a analgesia 2 h e 45 min antes do nascimento, 5 sugaram corretamente. As mães dos outros 29 lactentes receberam analgesia mais de 2 h antes do nascimento (faixa de 2 a 13 horas); 3 dessas crianças sugaram corretamente. Em 8 casos, a analgesia foi administrada tardiamente (menos de 15 min antes do nascimento), 5 desses neonatos, não tiveram qualquer efeito, e em três casos, os bebês estavam sonolentos e não sugaram. A semi-vida plasmática de petidina (analgésia) é de 30 a 45 horas na mãe, e 13 a 23 horas na criança (62 horas para o metabolismo completo). A concentração plasmática de petidina (analgésia) no lactente é quase tão elevada do que na mãe, alcançando um máximo após 2 a 3 horas, depois o nível de concentração de analgesia sedativa tende a diminuir. Neste estudo, mais crianças estavam alerta e prontas para sugar quando o tempo entre realização da analgesia e o nascimento era inferior a 2 horas.

No presente estudo, encontramos dados semelhantes quando relacionamos os estados predominantes de sono e vigília durante a mamada ao tempo em que foi realizado a analgesia, ou seja o grupo de recém nascidos que estava em sono profundo durante a mamada, teve o tempo da primeira analgesia ao nascimento em média de 2 horas, 36 minutos e 40 segundos, e o grupo de alerta ativo teve a média de tempo da primeira analgesia ao nascimento, de 2 horas, 21 minutos, ou seja o tempo de analgesia foi menor no grupo alerta ativo, sendo que todos os recém-nascidos que apresentaram este estado como predominante sugaram a mama materna.

Conclusão

Das 43 participantes, 39 (90,7%), receberam analgesia, sendo que durante a primeira analgesia, a maioria estava com 5 cm, fase ativa de trabalho de parto, e durante o repique (2ª analgesia) estava com 8 cm. Contudo indagamos se o uso da analgesia poderia interferir na reatividade e na prontidão do bebê em iniciar o aleitamento materno, porém em nossas análises, não encontrou-se associações significativas entre o tempo em que as parturientes receberam as analgesias antes do nascimento, com a qualidade da sucção dos RN na primeira mamada em alojamento conjunto.

A duração do trabalho de parto variou de 25 minutos a 11h e 1 minuto, porém ao associar este tempo com o estado de sono e vigília do neonato e os sinais positivos e negativos na mamada, não obteve-se associações significativas.

Houve associações significativas entre a duração do período expulsivo e o estado de sono e vigília do grupo “sono” (sono profundo e sono ativo) e o “sonolento”, sendo que quanto maior foi o tempo do período expulsivo durante o nascimento, mais os neonatos apresentaram estado de sono/ sonolência durante a mamada avaliada.

Na avaliação da mamada, os índices positivos se fizeram presentes no diferentes domínios avaliados: 86,1% na sucção, 85,6% na postura corporal, 82,3% nas respostas do RN durante a mamada, 100% na anatomia da mama, no 78,4% tempo gasto na sucção durante a mamada.

Ao associar o estado sono e vigília e a sucção, 18 (41,9%) dos recém nascidos esteve estado alerta quieto, o que pode justificar a maioria dos bebês terem sugado a mama materna.

Os neonatos permaneceram em média mamando por 12 minutos e 37 segundos, sendo que a maioria iniciou o aleitamento no alojamento conjunto, após 1 hora 23 minutos e 31 segundos do nascimento.

Como a avaliação da mamada se deu no período em que os mesmos apresentavam-se em estado de alerta, estado este esperado nos primeiros períodos de vida após o nascimento, isto foi o suficiente para que eles apresentassem boa prontidão para mamar, conforme o que é trazido na literatura estudada e os resultados aqui encontrados.

Apesar de as mães terem recebido intervenções que pudessem interferir na qualidade da primeira mamada em alojamento conjunto, a prontidão inerente à

fisiologia dos mesmos para sugarem a mama materna nas primeiras horas de vida determinou o padrão de mamada dos RN, no qual as facilidades superaram as dificuldades neste momento.

O alojamento conjunto precoce, ou seja, o encaminhamento da mãe juntamente com seu RN logo após o nascimento para a enfermaria se mostrou uma prática favorável para a obtenção de sinais positivos na avaliação da primeira mamada à admissão de ambos.

Apenas 2,3% das gestantes não tiveram acompanhante na sala de parto, sendo assim satisfeito o desejo de quase todas elas, de ter alguém de sua confiança neste momento, favorecendo que se sintam mais confiante, segura, perante ao trabalho de parto e parto.

Embora a pesquisa tenha sido realizada em um Hospital Amigo da Criança, que incentiva o contato pele a pele e amamentação na primeira meia hora de vida, a maioria dos recém nascidos do estudo não foram colocados em contato pele a pele com suas mães em sala de parto e não foi iniciado a amamentação, fator desfavorável para o sucesso e continuidade da amamentação.

Quanto às condições maternas no puerpério, as participantes ficaram longos períodos de jejum de líquido e alimentos, 36 (83,7%) referiram que estava com sono, 9 (20,9%) delas relataram que sentia algum tipo de dor e 41 (95,3%) estavam casadas.

No que se refere aos aspectos metodológicos, apontamos o número da amostra como uma limitação do presente estudo considerando sua natureza quantitativa.

A fragilidade referente ao tamanho amostral justifica-se pelas dificuldades operacionais para a coleta de dados, pois esta, limitou-se a um período muito curto, que tinha que ocorrer necessariamente logo após o nascimento, ou seja, na ocasião em que mãe e RN eram transferidos ao alojamento conjunto para assim, ser filmada a primeira mamada neste local. Acresce-se a isso os critérios de seleção, que dentre outros aspectos, tinha que envolver recém-nascido que tivessem nascido apenas de parto normal.

Para viabilizar a coleta de dados, a pesquisadora teve que acompanhar as parturientes ainda em trabalho de parto, ainda que a observação participante não tenha sido utilizada no estudo. Este acompanhamento se fez necessário devido à

incerteza de qual seria a natureza do parto, e, sendo esta, de parto normal, a possível coleta de dados no puerpério imediato desta mãe. Sendo assim, o tempo de coleta tornou-se bastante extenso, visando às exigências que se fizeram necessárias para a seleção, aceite dos sujeitos e finalmente aquisição de todos os dados para o cumprimento dos objetivos do estudo.

Assim, visando aprimorar o delineamento de estudos futuros sobre os aspectos relacionados ao trabalho de parto, parto e nascimento e a relação com o processo de amamentação, novas pesquisas fazem-se necessárias. Pesquisas essas que envolvam um maior contingente amostral, ou outros desenhos metodológicos envolvendo aspectos que não se limitem àqueles relacionados ao parto normal, mas um contingente maior de situações as quais são vivenciadas pelas parturientes independente do seu parto.

Para finalizar, a partir dos dados obtidos no presente estudo, deixamos algumas considerações que suscitam em reflexões para a prática do cuidado e a pesquisa na área materno-infantil.

A assistência ao nascimento tem sido tomada pelo excesso de ações intervencionistas realizadas com o binômio, o emprego de medidas tecnológicas traz uma importante contribuição à saúde materno-infantil, porém produzem várias iatrogênias que prejudicam a humanização do cuidado.

A enfermagem tem competência teórico-prática e está em uma posição ideal para influenciar na assistência materno-infantil, resgatando a todo momento a humanização do parto/nascimento durante o seu cuidado prestado, sendo também amparada pelos protocolos dos órgãos governamentais.

A partir dessa posição junto à equipe de saúde, estratégias e políticas devem ser implementadas para reduzir a lacuna que existe entre a pesquisa e a prática assistencial, na tentativa de mudar o paradigma bio-tecnológico.

Daí a importância de uma maior articulação entre as instituições de ensino e pesquisa e aquelas prestadoras de serviços em saúde, tendo como meta a melhoria da assistência prestada e da formação e capacitação dos recursos humanos. A partir da socialização do conhecimento gerado pelas pesquisas oferecem-se subsídios para a prática assistencial.

Referências

ALDEN, K. R. Nutrição e alimentação do recém-nascido. In: NEME, B. **Obstetrícia básica**. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 2002. p. 555-582.

ALMEIDA, E. A.; FILHO, J. M. O contato precoce mãe-filho e sua contribuição para o sucesso do aleitamento materno. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, v. 13, n. 4, p. 381-388, out./dez. 2004.

ALMEIDA, N. A. M. et al. Concentração plasmática do hormônio adrenocorticotrófico de parturientes submetidas a método não farmacológico de alívio da ansiedade e dor no parto. **Rev. Latino-am. Enferm.**, v. 13, n. 2, p. 223-228, 2005.

ALS, H. et al. Manual for the assessment of preterm infant behavior (APIB). In: FITZGERALD, H. E.; LESTER, B. M.; YOGMAN, M. W. (Ed.). **Theory and research in behavior pediatrics**. New York: Plenum Press, 1982. p. 74-75.

ARAÚJO, N. M. **Uso de vaselina líquida na região perineal durante o parto normal**. 2004. 111 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

ARVEDSON, J. C.; BRODSKY L. **Pediatric swallowing and feeding assesment and development**. San Diego: Singular, 1993.

BILGEN, H. et al. Comparison of sucrose, expressed breast milk, and breast-feeding on neonatal response to heel prick. **J. Pain**, v. 2, p. 301-305, 2001.

BOCARDI, M. I. C. **Assistência pré-natal na adolescência: concepções das adolescentes e dos profissionais da saúde**. 2004. 164 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

BOCCOLINI, C. S. et al. Fatores que interferem no tempo entre o nascimento e a primeira mamada. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 11, p. 2681-2694, 2008.

BRANCO, A. et al. Valor e variações da frequência fundamental no choro de dor de recém-nascidos. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 529-535, out./dez. 2006.

BRASIL. Resolução-rdc nº 36, de 3 de junho de 2008. Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru: manual do curso**. Brasília, DF, 2002

_____. Ministério da Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 1996.

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

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

BRAZELTON, B. T. **O desenvolvimento do apego: uma família em formação.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

CADWELL, K. Latching-on and suckling of the healthy term neonate: breastfeeding assessment. **J. Midwifery Womens Health**, Silver Spring, v. 52, n. 6, p. 638-642, 2007.

CARRASCOZA, K. C.; COSTA, J. A. L.; MORAES, A. B. A. Fatores que influenciam o desmame precoce e a extensão do aleitamento materno. **Estud. Psicol.**, Campinas, v. 4, n. 2, p. 433-440, 2005.

CARVALHES, M. A. B. L.; CORRÊA, C. R. H. Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante aplicação de protocolo. **J. Pediatr.**, v. 19, n.1, p. 13-20, 2003.

CASTRAL, T. C. **O contato materno pele a pele no alívio da dor em prematuros durante o teste do pezinho.** 2007. 161 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

CASTRAL, T. C. et al. The effects of skin-to-skin contact during acute pain in preterm newborns. **Eur. J. Pain**, v. 12, n. 4, p. 464-471, 2008.

CASTRO, J. C. **Parto humanizado na percepção dos profissionais de saúde envolvidos com a assistência ao parto.** 2003. 126 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

CHRISTENSSON, K. et al. Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. **Acta Paediatr.**, n. 81, p. 488-492, 1992.

CHRISTENSSON, K. et al. Separation distress call in the human neonate in the absence of maternal body contact. **Acta Paediatr.**, v. 84, p. 468-473, 1995.

COLACIOPPO, P. M. **Anestesia local no reparo do trauma perineal no parto normal: estudo comparativo da eficácia da solução anestésica com e sem vasoconstritor.** 2005. 104 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

CREGER, P. J.; BROWNE, J. V. **Developmental interventions for preterm and high-risk infants.** Denver: Therapy Skill Builders, 1995.

CRESCÊNCIO, E. P.; ZANELATO, S.; LEVENTHAL, L. C. Avaliação e alívio da dor no recém-nascido. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 11, n. 1, p. 64-69, 2009.

CRUZ, D. C. S.; SUMAN, N. S.; SPÍNDOLA, T. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 690-697dez. 2007.

- CUNHA, A. A. Analgesia e anestesia no trabalho de parto e parto. **FEMINA**, v. 38, n. 11, p. 559-566, 2010.
- DESPRATS, R. et al. Maternal and umbilical cord concentrations of fentanyl after epidural analgesia for cesarean section. **Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.**, v. 42, n. 2, p. 89-94, 1991.
- DEWEY, K. G. Maternal and fetal stress are associated with impaired lactogenesis in humans. **J. Nutr.**, n. 131, p. 3012-3015, 2001.
- DIAS, I. M. V. **Apego mãe e filho: bases para assistência de enfermagem neonatal**. 2000. 152 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.
- ENNING, C. **O parto na água: um guia para pais e parteiras**. Co-autoria e tradução de Heinz Roland Jakobi. São Paulo: Manole, 2000.
- FAQUINELLO, P.; HIGARASHI, I. H.; MARCON, S. S. O Atendimento humanizado em unidade pediátrica: percepção do acompanhante da criança hospitalizada. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 609-616, 2007.
- FRANCISCO, A. A. et al. Avaliação e tratamento da dor perineal no pós-parto vaginal. **Acta Paul. Enferm.**, v. 24, n. 1, p. 94-100, 2011.
- GLASS, R. P.; WOLF, L. S. A global perspective on feeding assessment in the neonatal intensive care unit. **Am. J. Occup. Ther.**, v. 48, n. 6, p. 514-526, 1994.
- GOMES, K. **Intervenções obstétricas realizadas durante o trabalho de parto e parto, em uma maternidade de baixo risco obstétrico na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo**. 2011. 142 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.
- HODNETT, E. D. et al. Continuous support for woman during childbirth. **Cochrane Library**, Oxford, v. 4, n. 72, 2007.
- KLAUS, H. M.; KENNEL, H. J. Assistência aos pais. In: KLAUS, H. M.; FANAROFF, A. A. **Alto risco em neonatologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. p. 139-155.
- LARGURA, M. **Assistência ao parto no Brasil - aspectos espirituais, psicológicos, biológicos e sociais**. São Paulo, 2000.
- LEITE, A. M. **Efeitos da amamentação materna sobre as respostas de estresse relacionadas à dor durante a coleta de sangue para o teste do pezinho em recém-nascidos a termo**. 2005. 153 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.
- LEITE, A. M. et al. Effects of breastfeeding on pain relief in full-term newborns. **Clin. J. Pain**, v. 25, n. 9, p. 827-832, 2009.
- MADEIRA, I. R.; AQUINO, L. A. Problemas de abordagem difícil: “não come” e “não dorme”. **J. Pediatr.**, v. 79, n. 1, p. 120-127, 2003.

MAMEDE, F. V.; MAMEDE, M. V.; DOTTO, L. M. G. Reflexões sobre a deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto. **Esc Anna Nery R Enferm**, v. 11, n. 2, p. 301-306, 2007.

MAMEDE, F. V. **O efeito da deambulação na fase ativa do trabalho de parto**. 2005. 100 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

MATEI, E. M. et al. Parto humanizado: um direito a ser respeitado. **Cadernos - Centro Universitário São Camilo**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 16-26, 2003.

MONTEIRO, J. C. S. **Análise da percepção da nutriz sobre o leite produzido e a satisfação da criança durante o aleitamento materno exclusivo**. 2008. 120 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

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 Paul. Enferm.**, v. 19, n. 4, p. 427-432, 2006.

MORAES, J. F.; GODOI, C. V. C.; FONSECA, M. R. C. C. Fatores que interferem na assistência humanizada ao parto. **Rev. Saúde**, v. 8, n. 19, p. 13-19, 2006.

MORAIS, A. E. P.; THONSOM, Z. Manejo clínico da amamentação no domicílio. In : ISSLER, H. **O aleitamento materno no contexto atual: políticas, práticas e bases científicas**. São Paulo: Sarvier, 2008. p. 330-334.

MOURA, F. M. J. S. P. et al. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 60, n. 4, p. 452-455, 2007.

NAKANO, A. M. S. et al. O acompanhante durante o processo de parturição: a visão do acompanhante. **Acta Paul. Enferm.**, v. 20, n. 2, p. 7, 2007.

NEME, B. **Obstetrícia básica**. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 2000.

ODENT, M. **A cientificação do amor**. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Guia do treinador aconselhamento em amamentação: um curso de treinamento**. Genebra, 1997.

_____. **Maternidade segura: assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra, 1996.

PASANEN, M.; PELKONEN, O. Human placental xenobiotic and steroid biotransformations catalyzed by cytochrome P450, epoxide hydrolase, and glutathione S-transferase activities and their relationships to maternal cigarette smoking. **Drug Metab. Rev.**, v. 21, n. 3, p. 427-461, 1990.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

PINTO, C. M. S.; HOGA, L. A. K. Implantación del proyecto de inserción del acompañante en el parto: experiencias de los profesionales. **Cienc. Enferm.**, v. 10, n. 1, p. 57-66, 2004.

PINTO, T. V. Promoção, proteção, e apoio ao aleitamento materno na comunidade: revisão das estratégias no período pré natal e após a alta. **Arq. Med.**, Porto, v. 22, n. 2/3, p. 57-68, 2008.

PRECTHEL, H. F. R. The behavioral states of the newborn infant (a review). Duidenvoorde Lecture presented at the 5th Annual Meeting of the European Brain and Behavior Society, Rotterdam, 4th September 1973. **Brain Res.**, Amsterdam, v. 76, p. 185-212, 1974.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE-RIPSA. **Indicadores e dados básicos para a saúde no Brasil- 2007**. Brasília: OPAS, 2007. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2007/tema.pdf>. Acesso em: 20 set. 2012

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE-RIPSA. **Indicadores e dados básicos para a saúde no Brasil- 2009**. Brasília: OPAS, 2009. Disponível em: : <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2009/tema.pdf> Acesso em: 20 set. 2012.

REYNOLDS, F. Placental transfer of drugs. **Curr. Anaesth. Crit Care.**, v. 2, p. 108-116, 1991.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria da Saúde. **Nascidos vivos, Ribeirão Preto-SP**, 2011. Disponível: <http://www.coderp.com.br/cgi-bin/dh?tabnet26/sinasc/nasc2000.def>. Acesso em: 23 set. 2012.

RIGHARD, L.; ALADE M. O. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. **Lancet**, v. 336, p. 1105-1107, 1990.

SANCHES, M. T. C. Manejo clínico das disfunções orais na amamentação. **J Pediatr**, v. 80, n. 5, p. 155-162, 2004.

SANTOS, F. R. P.; TYRRELL, M. A. R. Assistência à mulher no pré parto e parto. **Esc. Anna Nery**, Cidade, v. 9, n. 1, p. 46-53, 2005.

SCHNECK, C. A. **Intervenções obstétricas no centro de parto normal do hospital geral de Itapeccerica da Serra Seconci-on: estudo descritivo**. 2004. 130 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

SILVA, A. C. T. O. **Efeito da amamentação e do contato pele-a-pele no alívio da dor de recém-nascidos a termo durante a administração da vacina contra Hepatite B**. 2010. 106 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

SILVA, B. T.; SANTIAGO, L. B.; LAMONIER, J. A. Apoio paterno ao aleitamento materno: uma revisão integrativa. **Rev. Paul. Pediatr.**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 122-130, 2012.

SLEUTEL, M.; GOLDEN, S. S. Fasting in labor: relief or requirement. **J. Obstet. Gynecol. Neonat. Nurs.**, v. 28, p. 507-512, 1999.

SOUZA, L. M. B. M. **Promoção, proteção e apoio:** apoio? Representações sociais em aleitamento materno. 1996. 138 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1996.

STARRS, A. **Preventing the tragedy of maternal deaths:** a report on the International Safe Motherhood Conference, Nairobi, Kenya, February 1987. Nairobi: World Bank, 1987.

STORTI, J. P. L. **O papel do acompanhante no trabalho de parto:** expectativas e vivências do casal. 2004. 103 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

TORCATA, A.; GUALDA, D. M. R. Práticas comprovadamente úteis e que devem ser estimuladas durante o trabalho de parto e parto, que estão sendo realizadas por enfermeiras obstétricas: revisão da literatura. **Rev. Tec.-cientif. Enf.**, v. 25, n. 8, p. 152-159, 2010.

VENÂNCIO, S. I.; ALMEIDA, H. Método mãe canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. 173-180 nov. 2004.

VENTURA, W. P. Preparando-se para amamentar: no pré-natal e na sala de partos. In: REGO, J. D. **Aleitamento materno:** um guia para pais e familiares. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 33-46.

VENTURINI, D. A.; MARTINS, D. A. Cuidando e confortando a dor dos neonatos: relato de experiência da enfermagem. **Arq. Apadec**, v. 8, 220-227, 2004. Suplemento.

VINHA, V. H. P. **O livro da amamentação.** São Paulo: CLR Balieiro, 2002.

WARNOCK, F. An ethogram of neonatal distress behavior in response to acute pain (newborn male circumcision). **Inf. Behav. Develop.**, v. 26, p. 398-420, 2003.

WONG, D. L. Perspectivas da enfermagem pediátrica. In: WONG, D. L. **Whaley & Wong enfermagem pediátrica:** elementos essenciais à intervenção efetiva. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. Cap. 1, p. 1-17.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Infant and young child feeding:** a tool for assessing breastfeeding practices, policies and programs. Geneva, 2003.

ZAR, J. **Biostatistical analysis.** 4th ed. New Jersey: Upper Saddle River, 1999.

Anexos

Anexo 1

Aprovação da Comissão de Pesquisa do Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto-Mater**COMISSÃO DE PESQUISA DO CENTRO DE REFERÊNCIA DA SAÚDE DA MULHER DE RIBEIRÃO PRETO - MATER**

Ref.: Projeto de Pesquisa: Condução do parto e nascimento: repercussões na primeira mamada do recém-nascido em alojamento conjunto.

Nº 007/2010

Fernanda Luciana Calegari

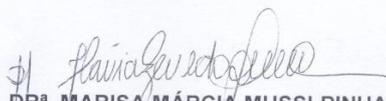
Prezado Pesquisador (a)

Informamos que o seu projeto foi avaliado pela Comissão de Pesquisa Clínica do CRSM-Mater no dia 29/06/2010 e considerado **aprovado** para realização nessa instituição.

Lembramos que essa aprovação pressupõe o cumprimento das seguintes necessidades:

- 1- Apresentação do parecer do CEP antes do início da abordagem de potenciais sujeitos para o estudo
- 2- Apresentação de relatórios parciais (Anexo 3), semestralmente, indicando o andamento da pesquisa.
- 3- Apresentação de relatório final de pesquisa (Anexo 3) que deverá ser acompanhado de um resumo estruturado da mesma (uma lauda, contendo introdução, métodos, resultados e conclusões) para a documentação do projeto de pesquisa junto ao CRSM-Mater

Atenciosamente,


DRª. MARISA MÁRCIA MUSSI-PINHATA

Vice-Presidente da Comissão de Pesquisa do Centro de Referência da Saúde da Mulher

Anexo 2

Aprovação do Comitê



Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 51 3502.3182 - 55 16 3902 3361 - Fax: 55 16 3902.0515
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of. CEP-EERP/USP – 067/2011

Ribeirão Preto, 16 de março de 2011.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 136ª Reunião Ordinária, realizada em 16 de março de 2011.

Protocolo: nº 1219/2010

Projeto: Condução do parto e nascimento: Repercussões na primeira mamada do recém nascido em alojamento conjunto.

Pesquisadores: Adriana Moraes Leite
Fernanda Luciana Calegari

Em atendimento à Resolução 195/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Prof. Dr. Adriana Moraes Leite
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

Anexo 3

Formulário de observação da mamada da Organização Mundial da Saúde, 1997

Sinais de que a amamentação vai bem	Sinais de possíveis dificuldades
<p>POSTURA CORPORAL</p> <p><input type="checkbox"/> Mãe relaxada e confortável</p> <p><input type="checkbox"/> Bebê próximo, de frente para o seio</p> <p><input type="checkbox"/> Cabeça e corpo do bebê em linha</p> <p><input type="checkbox"/> Queixo do bebê tocando o seio</p> <p><input type="checkbox"/> (Nádegas do bebê apoiadas)</p> <p><input type="checkbox"/> Mãe segura o seio em forma de C</p>	<p><input type="checkbox"/> Ombros tensos, deita sobre o bebê</p> <p><input type="checkbox"/> Bebê longe da mãe</p> <p><input type="checkbox"/> Pescoço do bebê torcido</p> <p><input type="checkbox"/> Queixo do bebê não toca o seio</p> <p><input type="checkbox"/> (Só o ombro ou cabeça apoiado)</p> <p><input type="checkbox"/> Mãe segura o seio em forma de tesoura</p>
<p>RESPOSTAS</p> <p><input type="checkbox"/> Bebê procura o seio, se faminto</p> <p><input type="checkbox"/> (Bebê roda e busca o seio)</p> <p><input type="checkbox"/> Bebê explora o seio com a língua</p> <p><input type="checkbox"/> Bebê calmo e alerta no seio</p> <p><input type="checkbox"/> Sinais de ejeção do leite (vazamento; cólica uterina)</p>	<p><input type="checkbox"/> Nenhuma resposta ao seio</p> <p><input type="checkbox"/> Não busca o seio</p> <p><input type="checkbox"/> Bebê não interessado no seio</p> <p><input type="checkbox"/> Bebê inquieto ou chorando</p> <p><input type="checkbox"/> Bebê escorrega do seio</p> <p><input type="checkbox"/> Não há sinais de saída de leite</p>
<p>VINCULO EMOCIONAL</p> <p><input type="checkbox"/> Carrega de forma segura e confiante</p> <p><input type="checkbox"/> Atenção da mãe face a face</p> <p><input type="checkbox"/> Muito toque materno</p>	<p><input type="checkbox"/> Nervosa ou carrega vacilante</p> <p><input type="checkbox"/> Contato olho no olho ausente</p> <p><input type="checkbox"/> Pouco toque ou</p> <p><input type="checkbox"/> Sacolejando o bebê</p>
<p>ANATOMIA</p> <p><input type="checkbox"/> Seios macios após a mamada</p> <p><input type="checkbox"/> Mamilos exteriorizados, protrácteis</p> <p><input type="checkbox"/> Pele parece saudável</p> <p><input type="checkbox"/> Seios parecem redondos na mamada</p>	<p><input type="checkbox"/> Seios ingurgitados</p> <p><input type="checkbox"/> Mamilos planos ou invertidos</p> <p><input type="checkbox"/> Fissuras ou vermelhidão da pele</p> <p><input type="checkbox"/> Seios parecem estirados ou caídos</p>
<p>SUCÇÃO</p> <p><input type="checkbox"/> Boca bem aberta</p> <p><input type="checkbox"/> Lábio inferior virado para fora</p> <p><input type="checkbox"/> Língua acoplada em torno do seio</p> <p><input type="checkbox"/> Bochechas redondas</p> <p><input type="checkbox"/> Mais aréola acima da boca do bebê</p> <p><input type="checkbox"/> Sugadas lentas e profundas, ruídos e pausas</p> <p><input type="checkbox"/> Pode-se ver ou ouvir a deglutição</p>	<p><input type="checkbox"/> Boca pouco aberta, aponta para frentes</p> <p><input type="checkbox"/> Lábio inferior virado para dentro</p> <p><input type="checkbox"/> Língua do bebê não visível</p> <p><input type="checkbox"/> Bochechas tensas ou para dentro</p> <p><input type="checkbox"/> Mais aréola abaixo da boca do bebê</p> <p><input type="checkbox"/> Apenas sugadas rápidas</p> <p><input type="checkbox"/> Ouve-se ruídos altos</p>
<p>TEMPO GASTO NA SUCÇÃO</p> <p><input type="checkbox"/> Bebê solta o seio</p> <p><input type="checkbox"/> Bebê sugou por ___ minutos</p>	<p><input type="checkbox"/> Mãe retira o bebê do seio</p>

Apêndices

Apêndice 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Fernanda Luciana Calegari, mestranda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sob a orientação da Profa. Dra. Adriana Moraes Leite, convido a Sra e o seu bebê a participarem da pesquisa cujo título é **“Condução do parto e nascimento: repercussões na primeira mamada do recém-nascido em alojamento conjunto”** que será realizada no Centro de Referência da Saúde da mulher de Ribeirão Preto-MATER. O objetivo deste estudo é identificar se há uma relação entre o quanto o bebê mama na primeira mamada no alojamento conjunto, com o que foi realizado durante o parto e o nascimento.

O bebê e você serão filmados no alojamento conjunto, cinco minutos antes de iniciar a amamentação e durante toda a primeira mamada, para que seja avaliada a mamada a partir da observação dos seus comportamentos e do seu bebê. Antes de iniciar a amamentação a pesquisadora irá ajudá-la na sua posição de modo que se sinta confortável e relaxada para amamentar.

Caso você sinta algum constrangimento ou desconforto no momento em que você o e bebê estiverem sendo filmados, você terá a liberdade de nos comunicar para que assim possamos atendê-la em suas necessidades, e se caso você quiser parar com a filmagem, esta será finalizada assim que você nos pedir. As filmagens serão realizadas e assistidas apenas por mim, uma auxiliar de pesquisa e minha orientadora. Esclareço que algumas informações sobre o trabalho de parto e parto que estiverem no seu prontuário serão também analisadas e será mantido o segredo de todas as informações e imagens.

Informo que você terá a garantia de acesso, em qualquer etapa do estudo para esclarecimento de eventuais dúvidas na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Av.Bandeirantes, 3900- Monte Alegre. CEP:14040-902-Sala 54. Nosso telefone é 3602-0533 e o e-mail para contato é fernanda_calegari@hotmail.com. Também é garantida a liberdade de deixar de participar do estudo a qualquer momento sem qualquer prejuízo. Não existirão despesas financeiras em qualquer fase do estudo.

Os dados coletados serão utilizados somente para pesquisa e os resultados serão mostrados através de revistas especializadas e/ou em encontros científicos, sem nunca tornar possível sua identificação. O presente termo de consentimento consta de duas vias ficando uma com o pesquisador e a outra com você ou seu representante legal.

Acredito que as informações que li ou que foram lidas para mim descrevendo este estudo foi suficiente para o meu entendimento. Ficaram claros para mim quais são os objetivos do estudo, os procedimentos a serem realizados, a garantia de segredo e esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que eu não terei gastos ao participar do estudo e que tenho acesso aos resultados. Concordo voluntariamente em participar deste estudo, e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento sem penalidade ou prejuízo de qualquer natureza.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 20____.

Participante do estudo

Fernanda Luciana Calegari

Apêndice 2

COMPOR TAMENT OS	0-2 min	2-4 Min	4-6 Min	6-8 min	8-10 Min	Estado predomina nte
	30s/30s	30s/30s	30s/30s	30s/30s	30s/30s	
Sono Profundo SP						SP SA S AQ AA C
Sono Ativo AS						
Sonolento S						
Alerta Quieto AQ						
Alerta Ativo AA						
Choro C						
Comportamento predominante no intervalo de tempo (2 minutos)						

Apêndice 3
Formulário para coleta dos dados

Data: ____/____/____ n^o:
Nome da Mãe: _____

1. DADOS SOCIODEMÓGRÁFICOS:

Data de nascimento: ____/____/____
Estado civil: _____
Escolaridade: _____
Procedência: _____
Trabalha Sim () Não ()
Ocupação: _____

2. DADOS RELACIONADOS AO TRABALHO DE PARTO/PARTO:

Pré-Natal : Sim () Não () n^o de consultas: _____
Intercorrências na gestação? Sim() Não()
Se sim, qual? _____
Início do trabalho de parto: _____h
Analgesia: Sim() Não () Dilatação cervical: _____ Horário: _____h
Repique (2^a analgesia): Sim() Não () Dilatação cervical: _____ Horário: _____h
Período expulsivo (A partir de 10 cm de dilatação):
Início: ____h; Término (hora do nascimento): _____h
Presença de acompanhante: Sim () Não ()

3. DADOS DO RECÉM-NASCIDO:

Data do nascimento: ____/____/____ Sexo: M() F() Apgar:
____/____
Peso: _____ Estatura: _____
Aspecto do líquido amniótico: LCCG () Mec. Fluído () Mec. Espesso ()
Aspiração de VAS: Sim () Não ()
Transferência ao alojamento conjunto- Horário _____h
Início da mamada em alojamento conjunto- Horário _____h

Apêndice 4 QUESTIONÁRIO

- 1) **FOME** () sim () não
Qual foi a ultima vez que você comeu? Aonde? O que vc comeu? Há quanto tempo?

- 2) **SEDE** () sim () não
Qual foi a ultima vez que você bebeu água? Ou outro líquido? Aonde? Há quanto tempo?

- 3) **CANSAÇO** (.) sim (.) não
Sente-se cansada?

- 4) **DOR** () sim () não
Sente alguma dor?

- 5) **SONO** () sim () não
Está sentindo sono?
Quando dormiu pela última vez? Quantas horas? Aonde?

- 6) **CONTATO PELE A PELE: Sim () Não ()**
Assim que o bebê nasceu, colocaram ele (a) em contato pele a pele em você?

- 7) **ALEITAMENTO PRECOCE EM SALA DE PARTO: Sim () Não ()**
Ele (a) mamou em você assim que nasceu?

EXAME FÍSICO

- 1) **PRESENÇA DE COLOSTRO ANTES DA MAMADA () sim () não**

- 2) **PRESENÇA DE COLOSTRO APÓS A MAMADA () sim () não**