

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MONISE MARTINS DA SILVA

Contato precoce e aleitamento materno na sala de parto na concepção dos profissionais de  
saúde

RIBEIRÃO PRETO  
2014

MONISE MARTINS DA SILVA

Contato precoce e aleitamento materno na sala de parto na concepção dos profissionais de saúde

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

Linha de Pesquisa: Assistência à saúde da mulher no ciclo vital

Orientadora: Profa. Dra. Juliana Cristina dos Santos Monteiro

RIBEIRÃO PRETO  
2014

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.

Silva, Monise Martins da

Contato precoce e aleitamento materno na sala de parto na concepção dos profissionais de saúde. Ribeirão Preto, 2014.

124 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de Concentração: Enfermagem Saúde Pública.

Orientadora: Juliana Cristina dos Santos Monteiro

1. Amamentação.
2. Pessoal de saúde.
3. Serviços de saúde.
4. Saúde materno-infantil.

SILVA, Monise Martins da

Contato precoce e aleitamento materno na sala de parto na concepção dos profissionais de saúde

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

Aprovado em     /     /

Comissão Julgadora

Prof. Dr.: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Prof. Dr.: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Prof. Dr.: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

## *DEDICATÓRIA*

*À minha família, Sirlei, Clarice, Nilton, Doca, Eliane, Igor, Bianca e Brenda pelo apoio incondicional durante esta trajetória e por acreditarem no meu potencial, torcendo pelo meu sucesso.*

*Aos amigos e pessoas especiais que fizeram a diferença e que sempre incentivaram e contribuíram na vida pessoal e na conquista deste título.*

## *AGRADECIMENTOS*

*A Deus, pela dádiva de viver e por dar-me força, discernimento e sabedoria para concluir esta etapa, superando todos os obstáculos surgidos nesta caminhada.*

*À minha família, por ser a minha estrutura, pelas orações, dedicação, me conduzindo por caminhos seguros e sempre prontos para me acalantar nos momentos difíceis durante esta etapa.*

*Ao meu namorado, pelo apoio, paciência e carinho, incentivando as minhas conquistas e torcendo pelo meu sucesso.*

*À querida Profa. Dra. Juliana Cristina dos Santos Monteiro, minha orientadora, grande educadora, exemplo de profissional e ser humano, por me conduzir na construção desta dissertação com toda dedicação e paciência.*

*Às professoras Dra. Ana Márcia Spanó Nakano e Dra. Juliana Stefanello, pelas contribuições no exame de qualificação.*

*À minha querida amiga Daniela Vitti Ribeiro da Silva, pela sincera amizade que construímos durante este tempo, pelo apoio e pela força nos momentos que mais precisei durante a Pós-Graduação e em Ribeirão Preto.*

*Aos queridos amigos de Ribeirão Preto e de Passos, pela alegria e pelo carinho, tornando o percurso mais leve.*

*Ao querido “Clã da Ju Monteiro” pela convivência, pelo carinho e por ter proporcionado momentos de discussões enriquecedoras para meus conhecimentos e de alegrias. Vocês são especiais e inesquecíveis!*

*À Santa Casa de Misericórdia de Passos, especialmente ao Centro Obstétrico, pela receptividade carinhosa durante minha presença na instituição.*

*Aos profissionais de saúde participantes deste estudo que contribuíram para a construção do meu conhecimento, no decorrer das observações e das entrevistas.*

*Enfim a todos que, de alguma forma, contribuíram para a conquista deste título.*

*“Cada um tem de mim exatamente o que  
cativou, e cada um é responsável pelo que  
cativou, não suporto falsidade e mentira,  
a verdade pode machucar, mas é sempre  
mais digna. Bom mesmo é ir à luta com  
determinação, abraçar a vida e viver com  
intensidade. Perder com classe e vencer  
com ousadia, pois o triunfo pertence a  
quem mais se atreve e a vida é muito para  
ser insignificante. Eu faço e abuso da  
felicidade e não desisto dos meus sonhos.  
O mundo está nas mãos daqueles que têm  
coragem de sonhar e correr o risco de viver  
seus sonhos”.*

*Charles Chaplin*

## RESUMO

SILVA, M. M. **Contato precoce e aleitamento materno na sala de parto na concepção dos profissionais de saúde.** 2014. 124 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

Para a promoção, proteção e apoio à amamentação, as instituições que aderem à Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) adotam os chamados “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno”. O quarto passo da IHAC consiste em ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno, na primeira meia hora após o nascimento, ainda na sala de parto. O presente estudo tem como objetivo analisar as práticas dos profissionais de saúde relacionadas à assistência às mulheres e aos recém-nascidos, durante a realização do contato precoce e amamentação, na primeira meia hora após o parto, no contexto de um Hospital Amigo da Criança. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa que permitiu a compreensão da subjetividade expressa nos discursos dos participantes, sem romper com o contexto onde eles estavam inseridos. A presente pesquisa foi realizada na maternidade da Santa Casa de Misericórdia, no município de Passos-MG. Participaram deste estudo 21 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e psicóloga) que atuavam no Centro Obstétrico da Santa Casa e que concordaram em participar, após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O número de participantes foi determinado pela saturação dos dados. Os dados foram coletados no período de julho a outubro de 2013, por meio de observação, durante o momento do parto e pós-parto imediato, e de entrevistas semiestruturadas com os profissionais de saúde. Os dados foram analisados considerando-se os registros das observações e das falas dos entrevistados, através do método de interpretação de sentidos. A análise dos dados permitiu a identificação de unidades temáticas que convergiram para quatro categorias: a concepção e a prática do contato precoce pelos profissionais de saúde; contribuições da mulher no contato precoce e aleitamento materno na visão dos profissionais; fatores que implicam no processo do contato precoce e aleitamento materno, na sala de parto; e o modelo assistencial no processo do contato precoce e aleitamento materno, na sala de parto. Evidenciou-se que os participantes demonstraram conhecimento quanto à prática do contato pele a pele precoce e da amamentação na primeira meia hora pós-parto, no entanto, não foi verificada a efetivação desta prática pelos mesmos. Os participantes consideram a mulher como passiva na realização desta prática. Identificam fatores facilitadores e dificultadores para a realização do contato precoce, porém não utilizam as estratégias que poderiam facilitar a prática. O modelo assistencial é centrado em questões técnicas e biologicistas, e a assistência durante o período intraparto ocorre de maneira mecânica e fragmentada, seguindo-se as rotinas hospitalares sem a reflexão sobre o processo de trabalho, o que incide também na realização do 4º passo da IHAC. Considera-se necessário o maior envolvimento de todos os profissionais de saúde, de forma que reflitam sobre as vantagens e a reorganização da prática e da rotina hospitalar existente, com a finalidade de se concretizarem as ações preconizadas pelo contato precoce e amamentação, na primeira hora pós-parto, favorecendo assim a melhoria das taxas de aleitamento materno e, conseqüentemente, a melhoria da saúde materno-infantil.

**Palavras-chave:** Amamentação. Pessoal de saúde. Serviços de saúde. Saúde materno-infantil.



## ABSTRACT

SILVA, M. M. **Early Contact and Breast-feeding in the childbirth room according to the health professionals' concept**. 2014. 124 f. Dissertation (Master's degree) – School of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

In order to get breastfeeding promotion, protection and support, institutions which adhere to the Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI) adopt the so-called “Ten steps for the breastfeeding success”. The fourth step of the BFHI consists in helping the mothers to begin the breastfeeding half an hour after the delivery, still in the delivery room. The objective of this study is to analyze the health professionals' practices regarding the mothers' and newborn babies' assistance, during the early contact and breastfeeding in the first half hour after delivery according to the reality of Baby Friendly Hospital. It is a qualitative approach study, which allowed the comprehension of the participants' speech subjectivity, without breaking with the context they were inserted. The study was conducted at Santa Casa de Misericórdia de Passos-MG. Twenty-one health professionals (doctors, nurses, nurse technicians and assistants, and a psychologist) who worked at the Obstetric Center at Santa Casa Hospital agreed to participate, after signing the Informed Consent Form. The number of participants was determined by the saturation of data. The data were collected from July to October/2013, through observation intrapartum and early postpartum, and semi-structured interviews with the health professionals. The data were analyzed considering the notes and the interviewees' answers through the meaning interpretation method. The data analysis allowed the identification of thematic units which were converted into four categories: the conception and the early contact practice made by the health professional; the mother's contribution in the early contact and breastfeeding in the professionals' point of view; facts that are relevant when it comes to the early contact and breastfeeding in the delivery room; and the assistance model in the process of early contact and breastfeeding in the delivery room. It was evident that the participants were aware of the practices of early skin-to-skin contact and the breastfeeding in the first half hour after delivery, however, the completion of this practice was not verified. The participants consider the mother as passive during the conduction of this practice. They found easy and difficult elements to conduct the early contact, but they did not use the strategies that could make the practice easier. The assistance method is centered in technical and biological issues, and the assistance during the intrapartum period happens in a fragmented and mechanical way, following the hospital routines without any reflections about the work process, which also includes the 4<sup>th</sup> step of BFHI. It is considered necessary most involvement of all the health professional, in such a way that they can reflect about the advantages and the practice reorganization and the existing hospital routine, with the aim at finishing the actions advocated by the early contact and the breastfeeding in the first half hour postpartum, favoring thus the rate improvement of breastfeeding and, as a result, the improvement of the mother-to-child health.

**Keywords:** Breastfeeding. Health Personnel. Health services. Maternal and child health.

## RESUMEN

SILVA, M. M. **Contacto precoz y lactancia materna en la sala de parto desde el punto de vista de los profesionales de salud.** 2014. 124 f. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

Para la promoción, protección y apoyo a la lactancia, las instituciones que adhieren a la iniciativa Hospital Amigo Del Niño, utilizan los denominados “Diez pasos para el éxito de la lactancia materna”. El cuarto paso consiste en auxiliar a las madres a empezar la lactancia materna en la primera media hora que se sigue al nacimiento, aún en la sala de parto. El presente estudio tiene por objeto analizar las prácticas de los profesionales de la salud relativas al auxilio a las mujeres y recién-nacidos, mientras se dá la realización del contacto precoz y la lactación en la primera hora postparto, en el entorno de un hospital Amigo del Niño. Se trata de un estudio cualitativo, que permite la comprensión de la subjetividad que se manifiesta en los discursos de los participantes de la investigación, sin intervenir en los contextos en los que estaban insertados. La presente investigación se realizó en la maternidad de la Santa Casa de Misericórdia del pueblo de Passos-MG. Han participado de este estudio 21 profesionales de la salud (médicos, enfermeros, técnicos y asistentes de enfermería y una psicóloga), que actuaban en el Centro de Tocología de la Santa Casa y estuvieron de acuerdo en formar parte de esta investigación, naturalmente después de firmar el “Término de Consentimiento Libre e Informado”. El número de participantes fue determinado por la saturación de los datos. Se han colectado los datos, en el período de julio a octubre de 2013, por la observación del momento del parto y del postparto inmediato, y de entrevistas semi-estructuradas a los profesionales de la salud. Se analizaron los datos teniendo en cuenta los registros de las observaciones y del discurso de los entrevistados, utilizándose el método de interpretación de sentidos. El análisis de los datos ha permitido la identificación de unidades temáticas que confluyeron hacia cuatro categorías: la concepción y la práctica del contacto precoz por los profesionales de salud; contribuciones de la mujer en el contacto precoz y lactancia materna, desde el punto de vista de los profesionales; elementos que implican en el proceso de contacto precoz y lactancia materna en la sala de parto; y el modelo de asistencia en el proceso del contacto precoz y lactancia materna, en la sala de parto. Se evidenció que los participantes han demostrado conocer la práctica del contacto piel a piel previo y de la lactancia en la primera media hora, postparto, sin embargo, no se verificó la aplicación de esta práctica por aquellos profesionales. Los participantes consideran que la mujer es pasiva en la realización de esta práctica. Han identificado elementos de facilitación y elementos dificultadores para la realización del contacto precoz, sin embargo, no utilizan las estrategias que les podrían facilitar la práctica. El modelo de asistencia está basado en cuestiones técnicas y biologicistas, y la asistencia en el momento del parto se dá de manera mecánica y fragmentada, según rutinas hospitalarias, sin que se reflexione sobre el proceso de trabajo, lo que influye también en la realización del cuarto paso de la IHAC. Se considera necesario una mayor participación de todos los profesionales de salud, de modo que reflexionen sobre las ventajas y la reorganización de la práctica y de la rutina hospitalaria actual, con tal de que se concreten las acciones preconizadas por el contacto precoz y lactancia en la primera media hora postparto, propiciando, de este modo, la mejoría de las tasas de lactancia materna y, en consecuencia, la mejoría de la salud materno-infantil.

**Palabras clave:** Lactancia materna. Personal de salud. Servicios de salud. Salud materno-infantil.

## LISTA DE QUADROS

- Quadro 1 - Perfil dos participantes da observação segundo idade, categoria profissional, tempo de formação, tempo de trabalho na instituição e realização do curso da IHAC..... 49
- Quadro 2 - Perfil dos participantes da entrevista segundo idade, categoria profissional, tempo de formação, tempo de trabalho na instituição e realização do curso da IHAC..... 51

## LISTA DE SIGLAS

|         |  |
|---------|--|
| AM      | Aleitamento Materno  |
| AME     | Aleitamento Materno Exclusivo  |
| AMEG    | Associação dos Municípios do Médio Rio Grande  |
| CO      | Centro Obstétrico  |
| ENPACS  | Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável                                 |
| ANVISA  | Agência Nacional de Vigilância Sanitária   |
| FAPEMIG | Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais  |
| HAC     | Hospital Amigo da Criança  |
| IBFAN   | <i>International Baby Food Action Network</i> (Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar) |
| IBGE    | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  |
| IHAC    | Iniciativa Hospital Amigo da Criança   |
| IM      | Intramuscular  |
| IUBAAM  | Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação   |
| NBCAL   | Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes                                      |
| OMS     | Organização Mundial de Saúde   |
| PHPN    | Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento   |
| PNIAM   | Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno  |
| PROMAI  | Programa Materno-Infantil  |
| PSF     | Programa de Saúde da Família   |
| REHUNA  | Rede de Humanização do Parto e Nascimento  |
| SMAM    | Semana Mundial de Amamentação  |
| SUS     | Sistema Único de Saúde   |
| TCLE    | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido   |
| UEMG    | Universidade Estadual de Minas Gerais  |
| UNICEF  | Fundo das Nações Unidas para a Infância  |
| UPA     | Unidade de Pronto-Atendimento  |
| WABA    | <i>World Alliance for Breastfeeding Action</i> (Aliança Mundial de Ações Pró-Amamentação)            |

## SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>APRESENTAÇÃO .....</b>   | <b>15</b> |
| <b>1 INTRODUÇÃO .....</b>   | <b>18</b> |
| <b>2 OBJETIVOS .....</b>  | <b>26</b> |
| 2.1 Objetivo geral .....  | 26        |
| 2.2 Objetivos específicos .....   | 26        |
| <b>3 MARCO TEÓRICO.....</b>   | <b>28</b> |
| 3.1 Iniciativa Hospital Amigo da Criança .....  | 33        |
| 3.2 Humanização do parto e nascimento .....   | 35        |
| 3.3 O processo de trabalho e a atuação dos profissionais junto ao binômio mãe e filho, durante a prática do aleitamento materno ..... | 38        |
| <b>4 MÉTODOS.....</b>   | <b>42</b> |
| 4.1 Local do estudo.....  | 42        |
| 4.2 Participantes do estudo .....   | 44        |
| 4.3 Procedimentos .....   | 44        |
| 4.4 Análise dos dados .....   | 46        |
| 4.5 Aspectos éticos da pesquisa.....  | 46        |
| <b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>   | <b>48</b> |
| 5.1 Sobre os participantes do estudo .....  | 48        |
| 5.2 A concepção e a prática do contato precoce pelos profissionais de saúde .....   | 55        |
| 5.3 Contribuições da mulher no contato precoce e aleitamento materno, na visão dos profissionais de saúde.....                        | 61        |
| 5.4 Fatores que implicam no processo do contato precoce e aleitamento materno, na sala de parto .....                                 | 66        |
| 5.5 Modelo assistencial no processo do contato precoce e aleitamento materno, na sala de parto .....                                  | 71        |
| <b>6 CONTATO PRECOCE E ALEITAMENTO MATERNO NA SALA DE PARTO, NA PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE .....</b>                        | <b>76</b> |

|  |            |
|--|------------|
| <b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>   | <b>81</b>  |
| <b>REFERÊNCIAS .....</b>   | <b>84</b>  |
| <b>APÊNDICES .....</b>   | <b>99</b>  |
| APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (para profissionais de saúde)..... | 99         |
| APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (para as parturientes).....        | 100        |
| APÊNDICE C - Roteiro para Observação em Sala de Parto.....                                 | 101        |
| APÊNDICE D - Descrição das Observações Realizadas Durante a Coleta de Dados .....          | 102        |
| <b>ANEXOS .....</b>  | <b>123</b> |
| ANEXO A - Autorização da Santa Casa de Misericórdia de Passos para a coleta de dados .     | 123        |
| ANEXO B - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa .....                                   | 124        |

---

***APRESENTAÇÃO***

## APRESENTAÇÃO

Minha trajetória acadêmica se iniciou em 2006 quando, após conhecer sobre a profissão de enfermagem, optei por fazer o curso de Bacharel em Enfermagem na Faculdade de Enfermagem de Passos-MG, da Fundação de Ensino Superior de Passos, Universidade Estadual de Minas Gerais – UEMG, decisão que foi apoiada pela minha família.

Nas aulas teóricas e práticas em várias áreas do conhecimento em Enfermagem, observei que tinha grande afinidade pela área de Saúde da Mulher. Assim, tive a oportunidade de realizar um estágio voluntário em um programa da Santa Casa de Misericórdia de Passos denominado PROMAI- Programa Materno-Infantil que, atualmente, trabalha com quatro módulos: Pré-Natal, Aleitamento Materno, Saúde da Criança e Saúde da Mulher. As atividades exercidas estavam relacionadas com o desenvolvimento de um trabalho multidisciplinar comprometido em alcançar um alto nível de qualidade em saúde do grupo materno-infantil e um conjunto de ações dirigidas para o atendimento integral da mulher e do binômio mãe e filho, proporcionando condições adequadas para a assistência humanizada. Este estágio no PROMAI permitiu um importante aprendizado na assistência humanizada à mulher, durante o ciclo gravídico-puerperal, mediante a realização das atividades voltadas para assistência da mulher e para o recém-nascido.

Também na área de Saúde da Mulher, minha primeira aproximação com a pesquisa ocorreu com a participação em um projeto de Iniciação Científica. Em 2008, desenvolvi o projeto de pesquisa “Aleitamento Materno na Sala de Parto: A Perspectiva da Mulher”, em um contexto de Hospital Amigo da Criança, sendo bolsista pela Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais – FAPEMIG, resultando no meu Trabalho de Conclusão de Curso. Em 2009, desenvolvi o projeto de extensão “Assistência à gestante e ao recém-nascido” como bolsista do PIBIC-Estadual. As atividades do projeto consistiam em: acompanhamento do pré-natal, cursos para gestantes e visitas de puerpério. As experiências que obtive nos projetos de pesquisa e de extensão permitiram um grande aprendizado em relação ao desenvolvimento de pesquisas e à importância da inserção do pesquisador no campo assistencial.

Ao terminar o curso de graduação, fiquei voluntariamente responsável pelas consultas de pré-natal, puerpério e puericultura do Programa de Saúde da Família (PSF-Escola) que é vinculado à faculdade em que me formei e continuei participando como voluntária no projeto de extensão descrito anteriormente.



Com a realização dessas atividades, tive a certeza de que era na área de Saúde da Mulher que eu queria atuar e diante das possibilidades oferecidas pela Iniciação Científica e pela apreciação da área docente, surgiu o interesse em seguir a carreira acadêmica e realizar o Mestrado.

Assim participei do processo seletivo do Mestrado, na linha de pesquisa Assistência à Saúde da Mulher no Ciclo Vital, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sendo que iniciei minhas atividades nesta pós-graduação em 2012, sob a orientação da Profa. Dra. Juliana Cristina dos Santos Monteiro que me proporcionou a oportunidade de trabalharmos juntas no desenvolvimento do projeto de pesquisa ora apresentado.

Durante minha atuação na realização da pesquisa de Iniciação Científica, foi observado que a maioria das mulheres estava iniciando a primeira mamada no alojamento conjunto e não na sala de parto, e, além disso, elas apresentavam dificuldades no processo da amamentação. Assim, surgiu a inquietação em compreender como os profissionais de saúde têm atuado junto ao binômio mãe e filho na realização do contato precoce e no aleitamento materno na primeira meia hora após o parto na sala de parto, pois isso pode influenciar a forma como irão conduzir suas ações na assistência à mulher e ao recém-nascido, durante a primeira hora após o parto.

Nesse sentido, propomos a realização deste estudo, com o objetivo de conhecer e analisar as práticas dos profissionais de saúde relacionadas à assistência às mulheres e aos recém-nascidos, durante a realização do contato precoce e amamentação na primeira meia hora após o parto, no contexto de um Hospital Amigo da Criança, tendo em vista a importância do apoio, da proteção e da promoção do aleitamento materno para evitar o desmame precoce e a morbimortalidade infantil.



## 1 INTRODUÇÃO

O aleitamento materno representa, seguramente, a melhor forma de alimentação do recém-nascido, contribuindo para a saúde das crianças e das mães, além de auxiliar no estabelecimento do vínculo entre mãe e filho e apresentar benefícios para a família e conseqüentemente para a sociedade (RAZEK; EL-DEIN, 2009; STUEBE; SCHWARZ, 2010).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que todos os bebês sejam amamentados com leite materno exclusivamente até o sexto mês de vida; depois disso o aleitamento materno deve ser complementado com outros alimentos até 2 anos ou mais (WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND, 2009). Esta recomendação também é adotada oficialmente no Brasil (BRASIL, 2002). No entanto, apesar dos benefícios solidamente descritos na literatura, em todo o mundo, apenas 35% das crianças recebem aleitamento materno exclusivo durante os primeiros seis meses de vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009). No Brasil, dados coletados em 2008 demonstraram que a prevalência do aleitamento materno exclusivo (AME) em menores de 6 meses foi de 41% no conjunto das capitais brasileiras e Distrito Federal, a duração mediana do AME foi de 54 dias e a duração mediana do aleitamento materno (AM) foi de 341,6 dias (11,2 meses) (BRASIL, 2012a). Em Passos, município do interior do Estado de Minas Gerais, dados divulgados em 2002 demonstram que a prevalência do aleitamento materno exclusivo foi de 73,7% (BRASIL, 2011).

Apesar dos reconhecidos benefícios da amamentação, ao longo do século XX esta prática ficou seriamente prejudicada, devido à desvalorização da amamentação pelos próprios profissionais de saúde, pelas práticas hospitalares inadequadas principalmente no puerpério, pressões comerciais das indústrias de leite e produtos alimentícios, mudanças no estilo de vida da mulher e falta de orientações e informações corretas sobre a amamentação (DIGIROLAMO; GRUMMER-STRAWN; FEIN, 2008; DYKES, 2011; SILVA et al., 2005).

Essa desvalorização da amamentação gerou, no início dos anos de 1990, uma visível crise de paradigma de amamentação que embasava a política estatal. Nessa época o desmame precoce persistia como preocupação para a Saúde Pública, pois poderia trazer agravos à saúde da criança por diarreias, desnutrição crônica e desidratação, aumentando os índices de morbimortalidade infantil (MONTEIRO; GOMES; NAKANO, 2006).

Nesse contexto, a implantação do Programa Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) no Brasil, a partir de 1992, representou uma forma de mobilização dos profissionais de saúde que trabalhavam em serviços obstétricos e pediátricos em favor da amamentação para mudanças em rotinas e condutas, a fim de prevenir o desmame precoce. Suas estratégias têm como objetivo promover, proteger e apoiar o aleitamento materno, mediante a prática de ações pró-amamentação (LAMOUNIER et al., 2008).

Para tanto, as instituições que aderem à IHAC adotam os chamados “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001) que são: 1. Ter uma norma escrita sobre aleitamento que deve ser transmitida rotineiramente a toda a equipe de cuidados de saúde. 2. Treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma. 3. Informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento. 4. Ajudar as mães a iniciar o aleitamento na primeira meia hora após o nascimento. 5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos. 6. Não dar a recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tal procedimento seja indicado pelo médico. 7. Praticar o “alojamento conjunto” – permitir que as mães e os bebês permaneçam juntos 24 horas por dia. 8. Encorajar o aleitamento sob livre demanda. 9. Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio. 10. Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio ao aleitamento, para onde as mães deverão ser encaminhadas por ocasião da alta hospitalar ou ambulatorio.

Considerando o quarto passo: *ajudar as mães a iniciar o aleitamento na primeira meia hora após o nascimento*, estudos apontam que a amamentação iniciada logo após o parto é um potencial mecanismo para minimizar as dificuldades durante esta prática, contribuindo para a continuidade da amamentação e para a redução do desmame precoce, além de melhorar a satisfação materna relacionada à amamentação (CARFOOT; WILLIAMSON; DICKSON, 2005; CHIU; ANDERSON; BURKHAMMER, 2005; THULIER; MERCER, 2009).

Para que o quarto passo da IHAC se concretize, recomenda-se o contato precoce pele a pele logo após o nascimento do bebê, ainda na sala de parto, o que consiste em colocar o bebê nu em posição prona sobre o peito da mãe imediatamente após o parto, podendo durar até a primeira mamada ou pelo tempo que a mãe desejar (ALBERTS, 1994; WORLD HEALTH ORGANIZATION UNITED NATIONS CHILDREN’S FUND, 2009). Este contato, além de criar um ambiente adequado para a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina, é considerado importante para a promoção do aleitamento materno precoce (MIKIEL-KOSTYRA; MAZUR; BOLTRUSZKO, 2002).

Além disso, o contato precoce e o aleitamento materno na primeira meia hora após o parto têm importância significativa não apenas para os recém-nascidos, mas também para suas mães. O contato precoce entre mãe e filho previne perda de calor, preserva as reservas de carboidratos e facilita os ajustes metabólicos do recém-nascido; conforta-o, reduz o choro e a sensibilidade da dor, além de promover o vínculo entre a mãe e o filho (MIKIEL-KOSTYRA; MAZUR; BOLTRUSZKO, 2002). O estabelecimento de sucção precoce do mamilo pelo bebê tem efeitos sobre a involução uterina mais rápida, favorecendo o menor sangramento pós-parto para a mulher (MATTAR; ABRÃO, 2003).

Considerando o exposto, as instituições de saúde vêm atuando de forma mais incisiva junto às mulheres, para que estas amamentem seus filhos logo após o nascimento, por meio do estímulo ao contato pele a pele precoce no período pós-parto imediato, na tentativa de cumprir o quarto passo da IHAC, visto que este tem suas bases teóricas baseadas em evidências científicas de benefícios, auxiliando a sucção precoce (MATTAR; ABRÃO, 2003).

Embora esses fatores possam contribuir para o início e a manutenção do aleitamento materno, os cuidados prestados pelos profissionais de saúde às mulheres e aos bebês nos primeiros dias após o parto são fundamentais. Vários estudos têm apontado que as rotinas hospitalares e as práticas dos profissionais da saúde são alguns dos fatores determinantes do desmame precoce em todo o mundo (DODGSON; WATKINS; CHOI, 2010; MELLEIRO; MAGALDI; PARISI, 2008; OLIVEIRA et al., 2012; POLIDO et al., 2011; RAMOS et al., 2010; SCHMIED et al., 2011; TOMA; VENÂNCIO; REA, 2009; VENANCIO; NOGUEIRA-MARTINS; GIUGLIANI, 2010).

Nesse sentido, investigar a perspectiva dos profissionais de saúde em relação ao contato precoce entre mãe e filho e ao aleitamento materno na sala de parto pode ser uma forma de incentivar a autoavaliação e a busca de aprimoramento em relação à assistência prestada pelos profissionais no incentivo à amamentação, bem como incentivar a promoção de medidas para a redução do desmame precoce e da morbimortalidade infantil.

No que tange ao contato precoce e à amamentação em sala de parto, muitas vezes as mulheres não têm a chance de revelar seus reais desejos e suas condições físicas e emocionais para amamentar, considerando que se apresentam cansadas, sonolentas, em condições de dor, postura inadequada, estados de anestesia e recuperação, situações que podem dificultar o início da amamentação logo após o parto (MONTEIRO; GOMES; NAKANO, 2006). Apesar destas condições da mulher para iniciar a amamentação, o profissional de saúde prioriza as normas estabelecidas pela instituição e, na maioria das vezes, realiza os procedimentos de rotina, avaliando apenas as condições biológicas da mulher e do recém-nascido para iniciar a

amamentação (MELLEIRO; MAGALDI; PARISI, 2008). Verifica-se, portanto, que existe uma carência de reflexão, pelos profissionais de saúde, sobre a formação da identidade materna e sua influência no pós-parto imediato, sendo necessário que o profissional não se restrinja apenas aos componentes físicos da assistência, em especial no momento do parto e nascimento (JANICAS; PRAÇA, 2002).

Por esse motivo, os profissionais de saúde devem estar preparados para lidar com o binômio mãe e filho, desenvolvendo habilidades específicas em aleitamento materno, oferecendo apoio à mãe na decisão sobre o que é melhor para ela e para o seu filho e contribuindo para a autoconfiança dessas mulheres no que tange à maternidade e amamentação (COSTA; TEODORO; ARAÚJO, 2009; POLIDO et al., 2011).

O importante papel do profissional em apoiar a nutriz, esclarecer suas dúvidas, aliviar sua ansiedade, discutir quais as suas necessidades é que faz com que a mulher tenha uma vivência prazerosa, positiva ou traumática em relação à maternidade e amamentação. Esta vivência também dependerá da sua maturidade e experiências pessoais ou familiares anteriores, ou até mesmo aquelas relacionadas ao sistema de saúde como a assistência recebida no pré-natal ou em parto anteriores (PARADA; TONETE, 2008). O apoio físico e empático recebido durante este processo pode ocasionar benefícios como a diminuição da duração do trabalho de parto, do uso de medicações, analgesias, cesáreas e complicações neonatais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996). Assim cabe ao profissional de saúde, em coerência com os princípios do PHPN, oferecer à mulher a possibilidade de ela vivenciar o preparo da gestação, parto e puerpério como protagonista do processo, sendo vistas como sujeitos que possuem culturas diferentes, emoções e desejos que não são universais (PARADA; TONETE, 2008). No entanto, em muitos serviços de saúde as mulheres não recebem este apoio profissional, sendo consideradas coadjuvantes no processo de parto e nascimento, o que pode ocorrer também devido à falta de vínculo com os profissionais de saúde (PARADA; TONETE, 2008).

Com relação ao contato precoce e à amamentação na sala de parto, os profissionais de saúde que atuam diretamente na assistência ao período do parto e pós-parto imediato são agentes imprescindíveis no estímulo ao contato precoce, podendo ser facilitadores ou complicadores desta prática. Acredita-se que a compreensão das percepções e das experiências da puérperas vivenciadas na sala de parto facilita a assistência integral e humana pelos profissionais de saúde. Estimular o contato precoce e o aleitamento materno são tarefas que devem fazer parte do cotidiano profissional nas salas de parto (ROSA et al., 2010).

Porém, a existência da visão reducionista de alguns devido à influência do modelo biomédico e da atenção aos fatores biológicos, como a concentração dos cuidados com a mama, acaba afastando a mulher do protagonismo do processo, dificultando a construção da opinião da mulher em querer amamentar ou não (JUNGES et al., 2010).

Estudos relatam que, embora os profissionais de saúde conheçam os fatores sociais do fenômeno do aleitamento materno, esse conhecimento ainda não está agregado à sua prática, permanecendo a crença da amamentação como fenômeno natural. Assim surge a necessidade de direcionar a prática profissional para além dos aspectos biológicos, de forma que considere o contexto mais amplo que envolve a mulher como mãe, nutriz, esposa, trabalhadora e cidadã. Percebe-se, portanto, que a prática profissional ainda é reducionista e carece da compreensão de todas as dimensões que envolvem o aleitamento materno e enfatizam a necessidade de uma assistência que seja integral, permitindo que as mulheres se sintam seguras e satisfeitas, tornando a amamentação satisfatória para o binômio mãe e filho (MELHEIRO; MAGALDI; PARISI, 2008; RAMOS et al., 2010; SCHMIED et al., 2011; SPEAR, 2006).

Em relação ao que se refere à implantação e implementação da IHAC, estudos demonstram que a percepção de alguns profissionais foi de medo, insegurança e ansiedade, sendo vista como um processo de mudança, relatando a necessidade de readequação da assistência, com a finalidade de alcançar a qualidade assistencial, além de ser vista como uma imposição da chefia. Observa-se pequena adesão destes profissionais que se sentem inseguros em relação às normas e rotinas da IHAC. Outros a percebem como uma estratégia positiva, relatando que há muitos progressos no sentido de sua implementação, descrevendo benefícios causados como aumento na duração da amamentação, condições melhores para a saúde da criança e da mãe, boa preparação no período do pré-natal em relação à amamentação e consistência na abordagem e nas informações fornecidas pelos profissionais de saúde além de elevar a taxa do aleitamento materno (DODGSON; WATKINS; CHOI, 2010; MELLEIRO; MAGALDI; PARISI, 2008; RAMOS et al., 2010).

Alguns dos estudos relatam que, para obter o sucesso do processo de implantação da IHAC, é necessário que haja a capacitação das pessoas envolvidas no mesmo. Os profissionais evidenciaram que o sucesso de sua assistência às mulheres, em relação ao aleitamento materno, depende da realização periódica de cursos acerca do tema. Eles acreditam que, ao agregarem novos saberes sobre o aleitamento materno, terão capacidade de ampliar a importância de sua atuação. As equipes de saúde devem ser treinadas através do curso de 18 horas sobre o manejo e a promoção do aleitamento materno. Logo o sentimento de medo, ansiedade e insegurança são amenizados com a capacitação e instrumentalização da

equipe e é de responsabilidade dos gerentes proporcionarem aos profissionais de saúde condições para a sua capacitação e instrumentalização e para a implantação e implementação das medidas preconizadas pela IHAC (OLIVEIRA et al., 2012; SCHMIED et al., 2011).

Com relação ao quarto passo da IHAC, percebe-se que, apesar de essa prática favorecer a continuidade da amamentação, nem sempre é exercida corretamente (MELLEIRO; MAGALDI; PARISI, 2008; SCHMIED et al., 2011). Assim, durante o trabalho de parto, deve ser oferecido às mulheres apoio para a redução da ansiedade, dando conforto emocional, levando a melhores resultados para o binômio mãe e filho. Se a mulher deseja amamentar na sala de parto, os profissionais devem favorecer e facilitar a concretização de seu pedido. Também se deve elevar a tendência de apoio à amamentação precoce para as mães que tiveram partos cesáreos (SPEAR, 2006).

Com base no exposto, e considerando o contato precoce e a amamentação em sala de parto como fatores importantes para o início e a manutenção do aleitamento materno, verifica-se a necessidade de conhecer e analisar as práticas dos profissionais de saúde que assistem as mulheres e os recém-nascidos na sala de parto durante este processo, em uma instituição acreditada como Hospital Amigo da Criança, a fim de criar subsídios que favoreçam as ações dos profissionais de saúde, de forma que auxiliem na concretização da prática da amamentação satisfatória, tanto para a mulher quanto para o recém-nascido.

Assim, são questões norteadoras para este estudo:

- Como o quarto passo é executado no contexto de um hospital credenciado como Hospital Amigo da Criança?
- Quais aspectos do contexto institucional que favorecem ou dificultam a realização do passo?
- Qual a concepção do profissional de saúde sobre a amamentação na prática institucional?

A IHAC, como uma campanha mundial de fomento ao aleitamento materno, vai ao encontro das medidas de humanização ao pré-natal, parto e puerpério. No entanto, no contexto das instituições de saúde, alguns obstáculos podem se apresentar na implantação das normas estabelecidas pela IHAC. Estes obstáculos podem estar relacionados à resistência dos profissionais e às suas dificuldades na compreensão da complexidade da prática da amamentação, e ainda em lidar com a singularidade da mulher, na perspectiva de desenvolver algumas habilidades, como ouvir e aprender, desenvolver a confiança e dar apoio à mulher para amamentar (MOREIRA; NAKANO, 2002). Portanto, o apoio dos profissionais de saúde neste período é importante para que a mulher se sinta segura, sabendo que não está sozinha e



que pode pedir ajuda quando achar necessário (ERKUL; YALÇIN; KILIÇ, 2010; LAANTERÄ; PÖLKKI; PIETILÄ, 2011; MEEDYA; FAHY; KABLE, 2010).

Os benefícios gerados com a adoção das medidas da IHAC, especificamente no que se refere ao quarto passo, são de extrema importância para o binômio mãe e filho (MONTEIRO; GOMES; NAKANO, 2006). Portanto, a análise de como esta prática está sendo operacionalizada pelos profissionais de saúde, nas instituições hospitalares, pode revelar suas facilidades e dificuldades e oferecer subsídios para melhorar a sua implementação.

---

***2 OBJETIVOS***

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Analisar as práticas dos profissionais de saúde relacionadas à assistência às mulheres e aos recém-nascidos, durante a realização do contato precoce e amamentação na primeira meia hora após o parto, no contexto de um Hospital Amigo da Criança.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Depreender os significados atribuídos pelos médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e auxiliares de enfermagem ao contato precoce entre a mulher e o recém-nascido e à amamentação, na primeira meia hora após o parto.

- Identificar as ações desenvolvidas na assistência às mulheres e aos recém-nascidos, durante a realização do contato precoce e amamentação, na primeira meia hora após o parto.

- Identificar fatores facilitadores e dificultadores para a realização do contato precoce da amamentação, na primeira meia hora após o parto, pelos profissionais de saúde, considerando o contexto institucional.

---

**3 MARCO TEÓRICO**

### 3 MARCO TEÓRICO

Com a intenção de facilitar a compreensão sobre as práticas de incentivo ao aleitamento materno na atualidade, recorre-se à literatura científica para identificar como esta prática foi realizada ao longo dos séculos.

Segundo Badinter (1985), em períodos anteriores ao século XVIII, foram realizados poucos registros em relação ao aleitamento materno. Durante o século XVI, as mães tinham o hábito de amamentar seus filhos, porém a partir do século XVII, na Europa, as crianças eram levadas para serem criadas pelas amas-de-leite. Esta prática era vista como prestígio pela sociedade, pois somente as famílias que tinham poder aquisitivo enviavam seus filhos para essas amas, logo após o nascimento (BADINTER, 1985). No Brasil, a construção da alimentação infantil sofreu influências políticas, econômicas e culturais, integrando aspectos indígenas, europeus e africanos. Até os séculos XVI e XVII, o aleitamento materno no Brasil, povoado por indígenas, não tinha sofrido influência europeia. Porém, a colonização portuguesa trouxe o hábito das amas-de-leite, papel que foi exercido pelas escravas africanas (KOUTSOUKOS, 2009).

O século XVIII foi marcado pelos altos índices de mortalidade infantil na Europa, denominado como infanticídio, que era justificado pela entrega dos bebês para serem cuidados pelas amas-de-leite. As modificações sociais, econômicas e científicas, desencadeadas na Europa por importantes movimentos sociais nos séculos XVII, XVIII e XIX, que culminaram com a Revolução Francesa, fizeram com que a função da mulher como cuidadora da prole passasse a ser valorizada (BADINTER, 1985). Os deveres familiares e maternos da mulher passaram a ter relevância para o Estado, e filósofos, médicos, escritores, políticos e funcionários do governo passaram a defender as mulheres como mães carinhosas e atenciosas, definindo a prática do aleitamento materno como expressão máxima da maternidade (KALIL; COSTA, 2012).

No contexto brasileiro, ocorreram mudanças significativas no comportamento social em relação à amamentação na dinâmica da família colonial até a urbanização das cidades. Essas mudanças também estavam relacionadas com a corrente médica higienista que, ao longo do século XIX e XX, trouxe o aleitamento materno como problema nacional. Anteriormente a esse período, as mulheres seguiam seus costumes coloniais de não amamentarem seus filhos, que eram amamentados pelas amas-de-leite. Este comportamento começou a se contrapor aos interesses políticos populacionistas da elite agrária da época,

passando a ser considerado, no discurso higienista, como infração às leis da natureza. Assim, tanto o Estado quanto os médicos passam a empreender ações práticas e discursivas com a finalidade de orientar as mulheres sobre a importância do aleitamento materno para a saúde das crianças, vendo-as como indivíduos em formação para o futuro da moderna nação brasileira (KALIL; COSTA, 2012). Além disso, as epidemias de febre amarela e cólera ocorridas no Brasil, em meados do século XIX, fizeram com que os médicos higienistas passassem a pressionar as mães a amamentarem seus próprios bebês; a mãe higiênica era a meta dos médicos dessa época, com o objetivo de desenvolver maior afeto das mães pelos seus filhos, garantindo-lhes melhores condições de vida (KOUTSOUKOS, 2009).

Já nas primeiras décadas do século XX, o parto, que era realizado em domicílio junto às mulheres da família, em um modelo de assistência feminino, passou a ser institucionalizado, realizado em hospitais e por médicos homens, num modelo de assistência masculino. A assistência hospitalar preocupava-se mais precisamente com os riscos inerentes que poderiam intervir no processo natural e fisiológico do parto com as necessidades do binômio mãe e filho (STANCATO; VERGÍLIO; BOSCO, 2011). Os cuidados médicos hospitalares criaram regras que dificultaram o aleitamento materno. As ações sanitárias e higiênicas fizeram com que mãe e filho fossem separados após o nascimento, pois os filhos ficavam em berçários e eram levados para as mães em horários determinados. Essa interferência no processo natural do binômio mãe e filho no início da vida acabou por dificultar o início e a prática da amamentação (VENANCIO; NOGUEIRA-MARTINS; GIUGLIANI, 2010).

Além disso, ao longo do século XX, a mulher foi se distanciando gradativamente da sua função de nutriz. O novo papel que a mulher assumiu na sociedade, ao se inserir no mercado de trabalho, o cuidado com o corpo, a desvalorização da prática de amamentar pelos próprios profissionais de saúde, as práticas hospitalares inadequadas principalmente no puerpério, pressões comerciais das indústrias de leite e produtos alimentícios, a falta de orientações e informações corretas sobre amamentação contribuíram para a diminuição das taxas do aleitamento materno (ISHISATO; SHIMO, 2002). Para que as mulheres se dedicassem exclusivamente à maternidade, um conjunto de práticas foi estruturado, procurando aproximá-las do ideal materno de comprometimento com o desenvolvimento de seus filhos. Nesse sentido, normas foram criadas para a realização dos cuidados com a higiene, limpeza, educação, amamentação e alimentação da criança. Assim, a criança passou a ser uma das principais preocupações para os médicos-sanitários, para prolongar essa etapa da vida (ALVES, 2011). No final do século XIX, foi criada a puericultura no Brasil que estava

voltada exclusivamente para o cuidado da criança, tendo como base os preceitos higienistas que defendiam o aleitamento materno como condição natural do feminino, ou seja, dar o peito a sua cria completaria a mulher como mãe (ALVES, 2011).

No Brasil, a década de 1970 foi caracterizada pelos altos índices de desmame precoce e pela pouca mobilidade de ações para o incentivo ao aleitamento. No final dessa mesma década, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) promoveram a Reunião Conjunta sobre Alimentação Infantil e da Criança Pequena em 1979, em Genebra. O Brasil foi um dos países participantes desta reunião e uma das decisões ali tomadas foi sobre a necessidade de elaborar um código de ética contra propaganda de produtos que interferiam na amamentação. Assim, em maio de 1981 foi elaborado e apoiado em assembleia o Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Aleitamento Materno, de conduta ética sobre a propaganda de produtos que interferiam na amamentação. Em 1981, foi criado no Brasil o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) em conformidade à preocupação mundial com a retomada do aleitamento materno, marcando a década de 1980 por uma intensa mobilidade social em prol da amamentação (OLIVEIRA et al., 2012; VENANCIO; NOGUEIRA-MARTINS; GIUGLIANI, 2010).

Em 1983, o Ministério da Saúde atendendo à recomendação da UNICEF implantou a Portaria nº1016, revisada em de 26 de agosto de 1993, tornando obrigatório o alojamento conjunto em todas as maternidades públicas (VENANCIO; NOGUEIRA-MARTINS; GIUGLIANI, 2010). Em 1989, o Brasil elaborou a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL) com a função de controlar a publicidade indiscriminada dos alimentos e produtos de puericultura que concorrem com a amamentação (BRASIL, 1999). A Constituição de 1988 incluiu em seu texto o direito de licença-maternidade de 120 dias para as mulheres com contrato de trabalho formal e para os homens que trabalham formalmente, a licença-paternidade é de 5 dias. A partir de 2008, a Lei 11.770 estimula as empresas a aumentarem a licença-maternidade para 6 meses, com a concessão de incentivo fiscal (BRASIL, 2010). Assegurou ainda o direito das presidiárias permanecerem com seus filhos durante o período de amamentação. Outra portaria importante para o incentivo ao aleitamento materno foi a que institui a criação de Bancos de Leite Humano no Brasil, Portaria nº 322, de 26 de maio de 1988 (VENANCIO; NOGUEIRA-MARTINS; GIUGLIANI, 2010).

Em 1989, preocupados com o desmame precoce e suas graves consequências para a saúde e para a condição nutricional da criança, a OMS e a UNICEF lançaram a Declaração

Conjunta sobre o Papel dos Serviços de Saúde e Maternidades que se define em um documento que estabelece 10 ações de incentivo ao aleitamento materno, nomeadas de Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno. Em 1990, o Brasil assinou a Declaração de Innocenti, resultante de um encontro internacional promovido pela OMS e UNICEF na Itália. Esta declaração estabelece objetivos para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e medidas que constituirão as ações da IHAC (LAMOUNIER et al., 2008; SOUZA et al., 2011; TOMA; VENÂNCIO; REA, 2009; VENANCIO; NOGUEIRA-MARTINS; GIUGLIANI, 2010).

No Brasil, a IHAC foi lançada em 1992; os hospitais credenciados receberam incentivos financeiros e devem seguir também outros critérios para a certificação como: comprovar cumprimento da NBCAL, dispor de profissionais capacitados para a assistência à mulher e ao recém-nascido no ato do parto, permitir a presença de acompanhante no alojamento conjunto e apresentar taxas de cesarianas, conforme o estabelecido por gestores estaduais e municipais ou comprovar que as mesmas estão em queda. Tais critérios foram estabelecidos para haver articulações entre as diferentes estratégias e políticas voltadas para a saúde materno-infantil (TOMA; VENÂNCIO; REA, 2009; VENANCIO; NOGUEIRA-MARTINS; GIUGLIANI, 2010).

Fundamentando-se na Iniciativa Hospital Amigo da Criança, a criação de iniciativas voltadas para a promoção do aleitamento materno nas unidades básicas de saúde foi alvo de preocupação para vários países. Assim, o Ministério da Saúde brasileiro lançou a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM) lançada no Brasil em 1999, no Estado do Rio de Janeiro, e depois adotada por alguns Estados, propondo o trabalho conjunto entre as unidades básicas de saúde e os hospitais e maternidades, dando suporte ao binômio mãe e filho após a saída das instituições onde ocorreu o nascimento da criança, favorecendo o sucesso da continuidade da amamentação (HERNANDEZ; KÖHLER; FALCÃO, 2008).

Outras práticas de incentivo ao aleitamento materno foram lançadas nas décadas de 1990 e 2000. Em 1992, foi criada a Aliança Mundial de Ações Pró-Amamentação (WABA - *World Alliance for Breastfeeding Action*), com a finalidade de coordenar uma importante atividade de promoção ao aleitamento materno internacionalmente, denominada como Semana Mundial de Amamentação (SMAM). Seu objetivo é mobilizar a sociedade através de diferentes temas relacionados à amamentação, na semana de 1º a 7 de agosto, a cada ano, sendo que o Brasil tem uma atuação destacada na SMAM, presente em vários municípios (JONES et al., 2003). Em 1995, o Ministério da Saúde lançou a publicação “O Aleitamento Materno e os Municípios”, incentivando as atividades em prol da amamentação desenvolvidas



a níveis federal, estadual e municipal e com a proposta de desenvolvimento de inquéritos de aleitamento materno nas campanhas de vacinação, disponibilizando aos gestores municipais informações epidemiológicas para o planejamento e avaliação de ações locais de incentivo à amamentação (VENANCIO; NOGUEIRA-MARTINS; GIUGLIANI, 2010). Em 2000, o Ministério da Saúde lançou a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso. O contato pele a pele, a posição canguru e a amamentação são os importantes pilares dessa estratégia, pois o contato íntimo entre o binômio mãe e filho pode ocasionar a relação positiva, favorecendo o início precoce da amamentação, o aumento na produção do leite materno e o aumento dos índices do aleitamento materno exclusivo (CHAGAS et al., 2011).

Com a finalidade de diminuir a mortalidade infantil, o Ministério da Saúde do Brasil lançou, em 2004, o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Em 2005, o Ministério assumiu a conformação de uma rede única integrada de assistência à criança através da Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Mortalidade Infantil e em 2006 o Pacto pela Saúde, firmado pelas três esferas de gestão, sendo um conjunto de compromissos em torno das prioridades em saúde, dentre as quais a redução da mortalidade infantil e materna (BRASIL, 2007).

Em 2008, o Ministério da Saúde lançou a Rede Amamenta Brasil, também com o objetivo de incentivar o aumento das taxas do aleitamento materno, bem como sua duração, propondo um trabalho articulado em rede, focando a Atenção Básica e se integrando às demais redes como IHAC, Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano e a outras iniciativas intra e extrasetoriais de apoio e estímulo à amamentação, para aumentar a resolutividade de suas ações e de forma a consolidar uma rede horizontal, participativa, colaborativa e descentralizada (BRASIL, 2009a).

Recentemente, em 2012, o Ministério da Saúde lançou durante o Congresso Mundial de Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva, *World Nutrition Rio 2012*, a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, resultado da união das ações da Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável (ENPACS). A proposta de integração surgiu devido às duas estratégias preverem as mesmas ações e terem o mesmo público-alvo: profissionais das Unidades Básicas de Saúde, mães, crianças e suas famílias. Reforça e incentiva a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável para crianças menores de dois anos, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2012b).

### 3.1 Iniciativa Hospital Amigo da Criança

Diante da importância do aleitamento materno no Brasil e das políticas implantadas para a sua promoção, proteção e apoio, nas últimas décadas, grandes esforços e estratégias de comunicação e empreendimentos por órgãos responsáveis por essas políticas foram realizados com o intuito de fortalecer a prática do aleitamento materno e aumentar o número de mulheres que optam pela amamentação exclusiva até os seis meses de vida da criança e daquelas que decidem continuar a amamentação destas crianças até dois anos de idade ou mais (KALIL; COSTA, 2012).

A IHAC é uma estratégia considerada como prioridade, sendo uma inovação dos hospitais que aderem, e os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” são considerados a base da IHAC. Estes foram elaborados por um grupo de especialistas de saúde e nutrição de vários países e resumem as práticas que as maternidades devem adotar para apoiar a amamentação. Basicamente os “Dez Passos” da IHAC consistem em uma série de medidas que têm como objetivo principal capacitar toda a equipe de saúde que trabalha com o binômio mãe e filho para que esteja apta a orientar e apoiar todas as gestantes e puérperas sobre as vantagens e o manejo correto do aleitamento materno, dificuldades e soluções para os problemas na amamentação, estímulo para a produção do leite materno, desvantagens do uso dos substitutos do leite materno, das mamadeiras e das chupetas entre outros (ARAÚJO; SCHMITZ, 2008).

A IHAC também tem como função a capacitação dos gestores para a implementação de suas políticas no âmbito institucional, levando a mudanças nas práticas e qualificação da atenção à saúde, tendo como principais objetivos transformar as práticas hospitalares por meio da implantação dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno (TOMA; VENÂNCIO; REA, 2009).

Pelas normas da IHAC, as instituições que são acreditadas com o título são distinguidas pela qualidade de saúde que incorporam em suas rotinas ações de aleitamento materno, com informações adequadas sobre vantagens da amamentação natural e o manejo correto das dificuldades na amamentação (LAMOUNIER et al., 2008). Assim, a IHAC é um programa que tem apresentado impacto importante na melhoria dos cuidados prestados ao binômio mãe e filho e no aumento da duração do aleitamento materno, quando comparado com outros hospitais ou maternidades tradicionais, por isso, deve ser estimulada e apoiada (ARAÚJO; SCHMITZ, 2008; FELDMAN-WINTER; PROCACCINI; MEREWOOD, 2012;

FIGUEREDO; MATTAR; ABRÃO, 2012; FLORES-ANTÓN et al., 2012; MCKEEVER; ST. FLEUR, 2012; MELLEIRO; MAGALDI; PARISI, 2008; OLIVEIRA et al., 2012; SEKYA; LUZ, 2010).

Considerando o objeto do presente estudo, que é o início do aleitamento materno na primeira meia hora após o parto, quarto passo dos “Dez Passos” da IHAC, destaca-se que, para sua realização, é necessária a participação do profissional de saúde que vai auxiliar a mãe e o filho a manterem o contato pele a pele precoce. O contato precoce é considerado uma das estratégias para a promoção da amamentação, além de propiciar a interação entre mãe e filho nos primeiros minutos de vida, seguimento preconizado pelo quarto passo da IHAC (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2001; THUKRAL et al., 2012).

Os profissionais de saúde devem promover e estimular o contato entre mãe e filho logo após o nascimento, reduzindo a sua assistência em apenas enxugá-lo, aquecê-lo e avaliá-lo (CRUZ; SUMAM; SPÍNDOLA, 2007; MATOS et al., 2010; SANTOS et al., 2012), pois é nesta fase, considerada como período de alerta, que ocorre o reconhecimento entre mãe e filho e a exploração corporal do corpo da mãe pelo recém-nascido (MATOS et al., 2010; SILVA; SILVA; MATHIAS, 2008). Assim, após o parto, caso não haja complicações, as mulheres devem receber seus filhos junto ao seu peito e a equipe de saúde deve oferecer ajuda, para iniciar a amamentação, durante esse período, seja para aquelas que tiveram parto vaginal ou cesárea (ARAÚJO; SCHMITZ, 2008; FELDMAN-WINTER; PROCACCINI; MEREWOOD 2012). Ou seja, considerando-se as possíveis intercorrências no período intraparto, pelo menos 80% dos binômios mãe e filho devem ser estimulados ao contato precoce imediatamente após o parto (BRASIL, 2009b).

Apesar dos reconhecidos benefícios do contato precoce e da amamentação em sala de parto, no Brasil, a taxa desta prática na primeira hora de vida é de 43%, segundo a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher de 2008, sendo considerada baixa. Assim as práticas e a qualidade da assistência e dos recursos humanos das instituições e maternidades podem interferir no sucesso desta prática (BOCCOLINI et al., 2011; BRASIL, 2008a).

Mesmo sabendo da importância do quarto passo, observa-se que há instituições que possuem dificuldade para sua realização, devido à falta de conhecimento dos profissionais acerca das vantagens do quarto passo tanto para o bebê quanto para a mulher, à inexistência de uma política institucional ou mesmo à falta de educação continuada para esta prática (MONTE; LEAL; PONTES, 2012; MOORE; ANDERSON; BERGMAN, 2012). Isto mostra que os profissionais de saúde ainda desconhecem a necessidade de ações concretas e rápidas com a finalidade de mudanças nas práticas e rotinas das instituições e maternidades e

principalmente das ações dos profissionais de saúde, para assistirem o binômio neste momento de forma capacitada e humanizada (MANZINI; BORGES; PARADA, 2009; SANTOS et al., 2012; SILVESTRE et al., 2009).

### **3.2 Humanização do parto e nascimento**

Considerando a amamentação como uma prática social no contexto da institucionalização do nascimento e parto, o presente estudo será subsidiado através do referencial teórico da humanização da assistência ao ciclo gravídico-puerperal no Brasil. Como descrito anteriormente, ao longo das últimas décadas, foram efetivadas, no âmbito das políticas públicas, várias ações voltadas ao aleitamento materno, algumas tinham como base a humanização da assistência à mulher (LIMA, 2010).

Na atualidade, percebe-se que o movimento de humanização torna-se cada vez mais significativo. O Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento (PHPN), instituído em 2000, pelo Ministério da Saúde, está baseado nos princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS, nas recomendações da OMS e nas evidências científicas atuais (LIMA, 2010). O conceito de atenção humanizada ao ciclo gravídico-puerperal é amplo, envolvendo um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes capazes de promover o parto e nascimento saudáveis e prevenir a morbimortalidade materna e infantil; a atenção humanizada inicia-se no pré-natal e procura garantir que os profissionais de saúde realizem procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e seu filho, evitando intervenções desnecessárias e que preservem a sua privacidade e autonomia (BRASIL, 2001). Além disso, o cuidado humanizado compreende a valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde, fomentando a autonomia e protagonismo destes sujeitos e a corresponsabilidade entre eles; compreende também o estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva na gestão do cuidado, mudança nos modelos de atenção e gestão e melhoria nas condições de trabalho e de atendimento (BRASIL, 2006).

O movimento de humanização da assistência ao ciclo gravídico-puerperal no Brasil foi impulsionado na década de 1970, quando alguns profissionais começaram a oferecer assistência diferenciada às mulheres, propondo o cuidado para além das práticas tecnicistas até então estabelecidas. Nesse período, o movimento de mulheres se estruturou em nosso país, com o movimento de profissionais da saúde, acadêmicos, entre outros, que se intensificaram

no final da década de 1970 e início dos anos de 1980, reivindicando o direito das mulheres de controlarem o próprio corpo. No mesmo período, havia intensa atuação de movimentos sociais e da sociedade civil, pela volta da democracia em nosso país (DINIZ, 2007).

Na década de 1980, as discussões sobre os modelos de assistência ao parto suscitaram questões sobre os modelos baseados na parteira ou holístico, o modelo médico ou tecnocrático e o modelo humanizado, envolvendo os conflitos filosóficos, corporativos e financeiros. A assistência humanista, centrada na mulher, fundamentada na medicina baseada em evidências e no respeito aos direitos das usuárias, constitui um modelo de atenção que tem sido preconizado em substituição ao paradigma hegemônico, focalizado nas intervenções médicas e no uso abusivo de tecnologias (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008).

No decorrer dos anos, ocorreram inúmeras tentativas com o objetivo de resgatar o sentido humano do parto como a criação, pelo Ministério da Saúde, dos projetos Maternidade Segura, Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (STANCATO; VERGÍLIO; BOSCO, 2011), ações de organizações não governamentais e de redes identificadas centralmente com a crítica do modelo hegemônico de atenção ao parto e nascimento com expressivas atuações em prol da humanização do parto e nascimento e da amamentação como o Rehuna (Rede de Humanização do Parto e Nascimento) (TORNQUIST, 2002), Amigas do Peito, IBFAN (*International Baby Food Action Network* - Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar), WABA, estabelecendo parcerias governamentais e desenvolvendo ações no âmbito da saúde coletiva (VENANCIO; NOGUEIRA-MARTINS; GIUGLIANI, 2010).

No ano de 2008, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) com o objetivo de resgatar o sentido humano do parto, editou a Resolução da Diretoria Colegiada 36 (RDC) para regulação e normatização dos padrões da assistência obstétrica e neonatal, com o objetivo de sistematizar e qualificar a gestão, harmonizar e humanizar o parto e nascimento, reduzindo os riscos. A Resolução preconiza que a instituição deva possuir um lugar reservado para o acompanhamento e realização do trabalho de parto, parto e observação da gestante/puérpera e do recém-nascido na primeira hora de vida no pré-parto, sala de parto e puerpério. Também preconiza a presença de acompanhante de livre escolha da mulher, acesso a métodos não farmacológicos e não invasivos para a dor para estimular a evolução fisiológica do trabalho de parto, escolha das variadas posições de parto, contato imediato da mãe com o recém-nascido, estímulo ao aleitamento materno ainda no ambiente de parto e utilização do método canguru caso indicado (BRASIL, 2008b).

A humanização do parto nas instituições é percebida através de um conjunto de diferentes conceitos-chave, como: a segurança, tranquilidade e conforto. Esses conceitos estão relacionados à moderna tecnologia e à experiência profissional, e também aos cuidados personalizados, na defesa das mulheres por seus direitos, no companheirismo, e no apoio físico e psicológico tanto para a mulher quanto para a família (BACKES; LUNARDI; LUNARDI, 2006).

O aleitamento materno é um tema presente nos textos e fóruns que discutem a Humanização do Parto e Nascimento. O movimento social no Brasil pela humanização do parto e nascimento, desde o final dos anos de 1980, foi integrado ao movimento pela retomada da amamentação, adotando propostas da Organização Mundial de Saúde que incentivavam o parto vaginal, o aleitamento materno na primeira meia hora de vida do recém-nascido, o alojamento conjunto, a presença do pai ou outro acompanhante no momento do parto e a atuação de enfermeiros obstetras. Considera-se que as propostas de humanização do parto e nascimento e promoção ao aleitamento materno valorizam os aspectos subjetivos, culturais e sociais das mulheres e suas famílias, sem se transformar em propostas não científicas, garantindo o direito a toda a população a uma atenção integral, humanizada e baseada em evidências científicas (VENANCIO; NOGUEIRA-MARTINS, GIUGLIANI, 2010).

Assim, o PHPN tem como estratégia assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento do pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva do direito à cidadania. Esses direitos estão fundamentados no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004). Neste sentido, a humanização compreende o dever das unidades de saúde receberem com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido, requerendo atitude ética e solidária dos profissionais de saúde, organização da instituição como ambiente acolhedor para adotar condutas hospitalares que rompam o tradicional isolamento imposto à mulher, evitando práticas intervencionistas desnecessárias que embora sejam realizadas não trazem benefícios nem à mulher nem ao recém-nascido, podendo causar riscos a ambos. Estabelece os princípios da assistência a ser prestada nos diferentes níveis de atenção à saúde pública e garante à mulher o direito de dar à luz recebendo uma assistência humanizada e de boa qualidade (CRUZ; SUMAN; SPÍNDOLA, 2007).

### **3.3 O processo de trabalho e a atuação dos profissionais junto ao binômio mãe e filho, durante a prática do aleitamento materno**

Ao longo das décadas, o modelo assistencial em saúde foi marcado pela assistência biomédica, curativista e hospitalocêntrica, centrada na consulta médica e pelo processo de trabalho fragmentado, concentrado em procedimentos e voltado apenas aos que tinham carteira de trabalho. A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) trouxe ao período, entre 1980 e 2002, desenvolvimento aos estabelecimentos públicos de saúde de forma que toda a população tivesse acesso aos serviços de saúde (PEREIRA et al., 2009). Através do desenvolvimento da atenção primária nessa época, esse modelo sofreu modificações através da introdução de equipes multiprofissionais que iam além da visão técnico-assistencial nas práticas de trabalho, a fim de visar a outras dimensões no processo de mudança como nos aspectos gerenciais ou políticos-institucionais e organizativos (SILVA; CALDEIRA, 2010). Com isso houve a necessidade da implantação de novos discursos, estratégias e diretrizes no campo da saúde pública como promoção da saúde, a vigilância da saúde, a saúde da família, a redução de vulnerabilidade, colocando em discussão a renovação das práticas sanitárias. Entretanto, a consolidação dessas propostas, com o seu desenvolvimento, está relacionada com as transformações radicais no modo de pensar e fazer saúde (AYRES, 2004).

Na atualidade, o modelo assistencial biomédico é bastante questionado, considerando que a assistência em saúde já não é mais elaborada sem outros saberes, retomando a interdisciplinaridade no processo de trabalho na área de saúde, como sendo uma interação entre as diferentes profissões da saúde. Essa retomada ocorreu na passagem do século XX para o século XXI, contestando a divisão do trabalho em saúde que resultava na fragmentação do conhecimento além da excessiva predominância das especializações (MEIRELLES; KANTORSKI; HYPOLITO, 2011).

Assim a assistência para superar uma visão tecnicista e de estrita aplicação instrumental é voltada para a busca de uma atenção à saúde de base dialógica, ou seja, apoiada em saberes e valores dos diferentes sujeitos envolvidos, correlacionando os sentidos éticos, morais, políticos e de intervenções no campo de saúde (AYRES, 2009). A tentativa de correlacionar uma ciência com consciência aos saberes e fazeres, considerando a construção social, histórica e cultural, faz com que haja uma necessidade de revisão e reflexão das práticas de cada profissional e de sua inserção nas equipes de saúde para melhor definir os objetivos de trabalho (MEIRELLES; KANTORSKI; HYPOLITO, 2011).

O processo de trabalho em saúde é desencadeado pelas necessidades gestadas nas relações sociais que são diferentes no decorrer do tempo, criando e atendendo às necessidades surgidas em cada contexto específico (MISHIMA et al., 2003). Assim, o trabalho em saúde é realizado através do trabalho coletivo e multiprofissional e em cooperação ou por meio de ações fragmentadas, conforme as demandas e as necessidades de cada contexto (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009).

Com relação à formação dos profissionais, atualmente, a estrutura dos serviços de saúde e dos serviços de ensino relaciona-se com gestões que desconsideram a conformidade do trabalho como espaços coletivos de aprendizado e de compartilhamento, produzindo trabalhadores, docentes e estudantes fragmentados e insatisfeitos (PEREIRA et al., 2009). Questionamentos são feitos quanto à prática cotidiana das equipes que se mantêm correlacionadas com o modelo biomédico tradicional, o que gera reflexo negativo sobre as ações dos profissionais de saúde (SILVA; CALDEIRA, 2010).

No que tange às ações em prol da amamentação no Brasil, o modelo assistencial vigente não é diferente do modelo fragmentado, sendo que a necessidade de mudanças na formação profissional ainda é motivo de preocupação e um grande desafio para aqueles que trabalham com o apoio à amamentação (AZEVEDO et al., 2010).

Para tanto, é indispensável aos profissionais de saúde o conhecimento acerca da importância, dos benefícios, bem como o manejo da amamentação, pois a falta destes itens pode ser um obstáculo para a realização de atividades de promoção, incentivo e apoio ao aleitamento materno e orientações corretas às nutrizes (AZEVEDO et al., 2010). Torna-se fundamental aos profissionais de saúde, que assistem a amamentação, a criação de estratégias para conquistar a confiança das mães, buscando capacitações, a fim de facilitar a sua atuação, para a continuidade do AM, para assim, poderem destinar uma assistência completa e de qualidade (CARVALHO et al., 2013).

Na tentativa de incluir uma nova abordagem às práticas educativas na área da amamentação, várias propostas foram implementadas, como referido anteriormente, com relação às políticas e aos programas voltados ao aleitamento materno, valorizando tanto os aspectos técnicos relativos ao manejo clínico da amamentação, quanto o contexto em que se encontra a mulher e o respeito às suas experiências, valores e crenças (VENANCIO; NOGUEIRA-MARTINS; GIUGLIANI, 2010).

Apesar disso, a complexidade das formas de organização do processo de trabalho por equipes multiprofissionais que possuem uma visão fragmentada tem influenciado o trabalho em saúde. A fragmentação das atividades profissionais tem resultado em mudanças



relacionadas ao controle sobre o processo de trabalho (PIRES, 2008). Neste sentido, autores relacionam o baixo índice da amamentação exclusiva com a adoção do modelo assistencial fragmentado. A forma de operacionalização da IHAC reflete a dificuldade do modelo assistencial em conseguir transformar os atores envolvidos no cuidado a torná-los agentes sociais de transformação em favor do aleitamento materno (RAMOS et al., 2010).

Para que a mudança trazida pela implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança se concretize, são necessários o acompanhamento cuidadoso e de maneira gradual e a avaliação contínua do processo pelos gerentes mesmo após a sua implementação, para que tomem medidas corretivas. Além disso, é de extrema importância o apoio governamental no processo de implantação da IHAC, ou seja, um investimento na sustentabilidade para garantir o acesso universal das mães em relação à promoção, proteção e apoio à prática da amamentação exclusiva (DODGSON; WATKINS; CHOI, 2010; LIMA; MELLEIRO, 2006; MELLEIRO; MAGALDI; PARISI, 2008; OLIVEIRA et al., 2012; RAMOS et al., 2010; SCHMIED et al., 2011).

E quanto aos profissionais envolvidos no 4º passo dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno da IHAC, é necessário serem capacitados para a implementação deste passo, tendo atitude positiva e colocando em prática suas competências e habilidades direcionadas ao manejo do aleitamento materno (MONTE; LEAL; PONTES, 2012).

Considerando o exposto, pressupõe-se, no presente estudo, que a concepção dos profissionais de saúde sobre o contato precoce está relacionada com a forma como estes irão conduzir suas ações na assistência à mulher e ao recém-nascido, durante a primeira meia hora após o parto.



## 4 MÉTODOS

Estudo de abordagem qualitativa que propõe uma compreensão particular e profunda dos fenômenos sociais em questão (MINAYO, 2010). A pesquisa qualitativa preocupa-se em analisar e interpretar aspectos mais profundos, descrevendo a complexidade do comportamento humano, fornecendo uma análise mais detalhada sobre as investigações, hábitos, atitudes e tendências de comportamento (MARCONI; LAKATOS, 2004).

Considerando o profissional de saúde como aquele que irá prestar a assistência direta à mulher, durante a realização do contato precoce e da amamentação, a abordagem qualitativa permitirá a compreensão da subjetividade expressa nos discursos destes profissionais, sem romper com o contexto onde eles estão inseridos. Isto porque, segundo Triviños (1995), é necessário observar os sujeitos não em situações isoladas, mas na perspectiva de um contexto social, enfatizando a ideia dos significados latentes do comportamento humano. A pesquisa qualitativa considera a subjetividade, na construção científica, como parte integrante do fenômeno social, na medida em que se acredita que a realidade vai mais além dos fenômenos percebidos pelos nossos sentidos (SILVA, 2000).

Assim, o referencial qualitativo permitiu uma melhor compreensão das práticas envolvendo a subjetividade dos profissionais de saúde que atuam durante a realização do quarto passo para o “Sucesso do Aleitamento Materno”, da IHAC.

### 4.1 Local do estudo

A presente pesquisa foi realizada na maternidade da Santa Casa de Misericórdia, no município de Passos-MG. A cidade de Passos está localizada no sudoeste do Estado de Minas Gerais, pertencendo à microrregião da AMEG (Associação dos Municípios do Médio Rio Grande), conhecida na região por ter uma infraestrutura à disposição da população e das comunidades vizinhas. É o município mais populoso do sudoeste mineiro, apresentando uma população estimada de 106.313 habitantes, sendo 100.866 (94, 9%) na área urbana e 5.447 (5,1%) na área rural. Possui o serviço de água tratada que chega a 100% das residências e serviço de esgoto que chega a 98,0% das residências. A economia de Passos é bastante diversificada, e as fontes de trabalho são geradas principalmente pela pecuária, agricultura,

agroindústrias e indústrias de confecções e móveis (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013).

A rede de serviços de saúde do município é constituída por três hospitais, sendo um filantrópico, um particular e um psiquiátrico, dez ambulatorios municipais, três centros de especialidades, uma Unidade de Pronto-Atendimento (UPA) e dezessete unidades do Programa de Saúde da Família – PSF, o que abrange a assistência primária, secundária e terciária. A Santa Casa de Misericórdia de Passos é um hospital regional de caráter filantrópico que atende toda a população do sudoeste de Minas Gerais. Como instituição filantrópica, 70% dos seus leitos são destinados aos pacientes atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). É um importante polo de atendimento à saúde que oferece uma diversidade de serviços e especialidades à população. Possui 269 leitos, sendo 209 direcionados ao SUS e 60 para convênios e particulares. A equipe de saúde é constituída por 180 médicos, um quadro de enfermagem com 148 enfermeiros, 373 técnicos de enfermagem e 68 auxiliares de enfermagem. Recebeu em maio de 2003 o título de “Hospital Amigo da Criança” (PASSOS, 2011).

A maternidade da referida Santa Casa é composta pelo ambulatório de referência às gestantes de alto risco, denominado Programa Materno-Infantil (Promai), Centro Obstétrico, Alojamento Conjunto, UTI neonatal, Casa de Apoio às Gestantes que possuem a finalidade de manutenção do vínculo entre o binômio mãe e filho e aleitamento materno para as mães que têm seus bebês internados na UTI neonatal e gestantes de riscos que precisam ficar próximas ao hospital, e Sala de Ordenha.

Com relação ao serviço de obstetrícia, o Centro Obstétrico (CO) é composto pelo pré-parto que possui 6 leitos, 2 salas de parto e uma sala para cesárea no centro cirúrgico. É composto por profissionais de várias especialidades: 14 médicos obstetras, 13 pediatras, 01 anestesista, 03 enfermeiras, 09 técnicos de enfermagem, 2 auxiliares de enfermagem, além do serviço de psicologia, serviço social e fisioterapia. No ano de 2012, ocorreram 1.909 partos, destes 62% foram partos normais e 38%, cesáreas, incluindo clientelas do SUS, convênios e particulares. O CO foi o local considerado para o estudo, tendo em vista que é o local potencial para a realização do quarto passo da IHAC (PASSOS, 2013).

## 4.2 Participantes do estudo

Este estudo foi realizado com médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e psicóloga que atuam no Centro Obstétrico da Santa Casa nos turnos matutino, vespertino e noturno.

Participaram da pesquisa os profissionais que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter 18 anos de idade ou mais; atender parturientes/puérperas e recém-nascidos dentro da sala de parto do CO, em seu cotidiano de trabalho. O critério de exclusão para a observação deste estudo foi a ocorrência de partos com alguma dificuldade ou problema que prejudicasse o contato precoce e a amamentação entre o binômio mãe e filho. O critério de exclusão para participação dos profissionais, durante as entrevistas, deste estudo foi: profissionais que não receberam o Curso de Capacitação da IHAC.

Os profissionais de saúde que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após serem informados sobre os objetivos e finalidades da mesma (Apêndice A).

O número de participantes foi determinado pela saturação dos dados. O fechamento amostral por saturação teórica estabelece a suspensão da inclusão de novos participantes quando ocorre redundância ou repetição dos dados coletados, ou seja, as informações fornecidas pelos novos participantes não acrescentam mais nenhum dado novo à investigação, não contribuindo mais para o aprimoramento da reflexão teórica baseada nos dados coletados (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

## 4.3 Procedimentos

Os dados foram coletados por meio de observação, durante o momento do parto e pós-parto imediato, no período de julho a agosto de 2013, e de entrevistas com os profissionais de saúde, no período de agosto a outubro de 2013. A observação, que se justifica devido à existência de muitos elementos que não podem ser apreendidos somente por meio da fala ou da escrita (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000), foi realizada em sala de parto, sendo iniciada no momento em que a mulher foi encaminhada até lá, para resolução da gestação, e finalizada quando a mesma saiu da sala de parto e foi encaminhada ao alojamento conjunto.

Para tanto, além do consentimento dos profissionais de saúde, foi solicitado também o consentimento das mulheres assistidas em sala de parto que, após serem informadas sobre os objetivos e finalidades da pesquisa, assinaram o TCLE específico (Apêndice B). As impressões da pesquisadora relativas às observações foram registradas em um diário de campo, conforme um roteiro de observação preestabelecido (Apêndice C), considerando-se o comportamento das pessoas presentes em sala de parto (postura corporal, contato visual, toque), as expressões verbais e não verbais utilizadas pelas pessoas (tom de voz, gestos) e a sequência dos eventos observados (hora de entrada na sala de parto, hora do nascimento, hora em que o bebê foi colocado em contato com a mãe, término da observação).

As entrevistas foram realizadas utilizando-se a modalidade semiestruturada, valorizando as opiniões, sentimentos e crenças dos sujeitos que têm a possibilidade de discorrer sobre o tema que lhe foi proposto, sem respostas ou condições estabelecidas previamente pelo pesquisador (MINAYO, 2010). A entrevista semiestruturada é um instrumento para obter informações corretas, previamente definidas e, ao mesmo tempo, permite que se realizem explorações não previstas, oferecendo liberdade ao entrevistado para dissertar sobre o tema ou abordar aspectos que sejam relevantes sobre o que pensa (GIL et al., 2004).

Para as entrevistas, foram utilizadas as seguintes questões norteadoras:

- Fale-me como você percebe o processo do primeiro contato da mãe com o bebê e da amamentação na sala de parto.

- Qual é a sua participação no auxílio do binômio mãe e filho em seu primeiro contato e na amamentação após o parto?

- Como você considera que deve ser a participação da mulher?

- O que você considera como fatores facilitadores para a realização do contato precoce e da amamentação na primeira meia hora pós-parto, dentro da sala de parto?

- O que você considera como fatores dificultadores para a realização do contato precoce e da amamentação na primeira meia hora pós-parto, dentro da sala de parto?

- Quais são as estratégias utilizadas para o enfrentamento das dificuldades encontradas?

As entrevistas foram realizadas em local privativo na maternidade (sala de cursos), teve duração de cerca de trinta minutos, foram gravadas com autorização dos participantes, por meio de gravador digital portátil e transcritas para serem analisadas.

Antes do início da coleta de dados, foi realizado um estudo-piloto para verificar a clareza, a compreensão e o ordenamento das questões norteadoras da entrevista. Os dados coletados no estudo-piloto foram excluídos da pesquisa. Os participantes do estudo-piloto também assinaram o TCLE.

#### 4.4 Análise dos dados

Os dados foram analisados considerando-se os registros das observações e das falas dos entrevistados, através do método de interpretação de sentidos (GOMES, 2010) que compreende a exploração do conjunto de opiniões e representações sociais sobre o tema investigado. As opiniões dos informantes são apresentadas de maneira fiel, realizando uma decomposição dos dados, buscando as relações entre as partes decompostas e por último buscando os sentidos das falas e das ações para se chegar a uma compreensão ou explicação que vai além do descrito e analisado (GOMES, 2010). Tanto a análise quanto a interpretação ocorrem ao longo de todo o processo, e o pesquisador procura finalizar a sua pesquisa fundamentando-se em todo o material coletado, articulando-o aos propósitos do estudo e à sua fundamentação teórica (GOMES, 2010).

Assim, para a análise, foram seguidas as etapas (GOMES, 2010), a saber:

- Leitura compreensiva do material selecionado: nesta etapa buscou-se ter uma visão de conjunto e apreender as particularidades do material através de uma leitura, montando uma estrutura que serve de base para a interpretação, descrevendo o material a partir da perspectiva dos atores, das informações e das ações coletadas, montando a estrutura da análise através de sucessivas categorização e distribuição das unidades que compõem o material.
- Exploração do material: nesta etapa procurou-se identificar e problematizar as ideias explícitas e implícitas no texto; buscar os sentidos mais amplos (socioculturais) atribuídos às ideias; e dialogar entre as ideias problematizadas e informações provenientes de outros estudos acerca do assunto e o referencial teórico do estudo.
- Elaboração de síntese interpretativa: é o ponto de chegada da interpretação propriamente dita, caminhando para a síntese do material, onde foram articulados os objetivos do estudo, a base teórica adotada e os dados empíricos.

#### 4.5 Aspectos éticos da pesquisa

O projeto de pesquisa foi encaminhado à Diretoria da Santa Casa de Misericórdia do município de Passos para análise e, após receber a autorização para a realização (Anexo A), foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, atendendo à determinação da Resolução 466/12, sobre pesquisa envolvendo seres humanos, sendo aprovado sob protocolo CAAE: nº 10258812.0.0000.5393 (Anexo B).

---

## ***5 RESULTADOS E DISCUSSÃO***



## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 Sobre os participantes do estudo

Participou da observação deste estudo um total de 42 profissionais de saúde que assistiram as mulheres durante a resolução da gestação.

Quanto à categoria profissional dos participantes observados, 21,4% (n=9) eram médicos obstetras, 4,8% (n=2), médicos anestesistas, 14,3% (n=6), médicos pediatras, 14,3% (n=6), enfermeiros, 33,3% (n=14), técnicas de enfermagem, 9,5% (n=4), auxiliares de enfermagem e 2,4% (n=1), psicóloga.

A idade dos participantes observados variou entre 19 e 59 anos e a média de idade destes participantes foi de 36,9 anos. Quanto ao tempo de formação profissional, os participantes possuíam no mínimo 3 meses e no máximo 33 anos, sendo que a média foi de 11,5 anos de formação. O tempo de atuação na Santa Casa de Misericórdia de Passos variou entre 3 meses e 30 anos, com média de 9,1 anos.

Em relação ao Curso de Capacitação da IHAC, 92,9% (n=39) dos profissionais relataram ter participado, e 7,1% (n=3) relataram não ter participado do referido curso.

O perfil dos participantes da observação está apresentado no Quadro 1. Para preservar o anonimato, foram atribuídos a eles nomes fictícios.

Quadro 1 – Perfil dos participantes da observação segundo idade, categoria profissional, tempo de formação, tempo de trabalho na instituição e realização do curso da IHAC

|    | <b>Nome fictício</b> | <b>Idade</b> | <b>Categoria Profissional</b> | <b>Tempo de formação</b> | <b>Tempo de trabalho na instituição</b>         | <b>Realização do curso da IHAC</b> |
|----|----------------------|--------------|-------------------------------|--------------------------|---|------------------------------------|
| 1  | Joice                | 41 anos      | TE                            | 12 anos                  | 18 anos, sendo 12 anos como TE e 6 anos como AE | Sim                                |
| 2  | Ana                  | 29 anos      | TE                            | 4 anos                   | 10 anos, sendo 4 anos como TE e 6 anos como AE  | Sim                                |
| 3  | Maria                | 19 anos      | AE                            | 1 mês                    | 1 mês   | Sim                                |
| 4  | Benedito             | 64 anos      | Médico GO                     | 33 anos                  | 30 anos   | Sim                                |
| 5  | Carlos               | 39 anos      | Médico Ped                    | 13 anos                  | 10 anos   | Sim                                |
| 6  | Daniel               | 32 anos      | Médico anestesista            | 6 anos                   | 5 meses   | Não                                |
| 7  | Sandra               | 56 anos      | TE                            | 6 anos                   | 8 anos, sendo 4 anos como TE e 2 anos como AE   | Sim                                |
| 8  | Joaquim              | 42 anos      | Médico GO                     | 18 anos                  | 18 anos   | Não                                |
| 9  | Sebastião            | 47 anos      | Médico GO                     | 21 anos                  | 16 anos   | Sim                                |
| 10 | Janáina              | 46 anos      | Médica GO                     | 22 anos                  | 16 anos   | Sim                                |
| 11 | Nilton               | 37 anos      | Médico Ped                    | 12 anos e 6 meses        | 10 anos   | Sim                                |
| 12 | Dulce                | 47 anos      | Médica GO                     | 21 anos                  | 7 anos  | Sim                                |
| 13 | Cibele               | 30 anos      | TE                            | 11 anos                  | 10 anos   | Sim                                |
| 14 | Shirley              | 38 anos      | TE                            | 18 anos                  | 18 anos   | Sim                                |
| 15 | Jane                 | 35 anos      | Médica Ped                    | 10 anos                  | 7 anos  | Sim                                |
| 16 | Felipe               | 56 anos      | Médico GO                     | 27 anos                  | 26 anos   | Sim                                |
| 17 | Kátia                | 37 anos      | Médica Ped                    | 11 anos                  | 11 anos   | Sim                                |
| 18 | Sofia                | 31 anos      | TE                            | 10 anos                  | 10anos  | Sim                                |
| 19 | Márcia               | 44 anos      | Médica Ped                    | 15 anos                  | 3 anos  | Sim                                |
| 20 | Leila                | 24 anos      | TE                            | 5 anos                   | 5 anos  | Sim                                |
| 21 | Paloma               | 38 anos      | Enfermeira obstetra           | 15 anos                  | 8 anos  | Sim                                |
| 22 | Bianca               | 34 anos      | TE                            | 14 anos                  | 13 anos   | Sim                                |

continua...

...conclusão

|    | <b>Nome fictício</b> | <b>Idade</b> | <b>Categoria Profissional</b> | <b>Tempo de formação</b> | <b>Tempo de trabalho na instituição</b> | <b>Realização do curso da IHAC</b> |
|----|----------------------|--------------|-------------------------------|--------------------------|---|------------------------------------|
| 23 | Diane                | 35 anos      | TE                            | 4 anos e 6 meses         | 4 anos e seis meses                     | Sim                                |
| 24 | Rafaela              | 36 anos      | AE                            | 4 meses                  | 4 meses                                 | Sim                                |
| 25 | Clara                | 31 anos      | Médico GO                     | 7 anos                   | 6 meses                                 | Sim                                |
| 26 | Tony                 | 34 anos      | Médico Ped                    | 9 anos e 6 meses         | 5 anos                                  | Sim                                |
| 27 | Laura                | 29 anos      | Enfermeira obstetra           | 3 anos e 8 meses         | 3 anos e 8 meses                        | Sim                                |
| 28 | Emily                | 45 anos      | Médica GO                     | 15 anos                  | 4 anos                                  | Sim                                |
| 29 | Leandra              | 25 anos      | Enfermeira                    | 3 anos e 7 meses         | 2 anos e 9 meses                        | Sim                                |
| 30 | Sabrina              | 25 anos      | Enfermeira                    | 3 anos e 8 meses         | 1 ano                                   | Sim                                |
| 31 | Meire                | 33 anos      | TE                            | 4 anos                   | 4 anos                                  | Sim                                |
| 32 | Neide                | 22 anos      | TE                            | 2 anos                   | 2 anos                                  | Sim                                |
| 33 | José                 | 48 anos      | Médico anestesista            | 23 anos                  | 21 anos                                 | Sim                                |
| 34 | Daniela              | 31 anos      | TE                            | 2 anos e 8 meses         | 2 anos e 8 meses                        | Sim                                |
| 35 | Vivian               | 59 anos      | AE                            | 32 anos                  | 32 anos                                 | Sim                                |
| 36 | Murilo               | 26 anos      | Enfermeiro                    | 2 anos                   | 2 anos e 8 meses, sendo 8 meses como TE | Sim                                |
| 37 | Gislaine             | 25 anos      | TE                            | 5 anos                   | 5 anos                                  | Sim                                |
| 38 | Eliane               | 43 anos      | AE                            | 23 anos                  | 3 anos e 3 meses                        | Sim                                |
| 39 | Brenda               | 24 anos      | TE                            | 3 anos e 6 meses         | 3 anos                                  | Sim                                |
| 40 | Rosa                 | 29 anos      | Enfermeira                    | 5 anos                   | 3 anos e 6 meses                        | Sim                                |
| 41 | Lia                  | 25 anos      | Psicóloga                     | 2 anos e 9 meses         | 2 anos e 9 meses                        | Sim                                |
| 42 | Lauro                | 58 anos      | Médico GO                     | 27 anos                  | 25 anos                                 | Sim                                |

Legenda: TE = Técnico de Enfermagem; AE = Auxiliar de Enfermagem; Médico GO = Médico Ginecologista e Obstetra; Médico Ped = Médico Pediatra e Neonatologista.

Além da observação dos profissionais que assistiram o parto, foi realizada a entrevista semiestruturada com 21 profissionais que atuavam no CO. O Quadro 2 descreve o perfil dos participantes da entrevista.

Quadro 2 – Perfil dos participantes da entrevista segundo idade, categoria profissional, tempo de formação, tempo de trabalho na instituição e realização do curso da IHAC

|    | <b>Nome fictício</b> | <b>Idade</b> | <b>Categoria profissional</b> | <b>Tempo de formação</b> | <b>Tempo de trabalho na instituição</b> | <b>Realização do curso da IHAC</b> |
|----|----------------------|--------------|-------------------------------|--------------------------|---|------------------------------------|
| 1  | Kátia                | 37 anos      | Médica Ped                    | 12 anos                  | 10 anos                                 | Sim                                |
| 2  | Sabrina              | 25 anos      | Enfermeira obstetra           | 3 anos e 8 meses         | 1 ano e 8 meses                         | Sim                                |
| 3  | Cibele               | 30 anos      | TE                            | 11 anos                  | 10 anos                                 | Sim                                |
| 4  | Joice                | 41 anos      | TE                            | 10 anos                  | 17 anos, sendo 10 como TE e 7 como AE   | Sim                                |
| 5  | Janaína              | 46 anos      | Médica GO                     | 22 anos                  | 17 anos                                 | Sim                                |
| 6  | Sofia                | 31 anos      | TE                            | 10 anos                  | 10 anos                                 | Sim                                |
| 7  | Maria                | 19 anos      | AE                            | 3 meses                  | 3 meses                                 | Sim                                |
| 8  | Paloma               | 38 anos      | Enfermeira obstetra           | 15 anos                  | 8 anos                                  | Sim                                |
| 9  | Jane                 | 35 anos      | Médica Ped                    | 10 anos                  | 7 anos                                  | Sim                                |
| 10 | Ana                  | 29 anos      | TE                            | 10 anos                  | 10 anos                                 | Sim                                |
| 11 | Rafaela              | 36 anos      | TE                            | 8 anos                   | 6 meses                                 | Sim                                |
| 12 | Sebastião            | 47 anos      | Médico GO                     | 21 anos                  | 17 anos                                 | Sim                                |
| 13 | Nilton               | 37 anos      | Médico Ped                    | 13 anos                  | 10 anos                                 | Sim                                |
| 14 | Lia                  | 25 anos      | Psicóloga                     | 2 anos e 9 meses         | 2 anos e 9 meses                        | Sim                                |
| 15 | Rosa                 | 29 anos      | Enfermeira                    | 5 anos                   | 3 anos e 6 meses                        | Sim                                |
| 16 | Clara                | 31 anos      | Médica GO                     | 7 anos                   | 7 meses                                 | Sim                                |
| 17 | Felipe               | 56 anos      | Médico GO                     | 27 anos                  | 25 anos                                 | Sim                                |
| 18 | Emily                | 45 anos      | Médica GO                     | 20 anos                  | 4 anos                                  | Sim                                |
| 19 | Diane                | 35 anos      | TE                            | 4 anos e 8 meses         | 4 anos e 8 meses                        | Sim                                |
| 20 | Laura                | 29 anos      | Enfermeira obstetra           | 4 anos                   | 11 anos, sendo 4 como enf. e 7 como AE  | Sim                                |
| 21 | Leandra              | 25 anos      | Enfermeira                    | 4 anos                   | 3 anos                                  | Sim                                |

Legenda: TE = Técnico de Enfermagem; AE = Auxiliar de Enfermagem; Médico GO = Médico Ginecologista e Obstetra; Médico Ped = Médico Pediatra e Neonatologista.

Quanto à categoria profissional dos participantes que foram entrevistados, 23,8% (n=5) eram médicos ginecologistas e obstetras, 14,3% (n=3), pediatras e neonatologistas, 23,8% (n=5), enfermeiras, 23,8% (n=5), técnicas de enfermagem, 9,5% (n=2), auxiliares de enfermagem e 4,8% (n=1), psicóloga.

A idade dos participantes entrevistados variou entre 19 e 56 anos e a média de idade destes participantes foi de 34,6 anos.

O tempo de formação profissional dos participantes variou entre 3 meses e 27 anos, sendo que a média foi de 10,5 anos. O tempo de trabalho na instituição variou entre três meses e vinte e cinco anos, com média de 8,5 anos de formação.

Todos os participantes referiram ter participado do Curso de Capacitação da IAHC.

O presente estudo buscou contemplar todas as categorias profissionais que prestavam a assistência junto às mulheres e aos recém-nascidos no CO da maternidade, pois se entende que um processo sistematizado de trabalho é baseado na integralidade, intersetorialidade e interdisciplinaridade, relacionando os saberes comuns das diversas profissões com as responsabilidades específicas de cada profissão (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009).

No que tange às observações, estas foram utilizadas como complementação dos elementos que não podem ser apreendidos, durante a entrevista dos participantes.

As observações foram realizadas nos três turnos de trabalho da instituição (manhã, tarde e noite), no período de julho a agosto de 2013. Todas se iniciaram no momento em que a mulher foi encaminhada para a sala de parto para a resolução da gestação e finalizaram quando a mesma saía da sala, encaminhada para o alojamento conjunto ou para a sala de recuperação anestésica (quando o parto era cesáreo).

As descrições das observações estão apresentadas no Apêndice D. Para manter o anonimato das parturientes e dos participantes observados do estudo, enumerou-se o parto conforme a sua ordem cronológica, e foram utilizados nomes fictícios para descrever os envolvidos. Foram observados 15 partos, sendo 73,3% (n=11) partos normais e 26,7% (n=4) cesáreas.

Durante as observações, percebe-se que a maioria dos profissionais de saúde comportou-se com naturalidade durante a assistência à parturiente, no procedimento do parto e no pós-parto imediato, mantendo a sua rotina de trabalho. No entanto, deve-se relatar que alguns profissionais começaram a modificar as suas ações habituais de trabalho durante a presença da pesquisadora como, por exemplo, em três partos normais observados, duas participantes passaram a colocar o recém-nascido, com roupa, para amamentar sobre a mulher

de camisola, dentro da sala de parto (sem haver o contato pele a pele) e não no corredor do CO, ao retirar a mulher da sala de parto, como era a rotina do local.

Essas mudanças do comportamento habitual do trabalho ocorridas devido à presença da pesquisadora na sala de parto são conhecidas na literatura científica como Efeito de Hawthorne: quando os sujeitos encontram-se em situações de observação cientes do motivo da mesma e podem modificar o seu comportamento, atuando com menos naturalidade (MACIEL et al., 2005). Porém, as mudanças de comportamento citadas no presente estudo não influenciaram nos resultados do trabalho, pois a presença como observadora não os intimidou para que iniciassem a realização da prática da amamentação na sala de parto, à maneira deles.

Durante as observações dos partos, foi possível verificar que não houve a ocorrência do contato pele a pele para estimular a amamentação, conforme preconiza o 4º passo da IHAC, ou seja, na primeira meia hora de vida do recém-nascido. Vale ressaltar que a maioria dos profissionais observados tinha conhecimento a respeito da importância da amamentação na sala de parto, como será apresentado adiante. Porém, realizavam os processos normativos e rotineiros referentes à assistência intraparto de forma mecanizada (parto, recepção do recém-nascido, revisão do canal de parto, sutura da incisão cirúrgica, episiorrafia, passagem da mulher para a maca e retirada da mulher e do bebê da sala de parto) e só após iniciavam o estímulo à amamentação com a ausência do contato pele a pele, quando o bebê já estava com roupa e a mulher de camisola, coberta por um lençol, ou seja, visavam à amamentação, mas sem valorizar o contato pele a pele entre a mãe e o bebê. Os recém-nascidos foram apresentados para a mãe através do contato “face a face”, ou mostrados a distância, ou levados primeiramente para os cuidados imediatos e depois colocados para amamentar, na maioria das vezes no corredor do pré-parto. Autores referem que o processo de trabalho e a prática dos profissionais de saúde se instalam como rotina e de forma mecânica na sala de parto para agilizar a assistência, dinamizando o plantão e desocupando os leitos em tempo hábil, e isto não permite que o contato pele a pele e o aleitamento materno sejam feitos no pós-parto imediato (SANTOS et al., 2012). Esta realidade também foi percebida no presente estudo, onde os participantes apresentaram-se integrados e ambientados ao local de trabalho, no entanto, percebeu-se que cada um desempenhou a sua função designada, não havendo critério estabelecido para a efetivação do 4º passo. O processo de trabalho em saúde, mesmo ocorrendo de forma coletiva e colaborativa, ainda se encontra com ações fragmentadas, em que cada área técnica fica responsável por uma parte da ação (PIRES, 2008).

Mesmo não havendo o contato pele a pele entre o binômio mãe e filho para o estímulo à amamentação na primeira meia hora pós-parto, em todos os partos observados os profissionais da equipe de Enfermagem colocaram o recém-nascido, vestido e de manta, pelo menos na mama da mulher, que se encontrava de camisola, para amamentar após o nascimento. A maioria dos recém-nascidos, 66,7% dos partos observados (n=10), foi colocada para amamentar dentro da primeira meia hora de vida. Considerando estes 10 partos, 40,0% (n=4) foram partos normais, e a amamentação ocorreu no corredor do CO, 30,0% (n=3) foram partos normais, e a amamentação ocorreu dentro da sala de parto e 30,0% foram partos cesáreos (n=3), e a amamentação ocorreu dentro da sala cirúrgica.

Nos demais partos, 33,3% (n=5), a amamentação ocorreu após a primeira meia hora pós-parto. Destes 5 casos, 60,0% (n=3) eram partos normais, e a amamentação ocorreu no corredor do CO, e 40,0% (n=2) eram partos cesáreos, e a amamentação ocorreu dentro da sala cirúrgica.

Há estudos que demonstraram que a frequência da prática do contato pele a pele e o aleitamento materno na primeira meia hora de vida do recém-nascido ainda se encontra baixa nas instituições que aderem aos “Dez Passos da IHAC” (BOCCOLINI et al., 2011; MONTE; LEAL; PONTES, 2012; SIQUEIRA; COLLI, 2013). Um estudo realizado, em um hospital Amigo da Criança em Recife-PE, revelou que mesmo não havendo intercorrências maternas ou infantis, a maioria dos recém-nascidos (59,3%) não foi colocada na mama da mulher para a amamentação e apenas 2,2% foram colocados em contato pele a pele (MONTE; LEAL; PONTES, 2012).

A análise das entrevistas dos participantes permitiu a identificação de unidades temáticas que convergiram para quatro categorias:

- A concepção e a prática do contato precoce pelos profissionais de saúde;
- Contribuições da mulher no contato precoce e aleitamento materno, na visão dos profissionais de saúde;
- Fatores que implicam no processo do contato precoce e aleitamento materno, na sala de parto;
- Modelo assistencial no processo do contato precoce e aleitamento materno, na sala de parto.

Estas categorias serão descritas a seguir.

## 5.2 A concepção e a prática do contato precoce pelos profissionais de saúde

Esta categoria buscou compreender como o contato precoce e o aleitamento materno, na sala de parto, são percebidos pelos profissionais de saúde. De acordo com as entrevistas, a maioria dos profissionais de saúde tinha conhecimento sobre a importância dessa prática, conforme descrito nas falas a seguir.

*“É um fator muito importante pra primeiro estimular a amamentação logo após o parto! Imediatos cuidados com o bebê, ele já é colocado imediatamente no peito da mãe. Isso vai estimular a produção de leite, o colostro, e o amor da mãe com a criança que é muito importante! É imprescindível esse primeiro contato na sala de parto, que é incentivado por toda equipe nossa aqui da obstetrícia.” (Felipe)*

*“É muito importante! A gente vê que o afeto aumenta por ela tá tendo esse primeiro contato, acalma o bebê, tranquiliza a mãe pós-parto, além de estimular a descida do leite.” (Sofia)*

A esse respeito, um estudo demonstrou que a maioria dos profissionais de saúde reconhece a importância do 4º passo da IHAC e os benefícios que essa prática causa tanto para a mulher quanto para o recém-nascido; no entanto, os profissionais apresentam dificuldades para definir o significado do passo e colocá-lo em prática (MONTE; LEAL; PONTES, 2012). Alguns autores afirmam que os profissionais de saúde que possuem qualificação e consciência sobre a importância do AM, como uma prática complexa que envolve fatores sociais, culturais, históricos, econômicos e psicológicos, contribuem significativamente para o seu estabelecimento e sua manutenção (FONSECA-MACHADO et al., 2013).

Vale ressaltar que a prática do contato precoce e do aleitamento materno na sala de parto está relacionada com a assistência humanizada prestada ao binômio mãe e filho (CORRÊA et al., 2010). Neste sentido, os participantes do estudo mostraram a importância da prática do contato precoce com o vínculo afetivo formado durante este procedimento, demonstrando entender que o laço afetivo estabelecido entre o binômio mãe e filho é relevante tanto para o relacionamento posterior entre ambos como para a interação e manutenção da amamentação, o que pode proporcionar a qualidade dessa prática e a oportunidade do contato físico e visual para mãe e filho (FROTA et al., 2008).

Na análise das entrevistas e das observações, percebeu-se que existe um paradoxo revelado pelos participantes: apesar de entenderem a importância do contato precoce e do



aleitamento materno na sala de parto, esta prática não é concretizada. Alguns participantes referiram que realizam esta prática, outros justificam a não realização devido ao fato de que a instituição é um hospital de referência de alto risco, ou porque houve intercorrências.

*“(...) nem sempre a gente consegue fazer esse contato imediato que você tá vendo aqui, a gente acaba sendo um hospital de referência de alto risco, isso impede muitas vezes da gente deixar o bebê rapidamente em aleitamento materno e em contato pele a pele com a mãe.” (Kátia)*

*“Coloca (em contato pele a pele), mas, muitas vezes, na hora que o profissional acha que pode colocar, e não na melhor hora que é esses 30 minutinhos, então eu ainda tenho essa percepção crítica (...) que nós temos que melhorar muito sobre isso. Seria assim uma hipocrisia assim eu te falar que nós somos bons nisso, não somos. E você deve ter tido essa percepção também. Ah, sai e faz o contato? Faz, mas é o adequado? Não, ainda não, mas nós vamos chegar nisso.” (Paloma)*

Os profissionais afirmaram que realizam o contato precoce pele a pele entre mãe e bebê, contudo salientam a necessidade de melhorias na realização desse procedimento. Apesar dessas afirmações, durante as observações, não se evidenciou a realização dessa prática em sala de parto. Estudo realizado em Maringá verificou que parte considerável dos recém-nascidos não teve contato pele a pele com sua mãe, ou teve esse contato por pouco tempo, o que revela a necessidade de revisão das estratégias para a promoção efetiva das ações de promoção do aleitamento materno, logo após o nascimento (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008).

Outro estudo desenvolvido em Uberaba, Minas Gerais, envolvendo enfermeiros que trabalhavam na Estratégia de Saúde da Família, evidenciou que os relatos dos participantes não foram consistentes com a prática observada. Foram identificadas discrepâncias entre o que os profissionais afirmaram em seus relatos e o que eles habitualmente realizavam em sua prática nos serviços de saúde. Os profissionais referiram realizar a promoção do aleitamento materno, no entanto, durante as observações de suas práticas, as pesquisadoras verificaram a ausência de ações pró-amamentação (FONSECA-MACHADO et al., 2013). Assim como no presente estudo, a maioria dos profissionais referiu que incentivava o contato pele a pele e a amamentação precoce na sala de parto, porém durante o período de observação, não foi constatada a realização dessa prática.

Evidencia-se que, apesar de algumas instituições terem o título de Hospital Amigo da Criança, ainda são encontradas deficiências relacionadas à realização do 4º passo (SIQUEIRA; COLLI, 2013). Autores referem que o fato de um hospital ser referência para a gestação de alto risco dificulta a assistência humanizada à mulher no ciclo gravídico-

puerperal (CORRÊA et al., 2010). Destaca-se que, apesar de ser possível o cumprimento das normas da IHAC em instituições que atendem gestantes de alto risco, a prevalência desta prática ainda é considerada baixa nestas instituições, como aponta estudo realizado em um HAC de Marília - SP, onde 7,0% dos recém-nascidos foram colocados em contato com a mulher na primeira meia hora após o parto, em 55,5% dos casos essa prática foi postergada, 24,0% dos recém-nascidos não a tiveram e em 13,5% dos casos não há dados disponíveis (SIQUEIRA; COLLI, 2013).

Alguns profissionais referiram que antes do contato precoce e da amamentação serem realizados na sala de parto, são feitos alguns procedimentos na recepção do recém-nascido (como o clampeamento do cordão umbilical, aquecimento, administração do kanakion e credeização) que compõem protocolos da instituição e que os profissionais do CO devem seguir. Esses procedimentos podem impedir a prática do contato precoce e do aleitamento materno com êxito, visto que devem ser realizados ainda na sala de parto. Durante as observações, verificou-se que os profissionais de saúde preocuparam-se também com a realização de outros procedimentos intervencionistas protocolados pela instituição, como a medicalização das parturientes e a realização da analgesia.

*“(...) então do ponto de vista do exercício, acho que isso ainda deixa um pouco a desejar né, o ideal seria nós termos a criança logo após o parto já com a oferta da mama pela mãe né, já iniciando o processo de aleitamento imediatamente depois de ter sido concebido. No entanto, nós ainda temos todo um processo que envolve muito mais uma condição técnica do ponto de vista da assistência do que necessariamente desse primeiro contato, dessa oferta do aleitamento materno imediatamente após o parto.” (Sebastião)*

*“A primeira coisa que a gente faz é secagem do bebê né, a gente tenta secar primeiro a fontanela, que é a cabecinha do bebê para que ele não perca calor, pra tirar o excesso né de sangue, de sujidade que fica. O segundo passo gente vai clampar o cordão né. (...) depois a gente faz o Kanakion IM [Intramuscular] que é sempre feito no vasto lateral direito da coxa né, a gente pinga também o Argirol que é uma vitamina K que a gente coloca no olhinho do bebê pra que não haja nenhum tipo de infecção e logo em seguida a gente coloca as pulseiras de identificação (...) pós as manobras do médico, dos cuidados médicos, a gente vai aquecer o bebê com a roupa né e depois dos cuidados a gente já passa ele pra mãe.” (Joice)*

De acordo com o 4º passo da IHAC, as instituições devem criar um ambiente favorável à amamentação, diminuindo os procedimentos invasivos, para facilitar o contato precoce e o início da amamentação, logo após o parto (CHALMERS et al., 2008). Porém, apesar desta constatação, ainda há hospitais que privilegiam normas mecânicas na assistência à amamentação, devido à existência de protocolos próprios que devem ser seguidos, mesmo

que sejam contraditórios ao que é preconizado pelos Dez Passos da IHAC (DODGSON; WATKINS; CHOI, 2010).

Vale ressaltar que, na maioria das vezes, a prática da amamentação é adiada devido a esses protocolos que priorizam cuidados e práticas intervencionistas tanto com a mulher quanto com o recém-nascido no pós-parto imediato; no entanto, sabe-se que muitos destes procedimentos poderiam ser realizados após o contato precoce e a amamentação na sala de parto (MERCER, 2007). A este respeito, alguns autores afirmam que as regras e estratégias institucionais referentes ao acompanhamento do parto trazem muitas restrições, dificultando a assistência no momento do parto e nascimento; porém, existem fatores individuais, como os próprios valores e as crenças culturais da mulher, e algumas estratégias institucionais que poderiam ser realizadas para evitar intervenções médicas desnecessárias e amenizar esta dificuldade na assistência (BEHRUZI et al., 2010). Neste estudo, os profissionais participantes deixaram clara a valorização que dão à realização de procedimentos técnicos em detrimento da prática do contato precoce e início da amamentação, demonstrando que ainda não incorporaram o que é recomendado pela IHAC, apesar de todos terem realizado o Curso de Capacitação da Iniciativa.

A maioria dos participantes referiu o contato precoce como sendo um fator de aproximação do binômio mãe e filho, o momento de a mulher identificar que o filho é seu através do toque, do cheiro, da amamentação, como um ato de amor, como uma forma de saúde para ambos e até mesmo como sendo contato face a face. A amamentação pode ocorrer ou não, porém o estímulo para sua ocorrência deve ser proporcionado pelos profissionais de saúde.

*“Eu acho que o contato afetivo, de início, que eles falam que tem que ser nos primeiro 30 minutos pós-parto, eu acho que é muito importante, que cria um vínculo maior da mãe com o bebê, ou do binômio mãe-bebê. Você vê que a mãe, quando ela toca no bebê de primeiro momento, o olhar dela é diferente, é fixo, ela já tem o contato, ela pega, você vê que ela já fala ‘meu filho’.” (Laura)*

*“Eu tento colocar o rosto a rosto né, eu encosto bem o rostinho da criança no rosto da mãe e tento colocar o corpinho mais perto, a mãe às vezes tenta pegar um pouquinho, abraça a criança, logo a gente já tira a criança pra não perder calor... nem sempre é possível a gente tá fazendo isso, mas sempre que possível a gente faz.” (Rafaela)*

A assistência dos profissionais de saúde, durante o processo de parto e nascimento, exerceu influência direta na amamentação (NARCHI et al., 2009). A separação entre mãe e filho nas primeiras horas pós-parto (mesmo que seja uma separação breve, nas primeiras duas

horas) leva a uma redução da resposta afetiva da mãe ao recém-nascido. A proximidade e as interações comportamentais entre mãe e filho, durante as primeiras horas, são determinantes para uma maior ligação entre eles; devido a isso, os profissionais de saúde devem incentivar esse contato, apenas separando mãe-filho no caso de intercorrências (DUMAS et al., 2013). O contato pele a pele influencia no aumento das taxas de AM exclusivo durante a permanência no hospital, existindo a necessidade de maior tempo de exposição ao contato precoce pele a pele no período pós-parto (BRAMSON et al., 2010). No presente estudo, é possível inferir que os profissionais não apreenderam a necessidade do contato pele a pele precoce para o incentivo da amamentação na primeira meia hora, pois eles afirmam a importância desta primeira amamentação, mas nas observações percebe-se que este momento não é precedido pelo contato.

Os participantes relataram que a amamentação dentro da sala de parto não acontece na instituição, ocorrendo quando a mulher é retirada da sala de parto, no corredor do pré-parto, podendo ser entre a primeira meia hora do nascimento ou em tempo estendido, o que foi confirmado pelas observações realizadas dos partos.

*“(...) só que a amamentação na sala de parto mesmo, na sala de parto ela não existe, aqui no hospital não existe. Não sei se você percebeu, não existe. Agora depois que a gente tira a mãe da sala, da maca lá põe na maca e leva ali pra aquele corredor aí lá a gente já pega o nenê e já põe no peito, é a primeira coisa que a gente faz, mas na sala de parto mesmo não existe a amamentação.” (Sabrina)*

*“Eu percebo que aqui, a gente trabalhando existe estímulo ao aleitamento materno. Porém, eu penso que seria mais interessante se o bebê fosse colocado, ainda na sala de parto, em contato com a mãe. Porque aqui acontece do bebê receber os primeiros cuidados, avaliação do pediatra, colocar a roupinha e depois ser colocado para amamentar quando a mãe já está na maca, e já saiu da sala de parto. Eu penso que o ideal seria colocar o bebê, até sem roupinha ainda ali já para iniciar a amamentação. Mas talvez, por uma questão de praticidade né, da avaliação do bebê pelo pediatra, dos primeiros cuidados isso não é realizado dessa maneira.” (Emily)*

O cumprimento do 4º passo da IHAC deve visar a maior auxílio dos profissionais de saúde à mulher para aumentar o índice da amamentação, o que é necessário não apenas para a manutenção do título Hospital Amigo da Criança, mas para o efetivo aumento das taxas de AM (SILVA; SILVA; MATHIAS, 2008). No entanto, a ansiedade e a pressa da equipe que assiste as parturientes/puérperas em sala de parto para o início dos cuidados com o recém-nascido no pós-parto imediato, principalmente quando é fim de turno do plantão ou devido à sobrecarga do trabalho, podem implicar na não realização da prática do contato precoce e na

amamentação na sala de parto (MATOS et al., 2010), o que pode ter ocorrido no presente estudo.

Alguns profissionais referiram que o contato precoce e o aleitamento materno são realizados com mais facilidade em parto normal do que em cesárea, e que, muitas vezes, no parto cesáreo esta prática não ocorre, embora seja possível e preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009b). Além disso, nas observações foi possível constatar que, mesmo não havendo o contato pele a pele entre o binômio mãe e filho após o parto cesáreo, a amamentação no pós-parto é estimulada.

*“(…), a gente sabe que isso no parto vaginal é bem mais fácil, cesariana temos algumas complicações, a gente tá num hospital Santa Casa, faz convênios, particulares, a gente tem uma porcentagem muito grande desses, dos partos cesarianos né, mas a gente tem que cada vez mais estimular, primeiro aumentar a taxa dos partos vaginais e segundo estimular sempre esse contato precoce pra que não aconteça aí todas essas, de colocar o nenenzinho não na primeira meia hora de vida pra amamentar.” (Nilton)*

A esse respeito, estudos pontuam que o tipo de parto está relacionado com a realização do contato precoce e do aleitamento materno, na sala de parto. O parto normal é o que mais contribui para que essa prática aconteça, pois permite que a mulher atue como coparticipante no estabelecimento deste processo. Já os partos cesáreos, por causarem maiores complicações à saúde da mulher e do recém-nascido, por serem um processo cirúrgico, trazem maiores dificuldades para a realização dessa prática (MONTE; LEAL; PONTES, 2012; SIQUEIRA; COLLI, 2013).

Em um estudo desenvolvido no Egito, 86,7% das mulheres que tiveram parto normal realizaram o contato precoce pele a pele com o bebê e 60% iniciaram a amamentação dentro de uma hora, após o nascimento. No caso das mulheres que tiveram parto cesáreo, 40% tiveram contato precoce pele a pele com o bebê e 16,7% iniciaram a amamentação precoce, demonstrando as dificuldades relacionadas à realização do 4º passo, no que tange ao tipo de parto (SALLAM et al., 2013). Esses dados reforçam o que foi apontado em outros estudos acerca da realização do aleitamento materno precoce em partos cesáreos, havendo a prorrogação do seu início (ORÜN et al., 2010; ROWE-MURRAY; FISHER, 2002). Outros autores corroboram a pesquisa confirmando que os partos cesáreos dificultam a prática do contato precoce e do aleitamento materno, por ser um procedimento intervencionista (MATOS et al., 2010; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2011; SVENSSON et al., 2013). Há estudos que relatam que os partos cesáreos reduzem a prática do AM na primeira hora de vida do recém-nascido, o que pode estar associado ao uso de anestésicos e de procedimentos pós-

parto, sentimentos de dores e sonolência da mulher (BRASIL, 2008b; SILVA; SILVA; MATHIAS, 2008), no entanto há autores que revelam que esta prática pode ser realizada tanto em parto normal quanto cesárea (FELDMAN-WINTER; PROCACCINI; MEREWOOD, 2012). Nesse sentido, os profissionais de saúde têm uma função importante, podendo atuar de forma com que busquem soluções para a realização dessa prática em todos os tipos de parto (BOCCOLINI et al., 2008; MONTE; LEAL; PONTES, 2012).

### **5.3 Contribuições da mulher no contato precoce e aleitamento materno, na visão dos profissionais de saúde**

Considerou-se importante conhecer a visão dos profissionais de saúde em relação à participação das parturientes quanto ao contato precoce e ao aleitamento materno na sala de parto. Alguns profissionais de saúde, através de seus relatos, descreveram que a participação da mulher neste momento é passiva.

*“Na verdade é um pouco passiva né no primeiro momento né a participação dela, porque ela tá na cama, ela tá deitada né, então na verdade a gente que coloca o bebê né, então é um pouco passiva né, aí só depois que ela levanta, que ela já foi pro alojamento, que ela tá no quarto, já começa ser uma participação mais ativa dessa mãe né em relação ao aleitamento, então se você não colocar o bebê ela não vai ter o contato né, então eu acho que a participação no primeiro momento dessa mãe, assim, imediatamente ao nascimento é mais passiva do que ativa né, que depende muito da equipe né!” (Kátia)*

*“Na verdade assim a mãe ela tá ali, ela tá imobilizada, então assim ela não tem como ter uma iniciativa, as pessoas que estão ali participando do parto que vão ter que vir até ela e trazer né (...) ela vai ser só receptiva ali porque na verdade ela não vai levantar da mesa, ela não vai sair dali, ela vai ter aquela participação que a gente proporcionar pra ela poder participar entendeu, a equipe.” (Clara)*

A passividade das mulheres, durante o momento do parto e nascimento, também foi relatada em estudo que identificou que os trabalhadores realizam os procedimentos assistenciais sem questionar o desejo da parturiente, não lhes dando a oportunidade de participar das decisões tomadas na sala de parto (CARVALHO et al., 2012). Ou seja, a parturiente/puérpera não participa das condutas e ações desenvolvidas durante o tempo que permanece no CO, devido ao autoritarismo dos profissionais sobre estas parturientes no

momento do parto. Para os profissionais, as mulheres não possuem condições de opinar sobre o que é melhor para elas e para os recém-nascidos, por isso desconsideram o protagonismo delas na cena do parto (CARVALHO et al., 2012).

Outros autores apontam que as mulheres possuem pouca ou nenhuma autonomia para decidir sobre amamentar seus filhos na primeira meia hora de vida, permanecendo reféns do autoritarismo dos profissionais de saúde e das práticas institucionais (BOCCOLINI et al., 2011). No presente estudo, a condição da mulher perante a assistência no CO não foi diferente. Neste sentido, destaca-se que, para que haja a humanização do parto e nascimento, a mulher deve ser respeitada em sua totalidade, participando ativamente das decisões que envolvem sua assistência em relação ao parto e nascimento, sendo que seus direitos e suas vontades devem ser cumpridos (WOLFF; WALDOW, 2008).

Apesar de serem consideradas passivas pelos participantes, estes referiram que a maioria das mulheres possui aceitação e desejo de ter o contato precoce com o filho e de amamentá-lo. Referiram também que as mulheres apresentam-se colaborativas, não oferecendo resistência a essa prática, mesmo após ter passado pelo período de estresse, tanto físico quanto emocional, do trabalho de parto e do parto. Durante as observações, constatou-se que as mulheres demonstravam ansiedade para ver e tocar seus filhos. Algumas se viravam em direção ao berço aquecido, onde o recém-nascido era levado para a realização dos procedimentos de recepção, com o intuito de alcançá-los através do olhar e até questionavam onde estava o filho e se não iriam amamentar. A resposta dos profissionais era sempre a mesma, que após os procedimentos realizados com o recém-nascido, haveria a aproximação entre ambos.

*“São raras as mães que não querem amamentar... são raras! Acontece muito, elas querem, a não ser mesmo quem não tá querendo aquela criança que por algum motivo tá negando aquela gestação, negou aquela gestação, mas a maioria das vezes, 98% que eu vejo elas aceitam e querem também, às vezes até muitas vezes a gente tá fazendo os cuidados no neném elas já estão querendo, já tão querendo colocar, a família também, muitas das vezes também procura, não vai colocar pra mamar? Vamos colocar? É interessante isso!” (Cibele)*

*“Não tem nenhuma mãe que não aceita isso. A amamentação é intimamente ligada ao filho. É, faz parte da mulher. Só não aceita quem vai doar o filho, tanto que quando vai doar você nem deixa ver. Ela não quer nem ver o filho, aí já tá cortado o laço desde a barriga já, já tá cortado. Mas toda mãe, é muito difícil falar não quero amamentar, algumas não conseguem, mas a amamentação é considerada importante pras as gestantes.” (Janaína)*

Estudos apontam que a prática do contato precoce é vista pela mulher como sendo um momento de aproximação e reconhecimento do recém-nascido como seu filho, podendo apreciá-lo, vivendo sentimentos de emoção, amor, alegria, expectativa, realização, favorecendo aconchego ao binômio mãe e filho, o que demonstra que elas desejam e aceitam a vivência dessa prática (BYARUHANGA et al., 2008; SANTOS et al., 2013). A prática do contato pele a pele e o AM na sala de parto torna a assistência ao parto e nascimento humanizada, uma vez que abrange benefícios nos aspectos psicoafetivos, orgânicos e fisiológicos, promove a formação do vínculo afetivo entre a mulher e o recém-nascido, além de prolongar o AME (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2011). Outros autores afirmam que, ao realizarem essa prática, as mulheres se sentem mais tranquilas, seguras e aliviadas de saberem que o recém-nascido está bem, ao sentirem através do contato pele a pele, ao segurarem o filho, pelo toque, o que ameniza todo medo, ansiedade e a curiosidade que vivenciaram no momento da gestação (MATOS et al., 2010).

Apesar dessas evidências, alguns profissionais relataram que há mulheres que não querem realizar esta prática, oferecendo resistência ou dificultando-a, pois, às vezes, aquela gestação não foi querida ou planejada, ou estão indispostas e sentindo dores e incômodos devido ao trabalho de parto ou parto, podendo não demonstrar interesse em amamentar ou estão incapacitadas e imaturas para esta prática. Todavia, é preciso frisar que, durante as observações, foi possível constatar que a mulher não teve autonomia para dizer se queria ou não amamentar, quando isso era proposto pelos profissionais de saúde.

*“Quantas vezes eu coloco o neném pra sugar e que a mãe não tá nem olhando pro menino. Você deve ter visto isso. As mães da cesárea sai às vezes cansadas, sonolentas, a gente não faz medicação pra elas dormirem, mas eu posso te falar que uma mãe que sai de uma cesárea às vezes nauseando vomitando quer pôr pra sugar naquele momento?” (Paloma)*

*“Eu acho que, culturalmente, ainda nós não temos uma condição onde a própria gestante, logo em seguida puérpera, ela esteja capacitada do ponto de vista do recebimento desta criança e pro exercício da amamentação. Eu acho que há uma imaturidade muito grande ainda, ainda uma negação do ponto de vista destas puérperas à amamentação e amamentar é chato, amamentar dói, amamentar sangra, amamentar faz com que haja é dedicação exclusiva pra aquela nova pessoinha que tá presente ali, e isso muitas vezes depende de que, de uma construção, da receptividade da criança, uma construção que ainda hoje ela é precária né, então essa é a minha visão.” (Sebastião)*

Um comportamento adequado dos profissionais de saúde deveria ser o questionamento às mulheres sobre o desejo da realização da prática do contato precoce e do AM na sala de



parto, dando a elas a oportunidade de escolha, valorizando sua autonomia através do consentimento (MONTE; LEAL; PONTES, 2012; SANTOS et al., 2012), o que foi observado em apenas um parto na presente pesquisa. É importante destacar que, após o parto, as mulheres podem se apresentar em condições físicas e emocionais desconfortáveis para iniciar a amamentação na sala de parto (MONTEIRO; GOMES; NAKANO, 2006). Assim, os profissionais que assistem parturientes/puérperas devem informá-las sobre a possibilidade do AM na sala de parto, questionando se é da vontade delas ou não, auxiliando-as no momento da amamentação e respeitando seus desejos e vontades (PEREIRA et al., 2013).

Há autores que relatam que os profissionais de saúde responsáveis pela assistência ao binômio mãe e filho, com proposta de humanização, devem apresentar conhecimento e habilidades específicas, proporcionando apoio à mulher para que ela tenha o direito e a autoconfiança de escolha sobre o que é melhor para ela e para o recém-nascido (COSTA; TEODORO; ARAÚJO, 2009). Os profissionais que assistem parturientes/puérperas devem informá-las sobre a possibilidade do AM na sala de parto, questionando se é da vontade dela ou não, auxiliando-a no momento da amamentação, respeitando seus desejos e vontades (PEREIRA et al., 2013), o que não ocorreu no presente estudo.

As dificuldades existentes na participação da mulher no contato precoce e no aleitamento materno, na sala de parto, foram trazidas pela maioria dos entrevistados como sendo questões pessoais, sociais, culturais, econômicas e mitos que as próprias mulheres trazem de suas vivências e até mesmo o fato de elas não se identificarem com o profissional que oferece assistência no CO.

*“Às vezes algumas situações que elas trazem que é lá de fora, de pessoas que falam durante a gestação, olha mas não pode fazer isso, olha o bebê tem que mamar só depois, tem que ver primeiro como que ele ficou, mas algumas questões que elas já veem, e que às vezes a gente não consegue ver bem esse primeiro contato (...) uma questão cultural dessa mulher, alguma coisa que ela já trouxe. Ou algum profissional que tá ali dentro que ela por algum motivo não gostou, que não se identificou muito com esse profissional ou porque às vezes o ambiente cultural de coisas que elas ouviram. Olha na sala de parto não pode fazer isso, você nem pisca hein! Olha não pode fazer! (...) Então nesse sentido pode ser um fator ou outro que dificulte, ou a não identificação com algum profissional, do ambiente (...) ou essas questões que podem ser cultural do ambiente dela.” (Lia)*

A assistência humanizada prestada à parturiente/puérpera e ao recém-nascido requer cuidados assistenciais que vão além do processo biológico, pois conforme descrito nas falas dos participantes do presente estudo, as mulheres trazem consigo mitos, tabus, questões culturais, sociais e econômicas que podem interferir na assistência. Daí a necessidade de os

profissionais de saúde estarem adaptados às transformações da sociedade, respeitando os reais valores, a cultura e os saberes resultantes da experiência humana, e a construção de um espaço de socialização no que tange às parturientes assistidas (BUSANELLO et al., 2011; SANTOS et al., 2013).

Através das entrevistas, a maioria dos profissionais de saúde afirmou que as mulheres não conseguem assimilar as orientações feitas durante a admissão no pré-parto para a resolução do parto e início da amamentação, devido ao processo doloroso e emocional causado pelo trabalho de parto. No decorrer da observação, foi visto que os profissionais direcionavam as mulheres de forma carinhosa, cuidadosa e as apoiavam quanto ao estímulo à amamentação, porém não realizavam as orientações.

*“Porque chega ali a primeira coisa a paciente tá com dor; com dor a paciente não quer nem conversar com você, tem paciente que não quer conversar. A gente tá falando, aí, mas agora que você tem que perguntar isso, eu tô com dor! Muitas falam isso.” (Sabrina)*

*“As mulheres não têm condições de associar informação porque elas chegam aqui preocupadas com o parto, com medo do parto, muitas vezes, ou já com dor do processo de parto, então se eu chegar perto dela nesse momento e for falar tudo de amamentação e a importância, olha, você pode ter certeza que ela não absorve nem 10% sobre isso.” (Paloma)*

Nessa perspectiva, estudos afirmam que é de extrema importância as orientações referentes ao aleitamento materno que devem ser iniciadas no pré-natal e reforçadas no parto e puerpério, buscando a conscientização e o protagonismo das mulheres e a concretização de um cuidado humanizado e protetor ao binômio mãe e filho. Esta estratégia possibilita à mulher vivenciar o parto e nascimento de uma forma mais positiva, estando informada e orientada quanto aos procedimentos (DEMITTO et al., 2010; RIOS; VIEIRA, 2007).

A importância de respeitar a mulher na escolha em participar dessa prática, seus reais desejos, sua cultura, seu protagonismo na assistência, reconhecendo os seus limites emocionais, foi referida por três profissionais entrevistados. O contato precoce pele a pele e a amamentação no pós-parto imediato não dependem apenas dos profissionais de saúde, das condições biológicas e físicas do binômio, mas também da rotina da instituição, do desejo da mulher e da assistência e das informações adequadas e acessíveis oferecidas às mulheres, permitindo segurança e aprendizado.

*“Antes a gente deixava essa mulher sem resolução né, eu falo assim que ela não era a mais importante do cenário né e o mais importante era a gente*

*pôr esse menino pra mamar (risos) hoje eu vejo que não, que quem tem que decidir isso é ela e eu estou pra apoiar.” (Paloma)*

Nesse sentido, um estudo descreve que as instituições que atendem às parturientes/puérperas possuem o poder de controle de quando e como será o parto, quem e quando pode ter contato com o binômio mãe e filho e como deve ser o comportamento dos profissionais que estarão envolvidos nessa prática, e isso faz com que a assistência ao parto se torne desumanizada, em que a mulher não possui o direito de decidir sobre o seu próprio corpo (SOUZA; GAÍVA; MODES, 2011). No caso da presente pesquisa, apenas dois participantes demonstraram ter esta percepção do respeito ao corpo da mulher.

*“Então pra mim dentro de todo esse tempo né, esse pouco tempo que eu tenho de experiência, o que precisa acontecer na verdade, desde que a mulher se sinta à vontade pra fazer, se ela pegar e falar não, não quero colocar meu bebê para amamentar agora, que ela tenha também essa opção né, que ela possa escolher se ela quer ou não colocar o bebê, o seio também é dela né. Então pra mim é assim.” (Nilton)*

#### **5.4 Fatores que implicam no processo do contato precoce e aleitamento materno, na sala de parto**

Esta categoria buscou compreender, sob a ótica dos participantes, os fatores que implicam na realização do contato precoce e do aleitamento materno, uma vez que essa prática influencia positivamente no estabelecimento do apego e do vínculo entre o binômio mãe e filho e no início e manutenção da amamentação.

Os profissionais relataram os fatores que facilitam a ocorrência dessa prática, tais como: orientações feitas durante o trabalho de parto no CO, assistência humanizada, trabalho de parto tranquilo e sem complicações, parto vaginal, orientações durante o pré-natal, a presença do acompanhante na sala de parto, principalmente o companheiro, o desejo e a aceitação da mulher em participar, a colaboração, disposição e treinamentos da equipe do CO.

*“Eu acho que aquela mãe que teve um trabalho de parto tranquilo, porque tem umas mães que têm um trabalho de parto muito tenso, sabe, elas ficam cansadas. Então, eu acho que um dos fatores é esse, o trabalho de parto tranquilo, normal sabe, uma mãe que já vem orientada antes do parto, aquela mãe que já faz o cursinho de gestante, acho que elas têm outra visão. Eu acho que a mãe que tá junto com o esposo também, porque tem algumas*

*mães, a gente vê muito esse caso, que não têm marido, ou se não, teve com um moço e agora não está mais com ele, ou tem umas que não sabem nem quem que é o pai, então eu acho que quando tá ali a mãe, o filho e o esposo também eu acho deve ser um fator de extrema importância isso.” (Sabrina)*

*“A coisa mais importante é a boa vontade, você querer fazer! Quando você quer o primeiro passo já foi tomado. E a equipe colaborar né, o médico obstetra, pediatra, tá colaborando pra você coloque isso, porque não adianta se você for colocar e o pediatra não faz isso aqui, deixa eu terminar minha parte depois você faz ou o obstetra deixa eu terminar a sutura ou a revisão de parto pra depois fazer isso...então é a colaboração multiprofissional e a boa vontade de cada um, médica e enfermagem. Da equipe que estiver dentro da sala de parto. Quem tiver assistindo essa paciente.”(Sofia)*

Há estudos que comprovam que as orientações fornecidas às mulheres para a lactação, durante o pré-natal, são fundamentais para a manutenção da amamentação. Elas devem ser orientadas para que possam vivenciar o parto de forma positiva, evitando maiores complicações no puerpério, sendo informadas das vantagens e desvantagens da amamentação; sua técnica; o início no pós-parto imediato, com a finalidade de aumentar a sua habilidade, aceitação e confiança (DEMITTO et al., 2010; MICHAELSEN, 2008). As orientações realizadas durante o trabalho de parto e no parto também são consideradas como importantes fatores humanizadores para as mulheres, proporcionando a elas a compreensão sobre os cuidados e maior participação nos processos de decisão (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008).

Além disso, a presença de um acompanhante no momento do trabalho de parto e na sala de parto, principalmente o pai do recém-nascido, facilita a ocorrência dessa prática, pois este pode encorajar, apoiar e proporcionar segurança à mulher (GOMES; MOURA, 2012; STANCATO; VERGÍLIO; BOSCO, 2011; TELES et al., 2010).

Com relação à influência do tipo de parto na efetivação do contato pele a pele precoce, um estudo demonstrou que as mulheres que tiveram parto vaginal receberam assistência humanizada com maior qualidade em comparação ao parto cesáreo, o que contribui para o favorecimento da evolução do parto e nascimento, além do estímulo à participação no aleitamento materno na sala de parto (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2011), o que condiz com as falas dos profissionais de saúde entrevistados do presente estudo.

Em relação aos fatores que dificultam a ocorrência do quarto passo da IHAC, a maioria dos profissionais relatou que o fato de as mulheres estarem tensas ou sentindo dores, devido ao processo do trabalho de parto e do parto, as complicações no parto com a mulher ou com o bebê, a ausência de acompanhantes, a assistência prestada ao recém-nascido no momento do pós-parto imediato, a não aceitação da mulher em relação ao filho e o parto

cesáreo dificultam a assistência ao binômio no momento do contato precoce e a amamentação na sala de parto.

*“Partos difíceis, partos em que a mãe esteja com problemas prévios ou que esteja com soro, ou que tenha sido parto operatório, com fórceps. Enfim, que a mãe esteja muito traumatizada naquele momento. Isso é um fator que dificulta. Segundo quando o neném não nasce bem. Às vezes o bebê nasce com hipóxia, precisa receber oxigênio, precisa aspirar secreções. Então não dá pra colocar imediatamente nesse momento. Terceiro ah... A motivação da equipe toda, no sentido de estar atento a essa questão de colocar o bebê o mais rápido possível junto à mãe.” (Emily)*

Sabe-se que a vitalidade comprometida do recém-nascido, os momentos de vulnerabilidade da mulher, a falta de interesse e a colaboração dos profissionais dificultam a prática imediata do contato pele a pele e conseqüentemente o AM (THUKRAL et al., 2012; WHITE et al., 2012). Além disso, como já referido anteriormente, alguns hábitos e normas nas instituições implicam na prorrogação ou na não realização do contato precoce e amamentação, no pós-parto imediato (MATOS et al., 2010; MONTE; LEAL; PONTES, 2012; SIQUEIRA; COLLI, 2013).

A estrutura da sala de parto e o número insuficiente dos profissionais de saúde para assistirem as parturientes/puérperas, na sala de parto, são fatores que os participantes da pesquisa acrescentaram como dificultadores dessa prática e que foram confirmados durante a observação dos partos como: grande demanda de parturiente; na maioria dos partos normais as salas se encontravam com a porta aberta, e ambas as salas, tanto de parto normal quanto cirúrgicas, encontravam-se superlotadas com profissionais, estagiários e residentes.

*“(...)um dos fatores que dificulta é normalmente o fluxo aqui oh, que elas tão aqui (se refere à sala de parto) mas tem mil coisas pra fazer lá fora, então elas têm que correr com o serviço pra dar conta. Superlotação, as pacientes entendeu, a demanda grande tipo assim. Eu acho que o que dificulta um pouco é isso. Elas não deixam a gente fazer, né mas às vezes atrasa um pouco.” (Rosa)*

*“(...) nós não temos uma sala de parto onde eu consideraria que o ambiente fosse um ambiente adequado pro parto. Nós temos uma sala de passagem né que tudo é muito corrido tudo é muito rápido, tudo é muito claro, tudo é muito barulhento, tudo é muito é... digamos assim... não tem toda aquela conjectura de fatores que seria necessário no local de mais paz, de mais tranquilidade onde esse processo poderia ser exercitado. Enquanto a gente tiver vivendo dentro do modelo atual isso é impossível de acontecer. Por mais que a gente quebra um pouquinho aqui um pouquinho acolá né dentro da condição hoje que os partos acontece é... eu diria que é muito pouco provável da gente conseguir uma mudança desse modelo.” (Sebastião)*

Essas dificuldades apresentadas estão de acordo com os achados de um estudo que descreveu as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde para uma assistência de qualidade, que se relacionam com: o número insuficiente de funcionários; como estes usam o seu tempo de trabalho; a infraestrutura deficiente para a realização de uma assistência humanizada; a resistência e despreparo da equipe, mesmo que esta realize cursos e capacitações para uma assistência humanizada à mulher no período intraparto (BULHOSA et al., 2007). Autores confirmam que é muito importante que a estrutura da sala de parto ofereça condições para o atendimento de qualidade, o que facilita uma assistência humanizada, podendo realizar a prática do contato precoce e o AM imediatamente após o parto, o que requer a atenção de vários aspectos, como a estrutura dos serviços, aspectos estruturais, recursos humanos, assim como a capacitação e sensibilização dos profissionais acerca da humanização do parto e nascimento (GAÍVA et al., 2010). Assim, a estrutura adequada do CO é um requisito fundamental, a fim de que a assistência prestada à parturiente/puérpera seja humanizada para a integridade da mulher, proporcionando um ambiente acolhedor, calmo, com iluminação adequada, apoio, segurança e tranquilidade para essa mulher e seu filho recém-nascido (BRASIL, 2008b; BUSANELLO et al., 2011).

A maioria dos entrevistados relatou que as estratégias para a melhoria na assistência relacionada à amamentação, em sala de parto, seriam a assistência humanizada, a integração da equipe quanto ao quarto passo da IHAC, a retirada dos procedimentos de rotina realizados na recepção imediata do recém-nascido e a inserção do parto normal com analgesia, pois isso minimizaria a sensação de dor, melhorando a receptividade tanto do bebê quanto da mãe para a realização do contato pele a pele e estimulando a amamentação ainda na sala de parto.

*“Existem vários passos em aleitamento materno na sala de parto que realmente a gente precisa melhorar. Só que passo a passo a gente tá melhorando, né, aos poucos a gente vem criando, amadurecendo as ideias de serem cada vez melhores e a gente cada vez mais consegue atuar de uma maneira melhor em relação ao recém-nascido ao aleitamento na sala de parto, né. Então acho que a gente tá num passo que tá assim, a grande maioria de obstetra e dos pediatras já estão convencidos sobre isso, sobre a necessidade, né, só que existem algumas questões ainda que a gente discute pra melhorar. Então por exemplo, é, otimizar a parte de vitamina K e crede, né, então, que é o que a grande maioria das maternidades que são, que convivem com esse aleitamento materno muito mais intenso que a gente vive aqui, geralmente eles fazem esses procedimentos no alojamento conjunto, né, pra isentar esse bebê da primeira dor, né, da vitamina k ou desse olhinho com o credê que a gente usa. Só que isso o hospital ainda não conseguiu otimizar porque, mais pelo espaço físico mesmo, pela estrutura que a gente tem hoje em dia a gente tem no alojamento conjunto né, então mais pela situação assistencial que ainda é feito aqui. Então isso já minimizaria essa*

*sensação de dor e teria mais receptividade do bebê pra poder começar a sugar.” (Kátia)*

*“Eu acho que essa assistência ela deveria ser um pouco retardada e colocar em primeira ação o aleitamento, entendeu? Acho que essa é uma estratégia que ela é fundamental, nós retardarmos essa assistência e focarmos no aleitamento. Essa é a primeira estratégia. Se a gente conseguir fazer isso, a gente vai ser eficiente. Então, eu acho que a gente precisaria de mudança do fluxo, né, é conversar com os pediatras, pra que eles dessem essa percepção de mudança e a equipe de enfermagem aderir a isso. É difícil de fazer? Não, superfácil, na verdade nós estamos a um passo de fazer isso, né (...)” (Paloma)*

É sabido que rotinas hospitalares interferem na prática do contato precoce e do aleitamento materno na sala de parto, como a administração de medicamentos na puérpera dentro do centro obstétrico; a pressa de retirar a mulher da sala de parto, não permitindo que o recém-nascido fique em contato pele a pele com ela; a priorização dos cuidados imediatos ao recém-nascido como a secagem do bebê, administração de vitamina K, credeização, e pesagem do recém-nascido. Essas rotinas acarretam vários prejuízos, dificultando a efetivação do 4º passo (CARVALHO et al., 2012; MATOS et al., 2010; MONTE; LEAL; PONTES, 2012; STANCATO; VERGÍLIO; BOSCO, 2011).

As estratégias para a melhoria da realização do contato precoce e da amamentação estão relacionadas à melhoria do suporte profissional de saúde que presta assistência durante esta prática e à promoção de ações na sala de parto que visem à diminuição de procedimentos intervencionistas e ao auxílio no reconhecimento entre mãe e filho (BARBOSA et al., 2010). A educação continuada com os profissionais de saúde e a renovação dos saberes, também, podem ser uma forma de melhorar a qualidade da assistência prestada (MATOS et al., 2010). Outras estratégias relacionadas com a melhoria para a realização dessa prática seriam as mudanças nas rotinas hospitalares, humanizando o momento do nascimento, modificações nas estruturas físicas do CO, comprometendo as ações dos profissionais e da assistência prestada pela equipe que assiste as parturientes/puérperas, promovendo uma assistência de qualidade e segura e reconhecendo que o momento da parturição é ímpar, tanto para a mulher como para o recém-nascido (BUSANELLO et al., 2011; STANCATO; VERGÍLIO; BOSCO, 2011).

Apesar dessas evidências, e de reconhecerem quais as possíveis estratégias para a concretização do 4º passo da IAHC, a tentativa de mudanças não foi verificada durante as observações, demonstrando o distanciamento entre a fala dos profissionais e a sua prática efetiva.

### 5.5 Modelo assistencial no processo do contato precoce e aleitamento materno, na sala de parto

Nesta categoria foi possível identificar que o processo de trabalho dos profissionais de saúde do CO é fragmentado e executado de forma mecânica. Os participantes relataram que o papel desempenhado no CO por cada profissional é bem específico, demonstrando que não há integralidade na assistência e nas equipes de saúde.

*“Quem mais faz que fica muito próximo à mãe é a equipe da enfermagem né, que faz a orientação, que coloca essa mãe depois que a gente recepciona, que coloca essa mãe no peito né, esse bebê no peito da mãe, então elas estão muito mais envolvidas no processo do aleitamento materno e do contato pele a pele do que a gente, do que os médicos em si, da equipe médica né, é que vai mais pra corrigir uma pega ou pra fazer uma orientação mais específica né, pra essa mãe, e geralmente a gente acaba ficando mais responsável pelas dificuldades no aleitamento materno do que com esse primeiro contato, e também quando não são partos de alto risco, então com os partos normais, aí consegue fazer né.” (Kátia)*

*“Então não é a cargo do médico. Isso não é cargo do médico. Isso é cargo da enfermagem. Eu só vigio, eu tô vendo que as minhas pacientes aqui estão sendo colocadas pra poder sugar. Mas não é função da gente isso.(...) É fundamental a enfermagem colocar o bebê para mamar. É fundamental, porque se for depender da mãe ela nem sabe o que pode fazer o que não pode! Tá tendo dor na hora, tá na sala em posição ginecológica, acabou de ter o bebê, tá cansada, então assim... a enfermagem que é importante oferecer, não é uma demanda espontânea da paciente. É o serviço que faz isso. Se for depender da paciente, acho que isso não iria acontecer.” (Janaína)*

A fragmentação do trabalho em saúde pode ser identificada na separação do pensar, do fazer, na fragmentação conceitual, na fragmentação técnica e social, e nas rígidas relações de hierarquia e subordinação que fazem emergir a divisão social do trabalho entre as diferentes categorias profissionais (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010). Como foi evidenciado no presente estudo, a equipe de saúde possui profissionais que desempenham diferentes funções, ações e ideias, acarretando a falta de identificação com a assistência ao aleitamento materno.

O compromisso com as práticas preconizadas pela IHAC é de responsabilidade de todos, e não específica de algum profissional ou de uma categoria. No entanto, a fragmentação do trabalho e a falta de articulação dos profissionais acabam afastando-os da responsabilidade da prática, resultando em um trabalho descaracterizado de significado e que é realizado devido à imposição de uma rotina hospitalar (BULHOSA et al., 2007; DODGSON; WATKINS; CHOI, 2010), o que ficou claramente evidenciado nas falas dos participantes e durante as observações.



A maioria dos profissionais da equipe de enfermagem, ao ser responsabilizada pela realização do contato precoce e do amamentação, relata que o seu papel na assistência à parturiente/puérpera vai desde a orientação sobre a importância e apoio para esta prática até a sua efetivação. Porém, segundo os participantes, esta prática só ocorre após ser realizada a recepção e avaliação física do recém-nascido, devido ao cumprimento do protocolo da instituição. Isso foi visto em todos os partos durante observação como uma rotina do CO.

*“É orientar a mãe quanto aos benefícios que ela está oferecendo pro neném dela e pra ela, e está incentivando ela a dar amamentação, assim como também a família que está presente, né, muita das vezes o marido a mãe, a sogra (...) minha participação é incentivar, é colocar no peito, é incentivar, é falar, é insistir.” (Cibele)*

*“É a gente que recebe esse nenê, então, é parte [papel] da gente tá colocando ele mesmo nesse primeiro contato pele a pele, estimular a mãe, orientar a mãe no que vai tá fazendo e elas são superacolhedoras, se elas querem esse contato, então, assim que a gente seca o bebê, a gente já procura tá pondo neste primeiro contato pra tá estimulando essa mãe e esse bebê também.” (Sofia)*

Autores descrevem que o fato da responsabilidade da promoção do aleitamento materno ser repassado à equipe de enfermagem se justifica, pois estes profissionais se sobressaem no desenvolvimento de habilidades técnicas e nas orientações realizadas aos usuários dos serviços de saúde, no caso, as parturientes/puérperas (SILVA et al., 2013). Logo, a equipe de enfermagem é considerada importante para o estabelecimento do padrão de alimentação, pois assume o papel normalizador e regularizador das práticas da amamentação (GRAÇA; FIGUEIREDO; CONCEIÇÃO, 2011).

Assim, na presente pesquisa, verificou-se que os participantes demonstraram saber que o 4º passo deve ser realizado, uma vez que a instituição é acreditada como Hospital Amigo da Criança. No entanto, nem todas as categorias profissionais se responsabilizam pelo seu cumprimento. É importante ressaltar que os profissionais que assistem as mulheres nesta prática, independente da categoria profissional, devem auxiliá-la, apoiá-la e incentivá-la (MARQUES et al., 2010), não responsabilizando somente uma categoria profissional, como foi evidenciado na presente pesquisa. Assim, é necessário que todos os profissionais de saúde da equipe do CO tenham maior envolvimento, para que o contato precoce e a amamentação em sala de parto aconteçam, reorganizando suas práticas e rotinas hospitalares (SIQUEIRA; COLLI, 2013).

Estudo demonstra que, no contexto hospitalar, o processo de trabalho na assistência ao parto e nascimento é dividido entre as variadas categorias profissionais, mais especificamente entre os médicos e a equipe de enfermagem, pois as responsabilidades das atividades

realizadas são direcionadas conforme a especificidade de cada nível profissional (LAMBERT; HOGA; JAMAS, 2010). A forma como os profissionais de saúde organizam o seu processo de trabalho está mais relacionada com a categoria profissional do que com a própria qualificação ou com o desempenho profissional; assim o fundamento do modelo de divisão de trabalho no momento do parto e nascimento é baseado nas posições hierárquicas dos profissionais de saúde que assistem as mulheres durante esse momento e não nas competências profissionais (DOTTO; MAMEDE; MAMEDE, 2008). Isso também foi evidenciado na presente pesquisa, com relação à assistência em amamentação, pois os participantes tinham uma divisão de trabalho conforme a sua categoria, independente da formação. Mesmo todas as categorias obtendo a qualificação/capacitação para a realização das ações da IHAC, nem todas se responsabilizaram pela sua efetivação.

As falas dos participantes e as observações demonstraram que o modelo assistencial do serviço ainda continua preso às questões técnicas e biologicistas, pois a assistência é fragmentada e não rompe com as rotinas hospitalares para facilitar a realização do 4º passo da IHAC, mesmo a instituição sendo acreditada como tal.

*“Porque o bebê nasce, a gente espera cerca de um minuto pra fazer a laqueadura do cordão e aí o bebê é levado para o bercinho que está ali ao lado da mãe para o pediatra fazer a avaliação inicial. A avaliação inicial dele. Se o bebê está bem né. Ver se tem que aspirar alguma secreção. Enfim, avaliação inicial da pediatria. E aí já é feito já é feita a vitamina k. Já é feito o credê, no olhinho do bebê. E aí já coloca a roupinha. E o pediatra, é isso que eu falo da praticidade. Que pra ele é mais prático já pegar o bebê, avaliar e ele já fica liberado. O pediatra geralmente, os pediatras de maneira geral, eles estimulam a amamentação. Eles terminam a avaliação, mostram o bebê pra mãe e depois comentam com a mãe para iniciar o aleitamento materno o mais rápido possível.” (Emily)*

*Atualmente a gente tem uma rotina de pré-parto né, então, a gente tem que seguir essa rotina, porque não foi mudada ainda, não depende só da gente né, o hospital ele... a gente ainda tem que seguir normas, apesar da gente ter vários protocolos já seguidos, a gente tem que aguardar não depende só da gente (...) o nenê nasce, é levado pro bercinho, são dados os cuidados né, que são clampagem do cordão, do coto umbilical, feita a vitamina K, feito o argirol, pesar, colocar pulseira, pôr roupa e depois levar pra mãe... essas são as rotinas, né... e esperar um minuto pra ser clampado o cordão.” (Laura)*

Devido à rotina e agilidade no processo de trabalho, durante a assistência ao binômio mãe e filho, o contato pele a pele e AM no pós-parto imediato não estão sendo realizados, causando implicações para o cumprimento do 4º passo (SANTOS et al., 2012).

A esse respeito, alguns autores referem que a construção da assistência em aleitamento materno está baseada nos valores que os profissionais agregam a esta prática, como sendo um

o ato biológico e natural, descuidando dos aspectos psicossociais, econômicos e culturais e esquecendo os valores que a mulher já possui (MARQUES et al., 2010). Fica evidente, portanto, que o modelo assistencial assumido pelos profissionais de saúde é biologicista, com a fragmentação da assistência e centrado na hierarquia médica.

Assim, o modelo assistencial adotado influencia de forma negativa a realização do contato precoce e no AM logo após o parto, uma vez que os profissionais de saúde valorizam as intervenções do período do parto e nascimento, focando a assistência nos procedimentos intervencionistas (WALSH; PINCOMBE; HENDERSON, 2011).

Pensando sobre a dificuldade da concretização da realização do 4º passo da IHAC na realidade das instituições de saúde, pode-se inferir que esta relaciona-se à falta de conhecimentos adequados dos profissionais de saúde para realizar, incentivar e apoiar o contato pele a pele.

Assim, a prática do contato pele a pele precoce e da amamentação na primeira meia hora após o parto, no contexto de um HAC, requer ainda um processo de mudança na rotina dos serviços de saúde e no modelo de assistência (DODGSON; WATKINS; CHOI, 2010; MELLEIRO; MAGALDI; PARISI, 2008; RAMOS et al., 2010). As dificuldades encontradas confirmam a necessidade de focar a assistência em um contexto mais amplo que envolva a mulher em sua integralidade. O profissional deve assisti-la explorando as necessidades que vão além do biológico, compreendendo a nutriz em todas as suas dimensões, deixando-a segura e satisfeita (LIMA; MELLEIRO, 2006; MELLEIRO; MAGALDI; PARISI, 2008; OLIVEIRA et al., 2012; RAMOS et al., 2010).

Diante disso, para o estabelecimento e manutenção da amamentação, os profissionais devem reconhecer a influência dos fatores sociais, culturais, econômicos e psicológicos envolvidos nesse processo, de forma que atendam às necessidades apresentadas pelo binômio mãe e filho (FONSECA-MACHADO et al., 2013).

Assim, deve-se reafirmar a necessidade de investimentos em programas de sensibilização e capacitação dos profissionais envolvidos na atenção ao nascimento (MODES; GAÍVA; PATRICIO, 2010), pois o 4º passo da IHAC vai além dos procedimentos biológicos. Para tanto, é indispensável a ocorrência de mudanças no processo de trabalho e no modelo da assistência, pois só assim haverá a valorização dos aspectos socioculturais das mulheres durante o processo do parto e nascimento, proporcionado a elas a experiência de um momento satisfatório, durante a parturição e início da amamentação (SOUZA; GAÍVA; MODES, 2011).

**6 CONTATO PRECOCE  
E ALEITAMENTO MATERNO NA SALA DE PARTO, NA  
PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

## **6 CONTATO PRECOCE E ALEITAMENTO MATERNO NA SALA DE PARTO, NA PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

A proposta deste estudo foi compreender as práticas dos profissionais de saúde relacionadas à assistência às mulheres e aos recém-nascidos, durante a realização do contato precoce e da amamentação na primeira meia hora após o parto, no contexto de um Hospital Amigo da Criança. Partiu-se do pressuposto de que a concepção dos profissionais de saúde sobre o contato precoce está relacionada com a forma como estes irão conduzir suas ações na assistência à mulher e ao recém-nascido, durante a primeira meia hora após o parto.

Em relação ao campo de investigação, considerou-se importante a realização da observação da atuação dos profissionais no momento do parto, analisando o ambiente em que os profissionais trabalhavam.

Os participantes deste estudo, tanto os da observação quanto os entrevistados, eram de várias categorias profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e psicólogo) e a maioria atuava há mais de 9 anos na instituição.

É importante destacar que as mulheres no período do pós-parto imediato encontram-se em um período de fragilidade física e psicológica, o que interfere no vínculo entre o binômio mãe e filho, necessitando do apoio dos profissionais de saúde, para que elas sejam encorajadas a amamentar ainda na sala de parto, respeitando suas particularidades e diversidades socioculturais (BOCCOLINI et al., 2011; SANTOS et al., 2012). Com relação ao recém-nascido, o momento do pós-parto imediato é aquele em que ele se encontra mais alerta, o que facilita a interação com a mulher através do contato pele a pele, indo além dos aspectos fisiológicos, como afetivo e emocionais, estimulando a primeira amamentação, facilitando a sua continuidade futura, além de proporcionar a formação do vínculo entre mãe e filho (BRASIL, 2009c; MOORE; ANDERSON; BERGMAN, 2012; VIVANCOS et al., 2008).

A importância dos profissionais de saúde que atuam na sala de parto é de amparar as mulheres durante a realização do contato pele a pele, pois este auxílio favorece a amamentação no pós-parto imediato (MOORE; ANDERSON; BERGMAN, 2012).

Apesar dessas evidências, a maioria dos participantes da presente pesquisa demonstrou, durante as entrevistas, conhecimento quanto a esta prática, relacionando-o com o estabelecimento do vínculo afetivo entre mãe e filho; no entanto, durante as observações, não foi evidenciado o contato pele a pele em nenhum dos partos acompanhados. A maioria dos

recém-nascidos foi colocada para amamentar dentro da primeira meia hora, mas sem seguir o recomendado pelo 4º passo da IHAC, que é em contato pele a pele com a mãe.

Conforme observado nos partos acompanhados e nos relatos dos participantes da presente pesquisa, a participação das puérperas quanto ao contato precoce e ao aleitamento materno na sala de parto é passiva, no entanto, a maioria delas demonstra aceitar, desejar e querer o seu filho, logo após o nascimento para amamentá-lo.

Nesse sentido, verificou-se que os profissionais norteiam suas ações de acordo com as condições biológicas da mulher e do recém-nascido, sem valorizar o fator emocional que envolve o momento e sem considerar a mulher como protagonista, realizando a prática do contato precoce e da amamentação como uma imposição ou para o cumprimento da rotina da unidade, o que se opõe à humanização da assistência (CORRÊA et al., 2010). Por conseguinte, as mulheres não estabelecem uma participação efetiva na prática do contato precoce e primeira amamentação (SILVA; BARBIERI; FUSTINONI, 2011).

No presente estudo, a maioria dos participantes ressaltou a importância das parturientes/puérperas receberem orientações durante o pré-natal, com a finalidade de facilitar o processo do contato precoce e amamentação na sala de parto. A falta dessas orientações pode gerar preocupações desnecessárias, expectativas frustrantes para essas parturientes/puérperas, dificultando o auxílio e a realização dessa prática pelos profissionais de saúde do CO, no processo do parto e nascimento (BUSANELLO et al., 2011; CATAFESTA et al., 2009; MONTE; LEAL; PONTES, 2012 ). No entanto, o que se nota é que esta orientação não ocorre, o que deixa as mulheres dependentes dos profissionais para amamentarem seus filhos pela primeira vez, sendo que a decisão da forma e do local para a primeira mamada é determinada pelo profissional e pela rotina do serviço que pouco valorizam o contato pele a pele para estimular a amamentação.

Os participantes da presente pesquisa revelaram alguns fatores que facilitam a realização do 4º passo da IHAC, como: a assistência humanizada prestada pelos profissionais de saúde do CO; uma estrutura adequada como um ambiente acolhedor e tranquilo para o processo do parto e nascimento; o desejo e aceitação da mulher para a prática do contato precoce e do AM na sala de parto; a presença do acompanhante na sala de parto; a colaboração, disposição, treinamento e conscientização dos profissionais de saúde. A este respeito, autores descrevem que, para o sucesso deste passo, os profissionais de saúde devem reconhecer o significado das experiências das mulheres e orientar e capacitar a mulher na decisão de amamentar partindo destas experiências (AZEREDO et al., 2008).

A formação permanente desses profissionais, através de cursos, capacitações e atualizações, permite o domínio sobre a temática e pode propiciar desenvoltura para a comunicação e estabelecimento de vínculo entre os profissionais e as mulheres que vivenciam a maternidade e a amamentação (AZEREDO et al., 2008). Além disso, destaca-se a presença do acompanhante, especificamente o pai do recém-nascido. Esta presença faz com que a mulher se sinta mais segura e tranquila durante o parto e nascimento, além de ser considerada como uma ação preconizada pela assistência humanizada (SOUZA; GAÍVA; MODES, 2011). Apesar dessas evidências, demonstradas na literatura científica e reconhecidas pelos próprios participantes, fica claro que os mesmos ainda não estão fazendo uso desses recursos para concretizar a realização do 4º passo da IHAC na instituição estudada.

Com relação aos fatores que dificultam o quarto passo da IHAC e a efetivação da humanização do parto e nascimento, destacam-se a deficiência da estrutura física das instituições; as rotinas centradas no biomédico, a falta de interesse dos profissionais que assistem as parturientes/puérperas em se capacitarem para uma assistência de maior qualidade e a carência de leitos e o número insuficiente de funcionários para darem a assistência (SOUZA; GAÍVA; MODES, 2011), apontados também pelos participantes deste estudo.

Além disso, fatores que comprometem a vitalidade materno-infantil podem interferir na obtenção do sucesso da prática do contato precoce e do aleitamento materno, como as mulheres se encontrarem cansadas, sonolentas devido à analgesia, ou terem complicações vitais; em relação ao recém-nascido, o desconforto respiratório ou Apgar menor que seis, ou complicações que os levem para a UTI ou UCI neonatal, também, podem ser fatores que implicam no insucesso da prática (MATOS et al., 2010; MONTE; LEAL; PONTES, 2012; SIQUEIRA; COLLI, 2013; STANCATO; VERGÍLIO; BOSCO, 2011).

As questões apresentadas acima estão diretamente relacionadas ao modelo assistencial seguido pelos participantes que se manifestou claramente durante as observações e as entrevistas. O modelo assistencial é centrado em questões técnicas e biologicistas, e a assistência durante o período intraparto ocorre de maneira mecânica e fragmentada, seguindo-se as rotinas hospitalares sem a reflexão sobre o processo de trabalho, o que incide também na realização do 4º passo da IHAC. Conforme relatam alguns autores, o cenário do parto transformou-se de um evento natural para um evento técnico, medicalizado, com deficiências na estrutura física, modelo biomédico que desconsidera o ser humano na perspectiva holística, com falta de capacitação, desinteresse da equipe e carência de leitos e de funcionários (SOUZA; GAÍVA; MODES, 2011). Na atualidade, o modelo assistencial em saúde tenta buscar a coletividade, integralidade e multidisciplinaridade, no entanto, a assistência ainda

ocorre por meio de ações fragmentadas, onde cada categoria profissional se responsabiliza por exercer determinada função (PIRES, 2008).

Esta realidade foi apresentada pelos participantes do estudo que demonstraram não se responsabilizar pela efetivação do contato precoce entre mãe e bebê e amamentação logo após o nascimento, sendo que esta responsabilidade foi geralmente referida como de outra categoria profissional.

Considerando a humanização da assistência ao parto e nascimento, nota-se a necessidade de intensas modificações das ações e rotinas, tornando esse momento o menos medicalizado possível através da realização de práticas assistenciais que garantam a integridade física e psíquica da mulher, potencializando somente as intervenções que são necessárias à saúde do binômio mãe e filho, após o parto (SOUZA; GAÍVA; MODES, 2011).

Logo, torna-se um desafio às instituições e aos profissionais de saúde que assistem o binômio mãe e filho modificar a concepção quanto ao modelo fragmentado e mecanicista na assistência à mulher e ao recém-nascido no período intraparto, o que envolve o contato precoce e a amamentação em sala de parto. Este desafio se apresenta devido à necessidade de estabelecer o parto e nascimento como um evento natural que prescindir de procedimentos intervencionistas desnecessários, respeita e reconhece os envolvidos: mulher, recém-nascido e família, como protagonistas deste processo, facilitando assim a adaptação à maternidade e, conseqüentemente, a efetivação da amamentação (AZEREDO et al., 2008; CARVALHO et al., 2012; MODES; GAIVA; PATRÍCIO, 2010).



---

***7 CONSIDERAÇÕES FINAIS***

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisar as práticas dos profissionais de saúde referentes ao momento do nascimento e do estímulo à primeira amamentação, no contexto de um Hospital Amigo da Criança, permitiu verificar que estas práticas estão em dissonância com o que é preconizado pelo 4º passo da IHAC e também com os preceitos da assistência humanizada.

A realização do contato precoce e da amamentação em sala de parto implica em respeitar o desejo, a cultura e o suporte social de cada mulher, considerando a humanização da assistência a ela, ao recém-nascido e à sua família. Cada parto é único, e a individualidade de cada mulher deve ser respeitada para que ela possa escolher o melhor para si e para seu filho, ou seja, ela tem o direito de ser orientada quanto a essa prática, mas também tem o direito de ser respeitada, caso haja recusa após as orientações dos benefícios dessa prática.

No entanto, foi encontrada pouca consistência entre as afirmações da maioria dos participantes da pesquisa quanto à prática do contato e amamentação precoce, ao relacionar com as observações realizadas. Além disso, as ações não estavam de acordo com o que o 4º passo dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” que a IHAC preconiza, e com a assistência humanizada que propõe um modelo assistencial que vai além da dimensão biológica da amamentação.

Nesse sentido, acredita-se que a compreensão das percepções dos profissionais de saúde sobre esta prática pode fornecer indicativos para a elaboração de estratégias que visem à melhoria da assistência à saúde materno-infantil. Os profissionais de saúde exercem o importante papel de promotores das ações da IHAC, especialmente no que tange ao 4º passo. Como foi visto no presente estudo, houve um maior destaque para os profissionais de enfermagem como aqueles que são responsáveis pela realização da prática, porém toda a equipe multiprofissional deveria ser incentivada a adotar uma postura de respeito e acolhimento, de forma a tornar essa experiência positiva para a mulher e para a criança.

Existe uma contradição entre o modelo assistencial humanista que é preconizado e o modelo biomédico que ainda é realizado pelos profissionais de saúde da instituição, através de uma assistência intervencionista e mecanizada. Assim, os resultados deste estudo sugerem a necessidade de melhoria na assistência às mulheres e aos recém-nascidos, pelos profissionais de saúde, através de capacitações, em relação à prática do contato precoce e da amamentação em sala de parto, pois a definição dessa prática é interpretada de diferentes maneiras por estes

profissionais, e os processos usados para disseminar e implementar o 4º passo da IHAC precisam ser revistos.

A presente pesquisa traz subsídios importantes para a elaboração de ações que têm por finalidade a melhoria da assistência em aleitamento materno, para o atendimento humanizado e de qualidade, promovendo condições favoráveis para a realização dessa prática. Para tanto, verifica-se a necessidade de reorganização das rotinas hospitalares, amenizando os procedimentos técnicos que poderiam ser suprimidos ou postergados, em favor do contato precoce e da amamentação na primeira hora pós-parto, valorizando a mulher como a protagonista da assistência e respeitando os seus reais desejos. Além disso, é preciso assegurar que a equipe realize um processo de trabalho mais integrado, sem fragmentação das funções, em que todos os profissionais se responsabilizem pelas ações em prol da amamentação.

A falta de estudos com o mesmo objetivo da presente pesquisa e com a mesma população-alvo fez com que houvesse dificuldades para realizar a comparação com outros estudos e contextos, tornando evidente a necessidade de aprofundamento e a realização de novas pesquisas para explorar ainda mais esta temática. Assim, outros estudos poderiam ser desenvolvidos, com outras abordagens metodológicas, com a finalidade de compreender melhor as necessidades destes profissionais para favorecer a efetivação da IHAC, especificamente do 4º passo.

Mesmo sabendo que a instituição do estudo possui o título de Hospital Amigo da Criança e que todos os partos e nascimentos devem seguir “Os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”, não foi permitido acompanhar os partos do convênio e particular, somente aqueles que eram realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o que foi uma limitação do estudo, pois não se pôde analisar se os passos da IHAC são seguidos nesses casos.

Espera-se que, com esta pesquisa, os profissionais de saúde possam desenvolver ações que facilitem e amenizem as dificuldades para a efetivação do contato pele a pele e da amamentação na sala de parto, apoiados em evidências científicas, favorecendo dessa maneira o aumento das taxas de aleitamento materno e a melhoria da saúde materno-infantil.

---

***REFERÊNCIAS***

## REFERÊNCIAS

ALBERTS, J. R. Learning as adaptation of the infant. **Acta Paediatrica Supplement**, Uppsala, n. 397, p. 77-85, 1994.

ALVES, I. G. Reconstrução da maternidade: os discursos da pediatria e obstetrícia nas revistas femininas na década de 1920. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, v. 18, p. 322-325, 2011. Suplemento 1.

ARAÚJO, M. F. M.; SCHMITZ, B. A. S. Maternidade: iniciativa hospital amigo da criança e incentivo ao aleitamento materno. In: ISSLER, H. (Coord.). **O aleitamento materno no contexto atual: políticas, práticas e bases científicas**. São Paulo: Sarvier, 2008. cap. 4, p. 135-145.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface, Comunidade, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004.

\_\_\_\_\_. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS-UERJ; ABRASCO, 2009.

AZEREDO, C. M.; MAIA, T. M.; ROSA, T. C. A.; SILVA, F. F.; CECON, P. R.; COTTA, R. M. M. Percepção de mães e profissionais de saúde sobre o aleitamento materno: encontros e desencontros. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 336-344, 2008.

AZEVEDO, D. S.; REIS, A. C. S.; FREITAS, L. V.; COSTA, P. B.; PINHEIRO, P. N. C.; DAMASCENO, A. K. C. Conhecimento de primíparas sobre os benefícios do aleitamento materno. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 53-62, 2010.

BACKES, D.; LUNARDI, V.; LUNARDI, W. D. F. Hospital humanization as an expression of ethics. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 132-135, 2006.

BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Tradução de Walter Dutra. 5. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BARBOSA, V.; ORLANDI, F. S.; DUPAS, G.; BERETTA, M. I. R.; FABBRO, M. R. C. Aleitamento materno na sala de parto: a vivência da puerperal. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 9, n. 2, p. 366-373, 2010.

BEHRUZI, R.; HATEM, M.; FRASER, W.; GOULET, L.; MASAKO, I.; MISAGO, C. Facilitators and barriers in the humanization of childbirth practice in Japan. **BMC Pregnancy and Childbirth**, London, v. 10, n. 1, p. 1-18, 2010.

BOCCOLINI, C. S.; CARVALHO, M. L.; OLIVEIRA, M. I. C.; LEAL, M. C.; CARVALHO, M. S. Fatores que interferem no tempo entre o nascimento e a primeira mamada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2681-2694, 2008.

BOCCOLINI, C. S.; CARVALHO, M. L.; OLIVEIRA, M. I. C.; VASCONCELOS, A. G. G. Fatores associados à primeira hora de vida. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 69-78, 2011.

BRAMSON, L.; LEE, J. W.; MOORE, E.; MONTGOMERY, S.; NEISH, C.; BAHJRI, K.; MELCHER, C. L. Effect of early skin-to-skin mother-infant contact during the first 3 hours following birth on exclusive breastfeeding during the maternity hospital stay. **Journal of Human Lactation**, Charlottesville, v. 26, n. 2, p. 130-137, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma brasileira para comercialização de alimentos para lactentes**. 4. ed. Brasília, DF, 1999.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa nacional de humanização da assistência hospitalar**. Brasília, DF, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a criança menor de dois anos**. Brasília, DF, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. 3. ed. Brasília, DF, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Apoio à Descentralização. **Diretrizes operacionais: pactos pela vida, em defesa do SUS e gestão**. Brasília, DF, 2007. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Pactos pela Saúde, 1).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher**. Brasília, DF, 2008a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC nº 36, de 03 de junho de 2008. Dispõe sobre o regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 jun. 2008b. Seção 1, p. 50.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Rede amamenta Brasil: caderno do tutor**. Brasília, DF, 2009a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Iniciativa hospital amigo da criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado**. Brasília, DF, 2009b. (Normas e Manuais Técnicos. Série A).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal**. Brasília, DF, 2009c. (Projetos, programas e relatórios. Série C).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha para mãe trabalhadora que amamenta**. Brasília, DF, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de informática do SUS (DATASUS). **Indicadores municipais de saúde**. 2011. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/tabfusion/tabfusion.cfm>>. Acesso em: 25 jul. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Lançada nova estratégia amamenta e alimenta Brasil**. 2012a. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/noticia/noticia\\_ret\\_detalle.php?cod=1528](http://dab.saude.gov.br/noticia/noticia_ret_detalle.php?cod=1528)>. Acesso em: 10 mar. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica nº33: saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília, DF, 2012b.

BULHOSA, M. S.; LUNARDI, V. L.; LUNARDI FILHO, W. D.; GONÇALVES, S. A. Promoção do aleitamento materno pela equipe de enfermagem em um hospital amigo da criança. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 28, n. 1, p. 89-97, 2007.

BUSANELLO, J.; KERBER, N. P. C.; MENDOZA-SASSI, R. A.; MANO, P. S.; SUSIN, L. R. O.; GONÇALVES, B. G. Atenção humanizada ao parto de adolescentes: análise das práticas desenvolvidas em um centro obstétrico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 64, n. 5, p. 824-832, 2011.

BYARUHANGA, R. N.; BERGSTRÖMB, A.; TIBEMANYA, J.; NAKITTO, C.; OKONG, P. Perceptions among post-delivery mothers of skin-to-skin contact and newborn baby care in a periurban hospital in Uganda. **Midwifery**, Edinburgh, v. 24, n. 2, p. 183-189, 2008.

CARFOOT, S.; WILLIAMSON, P.; DICKSON, R. A randomised controlled trial in the north of England examining the effects of skin-to-skin care on breastfeeding. **Midwifery**, Edinburgh, v. 21, p. 71-79, 2005.

CARVALHO, A. C. O.; SARAIVA, A. R. B.; GONÇALVES, G. A. A.; SOARES, J. R.; PINTO, S. L. Aleitamento materno: promovendo o cuidar no alojamento conjunto. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 14, n. 2, p. 241-251, 2013.

CARVALHO, V. F.; KERBER, N. P. C.; BUSANELLO, J.; GONÇALVES, B. G.; RODRIGUES, E. F.; AZAMBUJA, E. P. Como os trabalhadores de um centro obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 30-37, 2012.

CATAFESTA, F.; ZAGONEL, I. P. S.; MARTINS, M.; VENTURI, K. K. A amamentação na transição puerperal: o desvelamento pelo método de pesquisa-cuidado. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 609-616, 2009.

CHAGAS, D. O.; PEREIRA, M. A. S.; NICOMEDES, T. M.; LIMA, R. A. B. C.; AZEVEDO, V. M. G. O.; GONTIJO, F. O. Comparação da adesão materna às orientações do método Mãe Canguru no pré e pós-alta do Hospital Sofia Feldman. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 21, n. 1, p. 5-8, 2011.

CHALMERS, B.; DZAKPASU, S.; HEAMAN, M.; KACZOROWSKI, J. The Canadian maternity experiences survey: an overview of findings. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada**, Toronto, v. 30, n. 3, p. 217-228, 2008.

CHIU, S.; ANDERSON, G.; BURKHAMMER, M. Newborn temperature during skin-to-skin breastfeeding couples having breastfeeding difficulties. **Birth**, Boston, v. 32, p. 115-121, 2005.

CORRÊA, A. C. P.; ARRUDA, T. M.; MANDÚ, E. N. T.; TEIXEIRA, R. C.; ARANTES, R. B. Humanização da assistência à puerpera: concepções de profissionais de enfermagem de um hospital público. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 9, n. 4, p. 729-735, 2010.

COSTA, A. R. C.; TEODORO, T. N.; ARAÚJO, M. F. M. Análise dos conhecimentos e da prática de profissionais de saúde na promoção e no apoio à amamentação: estudo de revisão. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília, DF, v. 20, n. 1, p. 55-64, 2009.

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

DEMITTO, M. O.; SILVA, T. C.; PÁSCHOA, A. R. Z.; MATHIAS, T. A. F.; BERCIN, L. O. Orientações sobre amamentação na assistência pré-natal: uma revisão integrativa. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 11, p. 223-229, 2010.

DIGIROLAMO, A. M.; GRUMMER-STRAWN, L. M.; FEIN, S. B. Effect of maternity-care practices on breastfeeding. **Pediatrics**, Elk Grove Village, v. 122, n. 2, p. 43-49, 2008.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 627-637, 2007.

DODGSON, J. E.; WATKINS, A. L.; CHOI, M. Evaluation of supportive breastfeeding hospital practices: a community perspective. **Avances em Enfermería**, Bogotá, v. 28, n. 2, p. 17-30, 2010.



DOTTO, L. M. G.; MAMEDE, M. V.; MAMEDE, F. V. Desempenho das competências obstétricas na admissão e evolução do trabalho de parto: atuação do profissional de saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 717-726, 2008.

DUMAS, L.; LEPAGE, M.; BYSTROVA, K.; MATTHIESEN, A. S.; WELLES-NYSTRÖM, B.; WIDSTRÖM, A. M. Influence of skin-to-skin contact and rooming-in on early mother-infant interaction: a randomized controlled trial. **Clinical Nursing Research**, Newbury Park, v. 22, n. 3, p. 310-337, 2013.

DYKES, F. Twenty-five years of breast-feeding research in Midwifery. **Midwifery**, Philadelphia, v. 27, n. 1, p. 8-14, 2011.

ERKUL, P. E.; YALÇIN, S. S.; KILIÇ, S. Evaluation of breastfeeding in a Baby-Friendly City, Corum, Turkey. **Central European Journal of Public Health**, Prague, v. 18, n. 1, p. 31-37, 2010.

FELDMAN-WINTER, L. M. D.; PROCACCINI, D. R. N.; MEREWOOD, A. A model infant feeding policy for baby-friendly designation in the USA. **Journal of Human Lactation**, Boston, v. 28, n. 3, p. 304-311, 2012.

FIGUEREDO, S. F.; MATTAR, M. J. G.; ABRÃO, A. C. F. V. Iniciativa hospital amigo da criança: uma política de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 459-463, 2012.

FLORES-ANTÓN, B.; TEMBOURY-MOLINA, M. C.; ARES-SEGURA, S.; ARANA-CAÑEDO-ARGÜELLES, C.; NICOLÁS-BUENO, C.; NAVARRO-ROYO, C.; PARDO-HERNÁNDEZ, A.; PALLÁS-ALONSO, C. R. Breastfeeding promotion plan in Madrid, Spain. **Journal of Human Lactation**, Boston, v. 28, n. 3, p. 363-369, 2012.

FONSECA-MACHADO, M. O.; MONTEIRO, C. S.; VIDUEDO, A. F. S.; HAAS, V. J.; ALVES, L. C.; GOMES-SPONHOLZ, F. The paradox of nursing practice on breastfeeding promotion: what they say and what they do. **Journal of Nursing Education and Practice**, Alberta, v. 3, n. 11, p. 141-151, 2013.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008.

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

GAÍVA, M. A. M.; ROSA, M. K. O.; BARBOSA, M. A. R. S.; BITTENCOURT, R. M.; SOUZA, J. S. Avaliação estrutural das instituições hospitalares que prestam assistência ao nascimento em Cuiabá, MT. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 15, n. 1, p. 55-62, 2010.

GIL, J. M. S.; HERMANDEZ, F.; NEGRINE, A.; MOLINA, R. M. K. **A pesquisa qualitativa na educação física: alternativas metodológicas**. 2. ed. Porto Alegre: UFRGS, 2004.

GOMES, M. L.; MOURA, M. A. V. Modelo humanizado de atenção ao parto no Brasil: evidências na produção científica. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 248-253, 2012.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2010. cap. 4, p. 79-107.

GONZÁLEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. Integralidade da saúde: norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 757-762, 2010.

GRAÇA, L. C. C.; FIGUEIREDO, M. C. B.; CONCEIÇÃO, M. T. C. C. Contributos da intervenção de enfermagem de cuidados de saúde primários para a promoção do aleitamento materno. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, p. 429-436, 2011.

HERNANDEZ, A. R.; KÖHLER, V. F.; FALCÃO, T. A. Iniciativa unidade básica amiga da amamentação: avaliando as práticas de uma unidade de saúde de Porto Alegre, 2007. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 21, n. 2, p. 51-60, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades@**. 2013. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>. Acesso em: 4 nov. 2013.

ISHISATO, S. M. T.; SHIMO, A. K. K. Revisitando o desmame precoce através de recortes da história. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 4, p. 578-585, 2002.

JANICAS, R. C. S. V.; PRAÇA, N. S. Contato corporal precoce entre mãe e recém-nascido: opinião do profissional que atende o puerpério imediato. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 11, n. 1, p. 206-221, 2002.

JONES, G.; STEKETEE, R. W.; BLACK, R. E.; BHUTTA, Z. A.; MORRIS, S. S. How many child deaths can we prevent this year? **Lancet**, London, v. 362, p. 65-71, 2003.

JUNGES, C. F.; RESSEL, L. B.; BUDÓ, M. L. D.; PADOIN, S. M. M.; HOFFMANN, I. C.; SEHNEM, G. D. Percepções de puérperas quanto aos fatores que influenciam o aleitamento materno. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 343-350, 2010.

KALIL, I. R.; COSTA, M. C. Nada mais natural que amamentar: discursos contemporâneos sobre o aleitamento materno no Brasil. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 4, 2012. Disponível em: <<http://www.reciis.iciet.fiocruz.br/index.php/reciis/article/download/666/1288>>. Acesso em: 15 dez. 2013.

KOUTSOUKOS, S. S. M. Amas mercenárias: o discurso dos doutores em medicina e os retratos de amas-Brasil, segunda metade do século XIX. **História, Ciências, Saúde – Maguinhos**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 305-324, 2009.

LAANTERÄ, S.; PÖLKKI, T.; PIETILÄ, A. M. A descriptive qualitative review of the barriers relating to breast-feeding counseling. **International Journal of Nursing Practice**, Carlton, v. 17, n. 1, p. 72-84, 2011.

LAMBERT, A. C. S.; HOGA, L. A. K.; JAMAS, M. T. O desenvolvimento de um modelo de assistência contínua ao parto. **Investigación y Educación en Enfermería**, Medellín, v. 28, n. 2, p. 187-194, 2010.

LAMOUNIER, J. A.; BOUZADA, M. C.; JANNEU, A. M. S.; MARANHÃO, A. G. K.; ARAÚJO, M. F. M.; VIEIRA, G. O.; VIEIRA, T. O. Iniciativa hospital amigo da criança, mais de uma década no Brasil: repensando o futuro. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 161-169, 2008.

LIMA, A. P. C. **A humanização do cuidado pré e pós-natal em uma organização não governamental**. 2010. 351 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

LIMA, I. F. S.; MELLEIRO, M. M. Análise de uma implantação de proposta assistencial em um hospital de ensino na perspectiva de gerentes de enfermagem. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 239-249, 2006.

MACIEL, R. H.; ALBUQUERQUE, A. M. F.; MELZER, A. C.; LEÔNIDAS, S. R. Quem se beneficia dos programas de ginástica laboral? **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 8, p. 71-86, 2005.

MANZINI, F. C.; BORGES, V. T. M.; PARADA, C. M. G. L. Avaliação da assistência ao parto em maternidade terciária do interior do Estado de São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, n. 9, p. 59-67, 2009.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico**: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

MARQUES, E. S.; COTTA, R. M. M.; MAGALHÃES, K. A.; SANT'ANA, L. F. R.; GOMES, A. P.; SIQUEIRA-BATISTA, R. A influência da rede social da nutriz no aleitamento materno: o papel estratégico dos familiares e dos profissionais de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1391-1400, 2010. Suplemento 1.

MATOS, A. M.; SOUZA, M. S.; SANTOS, E. K. A.; VELHO, M. B.; SEIBERT, E. R. C.; MARTINS, N. M. Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para as mães e contribuições para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 63, n. 6, p. 998-1004, 2010.

MATTAR, R.; ABRÃO, A. C. V. Aleitamento materno: manejo clínico. In: CAMANO, L.; SOUZA, E.; SASS, N.; MATTAR, R. **Guias de medicina ambulatorial e hospitalar**. UNIFESP – Obstetrícia. São Paulo: Manole, 2003.

MCKEEVER, J.; ST. FLEUR, R. Overcoming barriers to baby-friendly status: one hospital's experience. **Journal of Human Lactation**, Boston, v. 28, n. 3, p. 312-314, 2012.

MEEDYA, S.; FAHY, K.; KABLE, A. Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: a literature review. **Women and Birth**, Amsterdam, v. 23, p. 135-145, 2010.

MEIRELLES, M. C. P.; KANTORSKI, L. P.; HYPOLITO, A. M. Reflexões sobre a interdisciplinaridade no processo de trabalho de Centros de Atenção Psicossocial. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 1, n. 2, p. 282-289, abr. 2011.

MELLEIRO, M. M.; MAGALDI, F. M.; PARISI, T. C. H. A implantação de uma estratégia de intervenção em um serviço de saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 268-274, 2008.

MERCER, J. S.; ERICKSON-OWENS, D. A.; GRAVES, B.; HALEY, M. M. Evidence-based practices for the fetal to newborn transition. **Journal Midwifery Womens Health**, New York, v. 52, n. 3, p. 262-272, 2007.

MICHAELSEN, K. F. Breastfeeding. In: KOLETZKO, B. **Pediatric nutrition in practice**. Basel: Karger, 2008. p. 85-89.

MIKIEL-KOSTYRA, K.; MAZUR, J.; BOLTRUSZKO, I. Effect of early skin-to-skin contact after delivery on duration of breastfeeding: a prospective cohort study. **Acta Paediatrica**, Stockholm, v. 91, n. 12, p. 1301-1306, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MISHIMA, S. M.; PEREIRA, M. J. B.; FORTUNA, C. M.; MATUMOTO, S. Trabalhadores de saúde: problema ou possibilidade de reformulação do trabalho em saúde? Alguns aspectos do trabalho em saúde e da relação gestor/trabalhador. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 137-156.

MODES, P. S. S. A.; GAÍVA, M. A. M.; PATRÍCIO, L. F. O. Birth and newborn care: a path to humanization? Qualitative research. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niteroi, v. 9, n. 1, 2010. doi:<http://dx.doi.org/10.5935/2F1676-4285.20102715>

MONTE, G. C. S. B.; LEAL, L. P.; PONTES, C. M. Avaliação do 4º passo para promoção do aleitamento materno em hospital amigo da criança. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 13, n. 4, p. 861-867, 2012.

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

MOORE, E. R.; ANDERSON, G. C.; BERGMAN, N. Early skin-to- skin contact for mothers and their healthy newborn infants. **Cochrane Database Systematic Review**, New York, v. 16, n. 5, p. 1-83, 2012.

MOREIRA, K. F. A.; NAKANO, A. M. S. Aleitamento materno: instituir? natural? O paradigma biológico X os direitos reprodutivos em discussão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 55, n. 6, p. 685-690, 2002.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. Práticas de atenção ao parto e os desafios para a humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da região Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1859-1868, 2008.

\_\_\_\_\_. Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do sul do Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 11, n. 4, p. 415-425, 2011.

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

OLIVEIRA, M. I. C.; HARTZ, Z. M. A.; NASCIMENTO, V. C.; SILVA, K. S. Avaliação da implantação da iniciativa hospital amigo da criança no Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Brasileira Materno Infantil**, Recife, v. 12, n. 3, p. 281-295, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Maternidade segura**. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra, 1996.

\_\_\_\_\_. **Evidências científicas dos dez passos para o sucesso no aleitamento materno**. Tradução Maria Cristina Gomes do Monte. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2001.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Evidências científicas dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno**. Brasília, DF, 2001.

ORÜN, E.; YALCIN, S. S.; MADENDAĞ, Y.; USTÜNYURT-ERAS, Z.; KUTLUK, S.; YURDAKÖK, K. Factors associated with breastfeeding initiation time in a Baby-Friendly Hospital. **The Turkish Journal of Pediatrics**, Ankara, v. 52, n. 1, p. 10-16, 2010.

PARADA, C. M. G. L.; TONETE, V. L. P. O cuidado em saúde no ciclo gravídico- puerperal sob a perspectiva de usuárias de serviços públicos. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 12, n. 24, p. 35-46, 2008.

PASSOS (Município). Secretaria Municipal da Saúde. 2011. Disponível em: <[http://www.passos.mg.gov.br/index.php?option=com\\_frontpage&Itemid=1](http://www.passos.mg.gov.br/index.php?option=com_frontpage&Itemid=1)>. Acesso em: 4 nov. 2013.

PASSOS (Município). Santa Casa de Misericórdia de Passos. **Planilha de indicadores de partos**. Passos, 2013.

PEREIRA, C. R. V. R.; FONSECA, V. M.; OLIVEIRA, M. I. C.; SOUZA, I. E. O.; MELLO, R. R. Avaliação de fatores que interferem na amamentação na primeira hora de vida. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 525-534, 2013.

PEREIRA, M. J. B.; FORTUNA, C. M.; MISHIMA, S. M.; MATUMOTO, S. A enfermagem no Brasil no contexto de trabalho em saúde: perfil e legislação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 62, n. 5, p. 771-777, 2009.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde**. 2. ed. São Paulo: Annablume, 2008.

POLIDO, C. G.; MELLO, D. F.; PARADA, C. M. G. L.; CARVALHAES, M. A. B. L.; TONETE, V. L. P. Vivências maternas associadas ao aleitamento materno exclusivo mais duradouro: um estudo etnográfico. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 5, p. 624-630, 2011.

RAMOS, C. V.; ALMEIDA, J. A. G.; PEREIRA, L. M. R.; PEREIRA, T. G. A iniciativa hospital amigo da criança sob a ótica dos atores sociais que vivenciam em Teresina, Piauí. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 23, n. 6, p. 1019-1030, 2010.

RAZEK, A. A.; EL-DEIN, N. A. Z. Effect of breast-feeding on pain relief during infant immunization injections. **International Journal of Nursing Practice**, Carlton, v. 15, n. 2, p. 99-104, 2009.

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 477-486, 2007.

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

ROWE-MURRAY, H. J.; FISHER, J. R. W. Baby friendly hospital practices: cesarean section is a persistent barrier to early initiation of breastfeeding. **Birth**, Boston, v. 29, n. 2, p. 124-131, 2002.

SALLAM, S. A.; BABRS, G. M.; SADEK, R. R.; MOSTAFA, A. M. Knowledge, attitude, and practices regarding early start of breastfeeding among pregnant, lactating women and healthcare workers in El-Minia University Hospital. **Breastfeeding Medicine**, New Rochelle, v. 8, n. 3, p. 312-316, 2013.

SANTOS, G. N.; ROCHA, P. R.; SANTOS, T. M. M. G.; ALVARENGA, W. A. Assistência ao recém-nascido na sala de parto sob a ótica das puérperas. **Revista Interdisciplinar**, Santos, v. 6, n. 1, p. 43-51, 2013.

SANTOS, L. M.; AMORIN, A. A. S.; SANTANA, R. C. B.; LOPES, D. M. Vivências de puérperas sobre o contato com o recém-nascido e o aleitamento no pós-parto imediato. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 2570-2577, 2012.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 721-725, 2009.

SCHMIED, V.; GRIBBLE, K.; SHEEHAN, A.; TAYLOR, C.; DYKES, F. C. Ten steps or climbing a mountain: a study of Australian health professionals' perceptions of implementing the baby friendly health initiative to protect, promote and support breastfeeding. **BMC Health Services Research**, London, v. 11, p. 208-217, 2011.

SEKYA, S. R.; LUZ, T. R. Mudança organizacional: implantação da iniciativa hospital amigo da criança. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1263-1273, 2010. Suplemento 1.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. G. O programa de humanização no pré-natal e nascimento do ministério da saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1281-1289, 2004.

SILVA, E. P.; ALVES, A. R.; MACEDO, A. R. M.; BEZERRA, R. M. S. B.; ALMEIDA, P. C.; CHAVES, E. M. C. Diagnósticos de enfermagem relacionados a amamentação em unidade de alojamento conjunto. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 2, p. 190-195, 2013.

SILVA, I. A. Desvendando as faces da amamentação através da pesquisa qualitativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 53, n. 2, p. 241-249, 2000.

SILVA, J. M.; CALDEIRA, A. P. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1187-1193, 2010.

SILVA, L. M.; BARBIERI, M.; FUSTINONI, S. M. Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 64, n. 1, p. 60-65, 2011.

SILVA, L. R.; VIEIRA, G.; DIAS, C. P. F.; DINIZ-SANTOS, D. R.; FERRAZ, F.; CARNEIRO, G.; CASQUEIRO, J. B.; BOAS, L. V.; OLIVEIRA, L.; SANTANA, M. C.; BARREIRO, P. Conhecimento materno sobre aleitamento: um estudo piloto realizado em Salvador, Bahia visando à elaboração de uma cartilha educativa. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, Salvador, v. 4, n. 3, p. 187-194, 2005.

SILVA, S. C.; SILVA, L. R.; MATHIAS, L. F. B. O tempo médio entre o nascimento e a primeira mamada: o ideal e o real. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 3, p. 654-661, 2008.

SILVESTRE, P. K.; CARVALHAES, M. A. B. L.; VENÂNCIO, S. I.; TONETE, V. L. P.; PARADA, C. M. G. L. Breastfeeding knowledge and practice of health professionals in public health care services. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 6, p. 953-960, 2009.

SIQUEIRA, F. P. C.; COLLI, M. Prevalência do contato precoce entre mãe e recém-nascido em um hospital amigo da criança. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 7, n. 11, p. 6455-6461, 2013.



SOUZA, M. F. L.; ORTIZ, P. N.; SOARES, P. L.; VIEIRA, T. O.; SILVA, L. R. Avaliação da promoção do aleitamento materno em hospitais amigo da criança. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 502-508, 2011.

SOUZA, T. G.; GAÍVA, M. A. M.; MODES, P. S. S. A. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 479-486, 2011.

SPEAR, H. J. Policies and practices for maternal support options during childbirth and breastfeeding initiation after cesarean in southeastern hospitals. **Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing**, Philadelphia, v. 35, n. 5, p. 634-643, 2006.

STANCATO, K.; VERGÍLIO, M. S. T. G.; BOSCO, C. S. Avaliação da estrutura e da assistência em sala de pré-parto, parto e pós-parto imediato-PPP de um hospital universitário. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 10, n. 3, p. 541-548, 2011.

STUEBE, A. M.; SCHWARZ, E. B. The risks and benefits of infant feeding practices for women and their children. **Journal of Perinatology**, Philadelphia, v. 30, n. 3, p. 155-162, 2010.

SVENSSON, K. E.; VELANDIA, M. I.; MATTHIESEN, A.-S.; WELLES-NYSTRÖM, B. L.; WIDSTRÖM, A.-M. E. Effects of mother-infant skin-to-skin contact on severe latch-on problems in older infants: a randomized trial. **International Breastfeeding Journal**, London, v. 8, n. 1, p. 1-13, 2013.

TELES, L. M. R.; PITOMBEIRA, H. C. S.; OLIVEIRA, A. S.; FREITAS, L. V.; MOURA, E. R. F.; DAMASCENO, A. K.C. Parto com acompanhante e sem acompanhante: a opinião das puérperas. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 15, n. 4, p. 688-694, 2010.

THUKRAL, A.; SANKAR, M. J.; AGARWAL, R.; GUPTA, N.; DEORARI, A. K.; PAUL, V. K. Early skin-to-skin contact and breast-feeding behavior in term neonates: a randomized controlled trial. **Neonatology**, Basel, v. 102, n. 2, p. 114-119, 2012.

THULIER, D.; MERCER, J. Variables associated with breastfeeding duration. **Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing**, Philadelphia, v. 38, n. 3, p. 258-268, 2009.

TOMA, S. T.; VENÂNCIO, S. I.; REA, M. F. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: uma reflexão sobre processos educativos para implantação de práticas apropriadas de atenção a mães e recém-nascidos em São Paulo. **Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, n. 48, p. 55-60, 2009.

TORNQUIST, C. S. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 483-492, 2002.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

VENANCIO, S. I.; NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; GIUGLIANI, E. R. J. Reflexões sobre a trajetória do aleitamento materno no Brasil e suas interfaces com o movimento pela humanização do parto e nascimento com a política nacional de humanização. **Revista Tempus Actas Saúde Coletiva**, Brasília, DF, v. 4, n. 4, p. 129-141, 2010.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo, 2000.

VIVANCOS, R. B. Z.; LEITE, A. M.; FURTADO, M. C. C.; GÓES, F. S. N.; HAAS, V. J.; SCOCHI, C. G. S. Feeding newborns after hospital discharge from a Baby-Friendly Health Care Institution. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 439-443, 2008.

WALSH, A. D.; PINCOMBE, J.; HENDERSON A. An examination of maternity staff attitudes towards implementing Baby Friendly Health Initiative (BFHI) accreditation in Australia. **Maternal and Child Health Journal**, New York, v. 15, n. 5, p. 597-609, 2011.

WHITE, A. L.; CARRARA, V. I.; PAW, M. K.; MALIKA; DAHBU, C.; GROSS, M. M.; STUETZ, W.; NOSTEN, F. H.; MCGREADY, R. High initiation and long duration of breastfeeding despite absence of early skin-to-skin contact in Karen refugees on the Thai-Myanmar border: a mixed methods study. **International Breastfeeding Journal**, London, v. 7, n. 19, p. 1-13, 2012.

WOLFF, L. R.; WALDOW, V. R. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 138-151, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. **Baby-friendly hospital initiative**: revised, updated and expanded for integrated care. Section 1, Background and implementation. Geneva, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Infant and young child feeding**. Model Chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. Geneva, 2009.



## APÊNDICES

### APÊNDICE A

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (para profissionais de saúde)

Nome da pesquisa: Contato precoce e aleitamento materno, na sala de parto, na percepção dos profissionais de saúde envolvidos com a assistência obstétrica  
Pesquisadora: Monise Martins da Silva

#### Informações sobre a pesquisa

Gostaria de convidá-lo(a) a participar de uma pesquisa que será realizada neste serviço de saúde. A intenção desta pesquisa é conhecer e analisar as práticas dos profissionais de saúde relacionadas à assistência às mulheres e aos recém-nascidos.

Para isso, nós vamos conversar e eu lhe farei algumas perguntas sobre seus dados pessoais e sobre o assunto aleitamento materno; além disso, realizarei a observação da assistência prestada junto às parturientes, sendo que esta observação será iniciada no momento em que a mulher for encaminhada até a sala de parto, para resolução da gestação, e finalizada quando a mesma sair da sala de parto e for encaminhada ao alojamento conjunto.

Caso você concorde em participar, assinará este termo de consentimento em duas vias, que também serão assinadas por mim, sendo que uma ficará com você e a outra ficará comigo; a nossa conversa será realizada em uma sala aqui da instituição, terá a duração de cerca de trinta minutos e será gravada para que eu não perca nenhuma informação.

Você pode aceitar ou não participar da pesquisa e, caso aceite, assumo o compromisso de manter segredo sobre sua identidade. Esclareço que não haverá remuneração ou ajuda de custo pela sua participação na pesquisa.

A pesquisa poderá gerar dúvidas e desconfortos mínimos, tais como incômodo com alguma pergunta durante a entrevista ou no momento da observação. Se houver alguma dúvida ou se você se sentir incomodado(a) com alguma pergunta ou pela observação, estarei à disposição para ouvir e esclarecer as dúvidas, conversar sobre os possíveis incômodos e explicar a importância da pesquisa. Você poderá desistir de participar desta pesquisa a qualquer momento, e isto não interferirá nas suas relações de trabalho.

Ao término da pesquisa, os dados poderão ser publicados ou apresentados em eventos científicos, com a garantia de não revelar a sua identidade ou de qualquer pessoa da pesquisa. Agradeço a colaboração e informo que com este trabalho será possível identificar aspectos relacionados à assistência prestada pelos profissionais no início da amamentação, favorecendo o incentivo ao aleitamento materno e a promoção de medidas para a redução do desmame precoce e da morbimortalidade infantil.

Atenciosamente,

---

Monise Martins da Silva – pesquisadora  
Tel: (35)91078715. E-mail: monisems@usp.br  
Endereço: Rua Jerônimo Neto, 707, Centro. Passos-MG

Eu, \_\_\_\_\_, tendo recebido as informações acima e ciente do exposto, aceito participar da pesquisa de forma livre e esclarecida, assinando este documento com a garantia de que meu nome será preservado.  
Passos, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura da participante

**APÊNDICE B****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
(para as parturientes)

Nome da pesquisa: Contato precoce e aleitamento materno, na sala de parto, na percepção dos profissionais de saúde envolvidos com a assistência obstétrica

Pesquisadora: Monise Martins da Silva

**Informações sobre a pesquisa**

Gostaria de convidá-la a participar de uma pesquisa que será realizada neste serviço de saúde. A intenção desta pesquisa é conhecer e analisar as práticas dos profissionais de saúde relacionadas à assistência às mulheres e aos recém-nascidos.

Assim, solicito a sua permissão para realizar a observação do momento do seu parto e pós-parto imediato, no qual observarei e registrarei como é o ambiente em que estas situações vão acontecer, como os profissionais se comportam, o que eles fazem e falam durante estes momentos e o horário dos acontecimentos e procedimentos realizados. Esta observação será iniciada no momento em que você for encaminhada à sala de parto, e finalizada quando você sair da sala de parto e for encaminhada à enfermaria da Santa Casa.

Caso você concorde em participar, assinará este termo de consentimento em duas vias, que também serão assinadas por mim, sendo que uma ficará com você e a outra ficará comigo.

Você pode aceitar ou não participar da pesquisa e, caso aceite, assumo o compromisso de manter segredo sobre sua identidade. Esclareço que não haverá remuneração ou ajuda de custo pela sua permissão.

A pesquisa poderá gerar dúvidas e desconfortos mínimos, tais como incômodo durante o momento da observação. Se houver alguma dúvida ou se você se sentir incomodada com minha presença, estou à disposição para ouvir e esclarecer suas dúvidas, conversar sobre os possíveis incômodos e explicar a importância da pesquisa. Você poderá retirar esta permissão a qualquer momento, e isto não interferirá no seu atendimento aqui na Santa Casa ou em qualquer outro serviço de saúde.

Ao término da pesquisa, os dados poderão ser publicados ou apresentados em eventos científicos, com a garantia de não revelar a sua identidade ou de qualquer pessoa da pesquisa.

Agradeço a colaboração e informo que com este trabalho será possível identificar aspectos relacionados à assistência prestada pelos profissionais no início da amamentação, favorecendo o incentivo ao aleitamento materno e a promoção de medidas para a redução do desmame precoce e da morbimortalidade infantil.

Atenciosamente,

---

Monise Martins da Silva – pesquisadora  
Tel. (35)91078715 E-mail: monisems@usp.br  
Endereço: Rua Jerônimo Neto, 707, Centro. Passos-MG

Eu, \_\_\_\_\_, tendo recebido as informações acima e ciente do exposto, permito que a pesquisadora realize a observação do momento do meu parto e pós-parto imediato, assinando este documento com a garantia de que meu nome será preservado.

Passos, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura da participante

## APÊNDICE C

### Roteiro para observação em sala de parto

1. Descrição do ambiente (localização dos itens no espaço, relação das pessoas com o espaço, distância entre as pessoas e o observador).
2. Comportamento dos profissionais e mulheres, ou seja, todos que estão envolvidos no processo do parto e nascimento e durante o contato precoce e aleitamento na sala de parto (postura corporal, contato visual, toques).
3. Expressões verbais e não verbais utilizadas pelas pessoas (tom de voz, gestos).
4. Sequência dos eventos observados, a partir do momento do nascimento, focando no quarto passo do aleitamento materno (início, hora do nascimento, hora em que o bebê foi colocado em contato com a mãe ou não, sugou ou não, tinha roupa? Foi orientada sobre o AM? Após o nascimento fez o quê? Houve algum procedimento? Como foi a relação do profissional com a mulher? Interação do profissional com a mulher).

## APÊNDICE D

### DESCRIÇÃO DAS OBSERVAÇÕES REALIZADAS DURANTE A COLETA DE DADOS

#### Parto I

Parturiente com idade gestacional de 39 semanas e 2 dias, foi encaminhada pela técnica de enfermagem Joice do leito do pré-parto para a sala de parto de maca, no período expulsivo, com a sua acompanhante (tia). Foi colocada pela Joice, que falou de maneira apressada, na mesa de parto. A psicóloga Lia que se encontrava na sala de parto apoiou a parturiente ensinando-a respirar e a fazer força, segurando sua cabeça e falando em um tom calmo. A técnica de enfermagem Ana que se encontrava ao lado da paciente, pediu de forma tranquila para a parturiente fazer força. A acompanhante se posicionou atrás da cabeça da paciente, falando palavras de conforto passando a mão em sua cabeça, pois a parturiente se encontrava bastante nervosa. A sala estava com a porta aberta. Enquanto a equipe se preparava para a realização do procedimento do parto como organização dos materiais e das medicações colocando-os em boa localização com o auxílio de Joice, houve assuntos paralelos. Encontravam-se na sala: a parturiente, 1 médico obstetra, 3 técnicas de enfermagem, 1 psicóloga, 3 alunos estagiários de medicina e 1 pediatra. O procedimento do parto normal foi iniciado, e todos ficaram em silêncio na sala de parto. A auxiliar de enfermagem Maria se aproximou da mulher, olhou em seus olhos e com um tom de voz tranquilo pediu para ela fazer força de cocô. Dr. Benedito, médico obstetra, em tom de voz indócil pediu para a parturiente não levantar o corpo da mesa durante a força. Dr. Carlos, médico pediatra e a técnica de enfermagem Joice conversavam assuntos. A técnica de enfermagem Ana subiu na escadinha de apoio aos pés, posicionou-se sobre a parturiente realizando a manobra de kristeller. Ela olhou para a mulher, em um tom de voz calmo, pediu para a paciente não gritar e fazer força. Dr. Benedito que se encontra posicionado para a realização do parto reforça em tom indócil para a mulher não gritar e disse que o bebê não pode ficar parado. Ana com um tom de voz tranquilo disse a paciente que ela não estava fazendo força. Após 12 minutos do início do procedimento do parto normal, o bebê nasceu. A mulher perguntou se já havia saído o bebê, demonstrando afeto e ansiedade. O bebê foi levado pela Maria para o berço aquecido onde foram realizados por ela, pelo Dr. Carlos e pela Joice os procedimentos de recepção. O bebê foi ambuzado por ter nascido hipotônico. Foi aspirado, realizado o camplamento do cordão umbilical, feita a secagem, foi administrada vitamina k, credeização e pesagem,

apresentando 2880 kg e Apgar 5/9. Joice perguntou ao Dr. Carlos se podia colocar a roupa no bebê, 25 minutos após o nascimento e depois dos cuidados e ele responde que sim. A mulher perguntou onde estava o bebê e o Dr. Benedito respondeu com tom de voz normal que estavam realizando os cuidados com o bebê. Dr. Benedito iniciou o procedimento da retirada de placenta, revisão do canal de parto e episiorrafia, Maria auxiliou o médico nos procedimentos. Ele pediu para a paciente não se mexer e nem colocar a mão para não se contaminar em um tom de voz indócil. Dr. Carlos que se posicionou perto do berço do bebê, se direcionou para a mulher e perguntou em tom de voz calmo se o pré-natal dela foi tranquilo e ela acenou com a cabeça que sim. Parabenizou a mulher e saiu da sala. A mulher perguntou sobre os pontos e Dr. Benedito respondeu com o tom de voz normal que era para ela relaxar que em 5 minutos ele já terminava. A psicóloga permaneceu todo o momento ao lado da paciente, segurando a mão dela e respondendo com paciência às perguntas que ela fazia em relação ao parto e sobre o bebê. A mulher, que se encontrava de camisola, pediu para ver a filha e Joice colocou o bebê com roupinha, 15 minutos após o seu nascimento, em contato face a face com a mulher, mas pouco tempo e disse para ela não pegar o bebê, pois iria esquentá-la primeiro, e a levou para o berço aquecido e a enrolou em uma manta. A acompanhante que permaneceu o tempo todo ao lado da mulher foi em direção ao berço e ficou admirando a criança. Houve conversas paralelas entre a equipe sobre tomar café. A mulher perguntou se a criança não iria mamar. Joice respondeu que sim, mas não aquela hora. O procedimento do parto foi finalizado após 34 minutos do nascimento do bebê. Dr. Benedito parabenizou a mulher e em tom de brincadeira disse para ela voltar depois para buscar um menininho e saiu da sala. Bebê permaneceu no berço aquecido. A mulher foi passada para a maca pela Maria e Joice que pediram com o tom de voz normal a sua ajuda. Foi retirada da sala de parto e levada para o corredor do pré-parto onde o bebê foi colocado para amamentar 37 minutos após o nascimento de roupa e enrolado em uma manta pela Ana que orientou a pega e auxiliou a mulher, que estava de camisola e coberta por um lençol, durante o processo com delicadeza e depois saiu de perto. A paciente ficou feliz ao ver seu bebê sugar. A mulher amamentou por volta de 20 minutos e após foi levada com o seu bebê para o alojamento conjunto. Neste parto não houve contato pele a pele entre o binômio mãe e filho.

## **Parto II**

Parturiente com idade gestacional de 36 semanas foi encaminhada ao Centro Cirúrgico pelo auxiliar de transporte para a realização do parto cesáreo devido à posição fetal pélvica. A parturiente foi posicionada na sala de cirurgia para a realização da anestesia raquidiana. Dr.



Daniel, médico anestesista, conversou com a paciente com o tom de voz calmo, enquanto realizava o procedimento anestésico com a finalidade de tranquilizá-la. Sandra, circular do bloco cirúrgico e técnica de enfermagem, segurou os ombros da paciente delicadamente e pediu para ela relaxar em tom baixo de voz se apresentando frente a frente com a paciente ao segurar seus ombros. A equipe entrou na sala e se preparou para a realização da cesárea. Encontravam-se na sala 2 médicos obstetras, 1 pediatra, 1 anestesista, 1 técnica de enfermagem, 3 estagiários de medicina, 1 técnica de enfermagem instrumentadora Vivian. Dr. Joaquim, médico obstetra, sorriu para a paciente, olhando em seus olhos, perguntou de onde a paciente era, o que ela fazia, se trabalhava, em tom de voz calmo para tranquilizá-la enquanto era posicionada para a cesárea. Foi realizado a montagem do campo cirúrgico estéril e da mesa de instrumentos pela Vivian. Dr. Sebastião, médico obstetra, auxiliou na cirurgia. Dr. Daniel conversou a todo o momento com a paciente, mostrando-se atencioso. O ambiente da sala do centro cirúrgico estava calmo e tranquilo. O marido da mulher (acompanhante) entrou na sala. Sandra, técnica de enfermagem, o colocou sentado ao lado da cabeça da mulher. Ele ficou acariciando a cabeça dela delicadamente. Daniela, técnica de enfermagem e circulante da sala, ficou o tempo todo auxiliando a equipe. Após 7 minutos do início da cirurgia, o bebê nasceu e foi recepcionado pela Sandra, pelo Dr. Carlos, médico pediatra, e pelo aluno de graduação de medicina. O bebê chorou forte, foi realizado o camplamento do cordão umbilical, foi aspirado, feita a secagem, administrada vitamina K, credeização e pesagem, sendo 2,585kg e Apgar 8/9. A mulher olhou para o bercinho aquecido onde estavam sendo feitos os procedimentos com o bebê e se emocionou sorrindo. No decorrer do tempo, os médicos obstetras realizaram o término do procedimento da cesárea. Dr. Carlos tocou no ombro da mãe, olhou em seus olhos, com a voz calma, parabenizou-a e o marido e disse que estava tudo bem com a criança. Sandra perguntou se podia colocar roupa no bebê e o Dr. Carlos respondeu que sim. Iniciou uma conversa paralela entre equipe e estagiários sobre política (governo Dilma). Treze minutos após o nascimento, o bebê estava de roupa e enrolado em um cobertor. Os obstetras saíram da sala ao término da cirurgia, permanecendo Sandra, Dr. Daniel e Daniela. Sandra colocou um cobertor para aquecer a mulher (antes da sucção, a paciente é passada para a maca com o auxílio do Dr. Daniel). Sandra perguntou para a mãe com o tom de voz calmo se ela queria que colocasse o bebê para sugar e ela disse que sim. O bebê já vestido foi colocado para sugar 43 minutos após o seu nascimento e amamentado por 7 minutos, a mulher encontrava-se de camisola e coberta por um cobertor. Sandra interrompeu a amamentação, e a mulher foi levada para a sala de recuperação

anestésica com o bebê no meio das pernas. Neste parto não foi realizado o contato pele a pele entre o binômio mãe e filho.

### **Parto III**

Parturiente com idade gestacional de 38 semanas e 5 dias, estava presente na sala cirúrgica para a realização do parto cesáreo. Realizado procedimento de anestesia pelo Dr. Daniel, médico anestésico que permaneceu perto da mulher após o procedimento. Sandra, técnica de enfermagem, explicou para a mulher o procedimento de assepsia para a cirurgia com o tom de voz calmo. Foi realizada a montagem do campo estéril cirúrgico pela Vivian, auxiliar de enfermagem. Dra. Janaína, médica obstetra, direcionou o olhar para a mulher e perguntou com o tom de voz normal se ela tinha acompanhante. O acompanhante (marido) entrou na sala e sentou ao lado da mulher e ficou conversando com ela em tom de voz calmo e com carinho. A equipe se concentrou na cirurgia e se manteve em silêncio. Estavam na sala 2 médicas obstetras, 1 médico pediatra, 1 anestesista, 1 técnica de enfermagem instrumentadora, 2 técnicas de enfermagem, 3 estagiários de graduação de medicina. O bebê nasceu 10 minutos após o início do procedimento cirúrgico, Daniela, técnica de enfermagem, ficou circulando na sala e auxiliando a equipe em todo momento. Dr. Nilton, médico pediatra, brincou com o pai gentilmente perguntando se ele estava bem (risos na sala). Dr. Nilton parabenizou a mulher em tom calmo e disse que estava tudo bem. Neste momento ele se encontrava perto do berço aquecido, levando a criança para os procedimentos de recepção, mas direcionou-se para a mulher ao falar e mostrou a criança de longe. O bebê ao berço aquecido, recebendo os cuidados do Dr. Nilton, da Sandra, técnica de enfermagem, e de um estagiário da graduação de medicina. Dr. Nilton disse oi ao bebê, e que sua chegada era bem-vinda com um tom de voz dócil. Foram realizados os procedimentos como camplamento do cordão umbilical, administração da vitamina K, credeização e avaliação das condições físicas com Apgar 9/10 e pesagem, sendo 3,315kg. As médicas obstetras Dra. Janaína e Dra. Dulce estavam concentradas no término da cirurgia e se mantiveram em silêncio, Vivian auxiliou na instrumentação. Dr Nilton reforçou para a mulher que o bebê nasceu muito bem, de forma carinhosa, ao lado do berço aquecido do bebê. O pai chegou próximo do bercinho e tirou foto do bebê. Dr. Nilton levou a criança nua para a mulher, que estava de camisola, e a colocou em contato face a face 5 minutos após o nascimento da criança. Colocou o bebê perto do rosto da mulher em um pequeno tempo e disse que ele nasceu maravilhosamente bem. Após mostrou para o pai tirar foto. Não houve complicações na cirurgia. Levou a criança para o berço aquecido novamente onde Sandra a vestiu e a enrolou em uma manta. Iniciou uma conversa

paralela entre a equipe. O pai se aproximou do berço aquecido onde a criança estava e ficou olhando pra ela. Dr. Nilton se aproximou da mãe e falou com delicadeza sobre a criança, fez um carinho no ombro da mulher e saiu da sala de cirurgia. Iniciou o procedimento de sutura. A Dra. Janaína não disse nada a paciente e terminou a cirurgia. Dra. Dulce, que auxiliou na cirurgia já havia saído da sala sem falar com a paciente. Dra. Janaína sentou para fazer o relato. Foi realizado o curativo por Daniela, técnica de enfermagem, na incisão cirúrgica. Dra. Janaína saiu da sala e não falou nada com a paciente. A mulher foi colocada na maca pela Sandra com o auxílio do Dr. Daniel e de Vivian para ser encaminhada para a sala de recuperação anestésica. Sandra fez a expressão para ver a presença de colostro de forma delicada, porém não pediu a permissão para a mulher. O bebê, já vestido e enrolado em uma manta, foi colocado para sugar na mulher, que estava de camisola e coberta por um lençol, com o auxílio de Sandra, 40 minutos após o nascimento. Ela apenas comunicou a mulher em tom de voz calmo que iria colocá-lo para sugar. O bebê não teve dificuldade para a pega e sucção e amamentou por volta de 15 minutos. A seguir, o bebê foi colocado no meio das pernas da mulher e ambos foram levados para a sala de recuperação cirúrgica. Não houve contato pele a pele entre o binômio mãe e filho.

#### **Parto IV**

Parturiente com idade gestacional de 36 semanas e 2 dias, foi levada por maca pelas técnicas de enfermagem Cibele e Shirley para a sala de parto, para a realização do parto normal. A paciente foi posicionada na mesa de parto pelas mesmas com rapidez e em silêncio. Dra. Janaína que já estava na sala explicou os procedimentos para os estagiários de graduação de medicina. Os materiais e as medicações que seriam utilizados foram organizados com o auxílio de Shirley. Dra. Janaína pediu para a parturiente em tom de voz calmo para ela não tirar o corpo da mesa de parto. Cibele em um tom de voz calmo e baixo ensinou a paciente a fazer força. E 7 minutos após o início do parto normal o bebê nasceu. A mulher disse graças a Deus aliviada e pediu água dizendo que estava com muita sede. Dra. Janaína em um tom de voz normal explicou que a dieta da paciente era livre e que quando ela saísse da sala ela poderia tomar. Estavam na sala 1 médica obstetra, 1 médica pediatra, 3 técnicas de enfermagem e 3 estagiários de medicina. Dra. Jane, médica pediatra, recepcionou o bebê juntamente com Cibele e Shirley. Iniciou uma conversa paralela entre elas. Foram realizados os seguintes cuidados: camplamento do cordão umbilical, administração da vitamina K, credeização, pesagem 2,375kg, Apgar 9/10. Dra. Jane, posicionada próxima ao berço aquecido, se manteve calma e tranquila e direcionou o olhar para a mulher dizendo que estava

tudo bem com o bebê. A mãe olhou o bebê no berço aquecido. Cibele colocou a roupa no bebê 8 minutos após o seu nascimento. A mulher encontrava-se sem acompanhante. A porta da sala se encontrava aberta, e o marido chegou apenas na porta, mas não quis entrar. A mulher o chama, mas ele disse que não, fazendo sinal com a cabeça. O bebê já estava enrolado na manta. Joice, técnica de enfermagem, entrou na sala e brincou com a paciente. Cibele estimulou com o dedo a sucção da criança, porém não falou nada para a mulher. Joice passou a mulher para a maca brincando com ela para descontraír o ambiente. Dra. Janaína saiu da sala sem falar nada para a paciente. Dra. Jane apenas disse “tchau” em tom calmo e saiu da sala. A mulher foi retirada da sala com seu bebê e pela primeira hora ela viu seu bebê, 28 minutos após o nascimento. Fora da sala de parto ainda no pré-parto, o bebê já vestido e enrolado em uma manta foi colocado para sugar na mulher, que estava de camisola e coberta por um lençol, com a ajuda da Shirley, nos 28 minutos após o nascimento, ela orientou a mulher em um tom tranquilo, explicando o procedimento da amamentação. O bebê possuiu dificuldade para pegar, mas foi estimulado para a sucção da mama, ficando aproximadamente 6 minutos no peito da mulher, 17 minutos após a sua saída da sala de parto, a mulher foi encaminhada para o alojamento conjunto. O parto normal teve duração rápida, não havendo o contato pele a pele do binômio mãe e filho.

### **Parto V**

Parturiente com idade gestacional de 38 semanas e 5 dias, realizou parto cesáreo eletivo. Eliane, auxiliar de enfermagem, posicionou a parturiente para a anestesia raquidiana, segurando em seus ombros, posicionada face a face com a mulher e perguntou como o bebê iria se chamar para a parturiente relaxar enquanto a anestesia era realizada pelo Dr. Daniel, médico anestesista. Iniciou a montagem do campo estéril cirúrgico pela auxiliar de enfermagem Vivian, a acompanhante (cunhada) entrou na sala de parto. A acompanhante foi posicionada pela circulante do centro cirúrgico em um banquinho próximo ao rosto da mulher e logo saiu da sala. A acompanhante conversou com a paciente enquanto Dr. Felipe e Dra. Dulce, médicos obstetras e os alunos da graduação de medicina iniciavam a cirurgia. Daniela, técnica de enfermagem, ficou a todo momento circulando na sala e auxiliando no procedimento cirúrgico. Dr. Daniel chegou perto da parturiente, olhou nos olhos dela e conversou baixinho com ela perguntado sobre dor e se ela sentisse algo para avisá-lo. O bebê nasceu 5 minutos após o início da cirurgia. Dr. Felipe comentou em tom de voz descontraído sobre as bochechas grandes do bebê e disse para a mulher olhando em sua direção com satisfação que o bebê nasceu. Dra. Dulce olhou para a mulher, sorriu e disse à acompanhante

com o tom de voz dócil que o bebê era grande. Dra. Kátia, médica pediatra e Sandra, técnica de enfermagem, receberam o bebê com a aluna de graduação de medicina. Todos da equipe comentavam que o bebê era grande com entusiasmo. Foram realizados o exame completo do bebê Apgar 8/10, o camplamento do cordão umbilical, a secagem, a administração da vitamina k e a credeização. Eliane, auxiliar de enfermagem, levou o bebê sem roupa e o colocou em contato face a face com a mulher, que estava de camisola, por alguns segundos, após 7 minutos do seu nascimento, falando em tom alegre e calmo que o bebê estava ali e que ele era lindo. Disse com o mesmo tom de voz para o bebê que a mamãe estava ali. Depois o levou para o berço aquecido e colocou a roupinha nele. Enquanto isso houve conversas paralelas entre Dr. Felipe e Dra. Dulce. Eliane entregou o bebê para a acompanhante e conversou em tom baixo com ela. A acompanhante saiu da sala de cirurgia para mostrá-lo à família que estava fora da sala de parto à espera de notícias. Voltou para a sala sem o bebê. Logo após, a enfermeira, coordenadora do centro cirúrgico, entra com o bebê na sala de cirurgia (ele todo empacotado) mostrava novamente para a mulher (chega bem perto dela) e fala olha aqui a mamãe e o colocou novamente no berço aquecido saindo rapidamente da sala. Dra. Dulce saiu da sala e apenas disse tchau de longe. Dr. Felipe terminou o procedimento cirúrgico 25 minutos após o nascimento do bebê, fez o seu relato no prontuário e falou de longe com a paciente dizendo tchau, parabéns, e tudo de bom e saiu da sala. A mulher foi colocada na maca pela Eliane com o auxílio do Dr Daniel e Daniela, técnica de enfermagem. Eles conversaram com delicadeza com a mulher sobre o bebê durante a passagem para a maca. Não ocorreu o contato pele a pele entre o binômio mãe e filho. O bebê vestido e enrolado na manta foi colocado no peito da mulher que estava de camisola e coberta por um lençol, pela Eliane, 32 minutos após o nascimento, que diz em tom calmo que iria colocá-lo para mamar, enquanto Daniela organizava a sala. O bebê sugou por mais ou menos 5 minutos na sala de parto do centro cirúrgico. A mulher foi levada com seu bebê no meio das pernas para a sala de recuperação anestésica.

## **Parto VI**

Parturiente com idade gestacional de 38 semanas. Foi decidido pelo Dr. Felipe, médico obstetra, a realização do parto cesáreo devido ao trabalho de parto prolongado. A parturiente foi posicionada na sala de cirurgia do centro cirúrgico. Dr. Felipe falou com voz calma, demonstrando carinho, sobre o procedimento da cesárea com a parturiente. Dr. José, médico anestesista, iniciou o procedimento da anestesia raquidiana com uma aluna da residência e perguntou para a parturiente com voz tranquila se era o seu primeiro filho, quantos anos ela

tinha, com a finalidade de tranquilizá-la. Dr. Felipe para descontrair o ambiente perguntou para a mulher se o bebê era homem ou mulher, com tom de voz calmo. Após a anestesia, Brenda, técnica de enfermagem e a residente em anestesia posicionou a mulher para o início da cirurgia com toques delicados. Brenda explicou para a mulher sobre a posição e que iriam montar o campo estéril cirúrgico, com a voz calma. Estavam na sala 2 médicos obstetras, 1 pediatra, 2 técnica de enfermagem, 1 enfermeiro instrumentador e 3 estagiários de graduação de medicina. Logo iniciou a cirurgia. Houve conversa paralela entre a equipe. O acompanhante (marido) entrou na sala e se posicionou perto da mulher. O bebê nasceu 5 minutos após o início da cirurgia. A mulher escutou o choro do bebê e perguntou se a filha estava brava, emocionada (feliz). O acompanhante (marido) ficou perto da mulher conversando baixinho com ela. A criança foi recepcionada pelo Dr. Nilton e pela Gislaine, técnica de enfermagem, que fez o exame físico Apgar 9/10, camplamento do cordão umbilical, secagem, administrou vitamina k, credeização, pesagem, sendo 3,215kg. Dr. Nilton, médico pediatra, disse calmamente para a mulher que estava tudo bem com o bebê, encontrando-se próximo do berço aquecido da criança e um pouco distante da mulher. Ele chamou o pai para ver a criança no berço aquecido dizendo carinhosamente para ele se aproximar para conhecer sua bebezinha. O pai aproximou da criança filmou tudo com autorização da equipe. A mulher perguntou se podia ligar para a mãe dela para dizer que havia ocorrido tudo bem. Gislaine respondeu rapidamente, mas com tom de voz normal (nem bravo nem calmo) que não naquela hora, só depois. Os obstetras Dr. Felipe e Dr. Lauro e o enfermeiro Murilo, instrumentador, realizavam o término da cesárea, não conversaram com a paciente neste momento. E 10 minutos após o nascimento, Sandra colocou a roupa no bebê e a enrolou em uma manta. Ela levou a criança para a mulher ver e disse com o tom de voz normal que o bebê estava ali e o colocou em contato face a face com a mulher que se encontrava de camisola, em poucos segundos. Após, Gislaine saiu com o bebê para fora da sala, provavelmente para mostrar à família que se encontrava fora da sala à espera e voltou rápido com a criança colocando-a no berço aquecido. Dr. Lauro, médico obstetra, que auxiliou na cesárea, parabeniza os pais com um tom de voz suave e tranquilo. Dr. Felipe perguntou em tom de voz normal o nome da criança e o pai respondeu que era Ester. Os obstetras saíram da sala e não falaram nada para a mulher. A paciente foi arrumada por Gislaine, Murilo e Brenda, técnica de enfermagem circulante da sala cirúrgica, que entrava e saía a todo momento da sala, para ser colocada na maca. Após a passagem para a maca, Gislaine buscou o bebê no berço aquecido e disse para a mulher que iria colocar o bebê para sugar, em tom de voz calmo, após 15 minutos do nascimento. O bebê foi colocado para sugar

na mulher, de camisola e coberta por um lençol, pela Gislaine de forma delicada e sugou por volta de 5 minutos. Depois foi colocado no meio das pernas da mulher para serem levados para sala de recuperação. Sandra disse para a mulher que na sala de recuperação o bebê iria ser colocado novamente para amamentar. Não foi realizado o contato pele a pele entre o binômio mãe e filho.

## **Parto VII**

Parturiente com idade gestacional de 40 semanas foi posicionada pela técnica de enfermagem Sofia e auxiliar de enfermagem Maria rapidamente na sala de parto, na mesa de parto para a resolução do parto normal. Todos estavam em silêncio na sala. Estavam na sala 1 médico obstetra, 1 técnica de enfermagem, 1 auxiliar de enfermagem, 3 estagiários de graduação de medicina. A porta encontrava-se aberta. Sofia pediu para a mulher fazer força com o tom de voz tranquilo e delicado. A acompanhante (irmã da parturiente) conversou o tempo todo em voz alta demonstrando ansiedade. Ela encontrava-se posicionada próxima da parturiente. Dr. Felipe, médico obstetra, falou em tom calmo para a mulher fazer força que o bebê estava saindo. O bebê nasceu 5 minutos após o início do procedimento do parto normal e foi recepcionado pela Maria e pela Dra. Jane, médica pediatra. Foram realizados o camplamento do cordão umbilical, a secagem, o exame físico feito pela Dra. Jane com Apgar 9/10, foi administrada vitamina k, houve credeização e pesagem da criança 3,025kg. Dra. Jane disse à mulher que estava tudo bem com o bebê em tom de voz calmo e distante da mulher. Depois despediu da equipe e saiu da sala. E 5 minutos após o nascimento, Maria vestiu a roupa na criança. Dr. Felipe disse com voz calma para a mulher que no momento estava retirando a placenta e realizando a revisão do canal de parto e que após iria dar uns pontinhos na laceração. Sofia auxiliou Dr. Felipe no procedimento. Maria enrolou a criança em um cobertor. Houve conversa paralela na sala (médico, 1 técnico de enfermagem, 1 auxiliar de enfermagem, 3 estagiários de medicina e a acompanhante). A acompanhante aproximou-se do berço conversando com a criança em um tom de voz feliz. A mulher foi passada para a maca com o auxílio de Maria e Sofia que se mantiveram em silêncio, enquanto o bebê permanecia no berço aquecido. Dr. Felipe saiu da sala disse tchau e parabenizou a mulher. Sofia disse para a paciente relaxar em tom de voz normal para ela parar de tremer. Não houve contato o pele a pele entre o binômio mãe e filho. Sofia tirou a paciente da sala de parto e Maria segurava o bebê. Fora da sala de parto, no corredor do pré-parto, Maria disse para a mulher, em tom normal e com gestos delicados que iria colocar o bebê para sugar, 15 minutos após o parto (este é o primeiro contato que o bebê terá com a mulher). A mulher que se encontrava

de camisola e coberta por um lençol conduziu bem a mamada por volta de 25 minutos. Após 40 minutos da saída da sala, a mulher foi levada para o alojamento conjunto.

### **Parto VIII**

Parturiente com idade gestacional de 38 semanas e 6 dias foi levada para a sala de parto para a resolução do parto normal através de maca pela técnica de enfermagem Shirley e pela auxiliar de enfermagem Maria. A mulher gritava muito de dor. Shirley e uma estagiária de graduação de medicina auxiliaram a mulher a se posicionar na mesa de parto com toques delicados e falavam em tom carinhoso. Dra. Janaína, médica obstetra, entrou na sala de parto e se preparou para o procedimento, organizando os materiais e as medicações em boa localidade com o auxílio de Maria. Todos no ambiente em correria, 2 técnicos de enfermagem, 1 auxiliar de enfermagem, 1 médica obstetra, 3 estagiários de graduação de medicina, 1 pediatra (que chegou logo após o início do procedimento do parto), entrou 1 técnica da ala A e uma enfermeira de outra ala que ficou apenas observando o parto (relataram que estavam ali caso precisasse de ajuda. Não realizaram nenhum procedimento). Maria em tom calmo pediu para a mulher segurar no ferrinho da mesa para fazer força e respirar. A acompanhante (avó da parturiente) que estava posicionada atrás da cabeça da mulher passava a mão na cabeça dela carinhosamente e pedia para ela ficar calma e não gritar. A estagiária de graduação de medicina ficou ao lado da mulher e falava em tom carinhoso com ela e que ela iria conseguir fazer a força e que era para ela fazer força de cocô. A porta da sala é fechada, Dra. Janaína olhou para a parturiente e em tom calmo pediu para a mulher fazer força e não gritar. O bebê nasceu 10 minutos após o início do procedimento do parto normal. A acompanhante falava para a mulher escutar o choro do bebê e se emocionou (chorou). Maria recepcionou a criança e a levou para o berço aquecido, realizando a secagem, camplou o cordão umbilical, administra vitamina k e credeização. Dra. Diane avaliou a criança e foi para a mesinha relatar. Pesagem 3,295kg e Apgar 9/9. E 3 minutos após o nascimento, Maria colocou o bebê nu em contato face a face com a mulher, que se encontrava de camisola. Disse em tom calmo para a mulher olhar o bebê (contato rápido menos de 1 minuto). Após o bebê foi colocado no berço aquecido. Maria e a estagiária de graduação de medicina colocaram roupa e enrolaram o bebê na manta. Dra. Diane parabenizou a mulher em tom de voz calmo e distante dela, olhou para a criança e saiu da sala. Houve conversa paralela na sala entre a equipe. Dra. Janaína finalizou o procedimento do parto. Maria tirou foto do bebê para a acompanhante. O bebê foi levado para a mãe novamente, mas com roupa, por Maria. Colocou-o face a face para tirar foto. Após levou o bebê para o berço. A estagiária de



graduação de medicina ficou ao lado da mulher dizendo palavras carinhosas e direcionou para a avó da mulher dizendo ao bebê que era a bisa. A sala de parto encontrava-se aberta, a técnica de enfermagem e a enfermeira da outra ala saem. O bebê encontrava-se sozinho no berço aquecido. Depois a bisavó do bebê chegou perto e ficou observando-o de forma carinhosa. Término do procedimento do parto. Dra. Janaína em tom calmo explicou pacientemente sobre a lavagem da episiorrafia. A bisavó agradeceu a médica e os estagiários. Dra. Janaína parabenizou a mulher, olhou para ela ao falar, mas não a tocou) e saiu da sala. A equipe saiu da sala. Estavam na sala, a acompanhante, eu, a mulher, e bebê no berço. Shirley auxiliou delicadamente, falando em tom educado com a mulher, a passá-la para a maca. A mulher foi retirada da sala de parto. O bebê foi colocado para sugar na mulher, que se encontrava de camisola e coberta por um lençol, fora da sala de parto no corredor do pré-parto 30 minutos após o nascimento. Shirley auxiliou e disse olhando para a mulher com um tom carinhoso para ela ter calma, ensinando-a colocar o bebê no peito. O bebê ficou no peito da mulher sugando por volta de 5 minutos. O bebê foi retirado da mama, mas ficou próximo da mulher na maca. Shirley explicou que no alojamento conjunto ele iria amamentar direitinho e que naquele momento era apenas para ele sentir a mulher um pouquinho. O binômio foi levado para o alojamento conjunto 50 minutos após a saída da sala de parto. Não foi realizado o contato de pele a pele na sala de parto.

### **Parto IX**

Parturiente com idade gestacional de 37 semanas e 2 dias foi levada através de maca pelas técnicas de enfermagem Joice e Leila e posicionada com delicadeza na mesa de parto para a resolução do parto normal. A parturiente chorava dizendo que não aguentava fazer força. Dra. Janaína, médica obstetra, estava na sala se preparando para o procedimento do parto, organizando os materiais e as medicações em local de boa localização, próximo a ela, com o auxílio de Leila. Joice disse em tom normal, ela estava próxima da mulher, mais precisamente em uma escadinha para pressionar o abdômen (manobra de Kristeller) e disse a ela que iria ajudá-la a fazer força. Dra. Janaína disse em tom calmo para fazer força, Joice pressionava o abdômen da mulher e falava em tom de empolgação que já estava vendo o cabelinho do bebê e que estava nascendo, com a finalidade de animar a mulher a continuar a fazer força. O bebê nasceu 5 minutos após o início do procedimento do parto normal. Leila recepcionou (ela se manteve calada, mas com o semblante alegre) o bebê e o levou para o berço aquecido. A acompanhante (madrinha da mulher) que estava ao lado da mulher no momento do parto chorava de emoção. Leila enxugou o bebê o estimulando, camprou o cordão umbilical,

realizou aspiração, administrou vitamina k, credeização e pesagem 3,115kg. A mulher encontrava-se chorosa e pediu para Leila mostrar o bebê, ela mostrou de longe e com tom de voz calmo perguntou para a mulher se o viu e explicou que naquele momento ela iria enxugá-lo. A mulher encontrava-se ansiosa para o término do processo do parto. Joice disse para a mulher se manter calma e explicou em tom de voz normal que a médica estava fazendo a retirada da placenta e a revisão do canal de parto. Joice falou para a acompanhante ir comunicar à mãe da mulher que o bebê havia nascido e ainda diz em tom irônico para ela trabalhar mais e falar menos. O estagiário de graduação de medicina disse a Joice que sua educação ficou para trás, achando a situação desagradável. A pediatra Diane entrou na sala e avaliou o bebê com Apgar 9/9, com a fisionomia calma. Houve conversa paralela entre obstetra e pediatra. Leila colocou a roupa no bebê e o enrolou na manta 5 minutos após o nascimento. Dra. Diane saiu da sala sem dizer nada. Joice brincou com a mulher perguntando quantos filhos além deste ela queria ter. Dra. Janaína ri e disse coitada dela. Dra. Janaína, com pena da acompanhante, disse para as técnicas que elas tiraram a acompanhante da sala para buscar outra pessoa, sendo que ela queria ficar. Dra. Janaína disse em tom calmo para a mulher que só faltavam mais três pontinhos (episorrafia), terminando o procedimento. A mulher se esticou para ver o bebê no bercinho. A acompanhante entrou novamente e ficou perto do bebê. Joice pediu para a mulher levantar o bumbum a chamando de querida em tom irônico. Procedimento do parto foi finalizado, a equipe saiu da sala, Dra. Janaína disse para a mulher parar de reclamar que já havia passado em tom de voz normal. A mulher disse que estava com medo. Joice perguntou em tom de voz indócil do que ela estava com medo, através do tom da fala percebe-se que Joice queria deixar claro que ela não precisava ter medo de algum risco. Joice e a estagiária de graduação de medicina auxiliaram delicadamente a mulher a passar para a maca. A mulher foi retirada da sala de parto logo após o término do parto normal e colocada no corredor do pré-parto. A estagiária perguntou se podia levar o bebê para a mulher. O bebê, vestido, foi levado para a mulher, que se encontrava de camisola, e colocado para sugar fora da sala de parto no corredor do pré-parto, 25 minutos após o seu nascimento. O bebê teve boa pega. Joice auxiliou a mulher na amamentação (agiu normal). Depois brincou que a mulher era boa nisso (na amamentação) e que já sabia, pois não era o primeiro filho que ela teve na Santa Casa. Joice disse para mulher em tom de voz carinhoso para a mulher segurar o bebê direitinho, tocou a mão dela ajudando-a a posicionar o bebê, após, saiu de perto. O bebê continuou no peito da mãe sugando por volta de 35 minutos. E 35 minutos após ter saído da sala de parto, ela foi levada para o alojamento conjunto. Não foi

realizado o contato pele a pele. Estavam na sala: 1 obstetra, 3 estagiárias de medicina, 2 técnicas de enfermagem, acompanhante e 1 pediatra que entrou logo após o nascimento.

### **Parto X**

Parturiente com idade gestacional de 40 semanas e 5 dias foi levada deambulando para a sala de parto, para a resolução do parto normal. Foi posicionada na mesa de parto com o auxílio da enfermeira Paloma, pelas técnicas de enfermagem Bianca e Diane. A mulher pediu para Bianca ficar do seu lado e ela respondeu com delicadeza, tom de voz baixo e calmo que ficaria. Dr. Sebastião, médico obstetra, com o auxílio de Diane preparavam o início do procedimento do parto como organização e posicionamento dos materiais e medicações que seriam utilizados, colocando-os em boa localização, ou seja, próximo ao médico obstetra. Na sala de parto, estavam: 1 médico obstetra, 3 estagiários de graduação de medicina, 2 técnicas de enfermagem, 1 enfermeira obstetra (que entrava e saía toda hora), 1 pediatra (que chega bem na hora do nascimento) e a acompanhante (amiga). A mulher queixava de dores. A acompanhante passava a mão na cabeça dela para acalmá-la. Dr. Sebastião disse em tom calmo e delicado para a mulher fazer força, chamando-a carinhosamente de filha, que logo terminaria. Delicadamente ele explicou à mulher como se posicionar, em tom calmo pediu para fazer força. A porta da sala encontrava-se aberta. Dr. Sebastião disse atenciosamente para a parturiente segurar nas duas perninhas dos ferrinhos da mesa de parto e fazer força que o bebê já iria sair. A acompanhante, que estava próxima à cabeça da mulher, disse para ela relaxar em tom baixo. Paloma saiu da sala e ficou conversando com a Dra. Jane que havia acabado de chegar, sobre outros pediatras. Bianca disse com tom calmo olhando para a mulher que sua força estava ficando no pescoço e a ensinou a fazer força. Pediu para continuar a força e diz muito bem. Bianca ensina a mulher a respirar pacientemente. Dr. Sebastião disse em tom delicado para ela continuar a fazer força. A estagiária de graduação de medicina disse para ela fazer uma força bem comprida em tom carinhoso. Dr. Sebastião disse com delicadeza para ela soltar o corpo e relaxar. A acompanhante falou para a parturiente que ela queria tanto o bebê e que aquela era a hora dele nascer, incentivou ela a respirar mais baixo e descansar. Bianca comprimiu o abdômen da mulher (manobra de Kristeller) e pediu para ela fazer força e não parar (em tom ansioso). Dr. Sebastião com tom calmo disse que só faltava mais um pouquinho e que era a última força e que era para fazer bem forte. Paloma entrou na sala e saiu a toda hora. A porta da sala de parto se manteve aberta. O bebê nasceu 15 minutos após o início do procedimento do parto normal. A estagiária de graduação de medicina segurou na mão da mulher e disse carinhosamente, “pronto”. Dr. Sebastião colocou

o bebê no berço aquecido, rapidamente. Dra. Jane avaliou o bebê que obteve o Apgar 10/10 e Diane ficou nos cuidados dele, como camplamento do cordão umbilical, secagem do bebê, administração de vitamina K, credeização e pesagem, sendo 3,165kg. O pai da criança entra na sala (estava tímido). Foi realizado o contato face a face rápido entre a mulher, que estava de camisola, e o bebê nu pela Diane, 8 minutos após o nascimento, ela disse em tom calmo que iria levá-lo para terminar de secá-lo e colocar a roupinha. Diane colocou a roupa no bebê. O marido segurou a mão da mulher e depois tirou foto do bebê (ele age normal). Dra. Jane saiu da sala sem dizer nada. O bebê encontrava-se no berço enrolado na manta, e o pai tirava foto. A técnica de enfermagem Shirley entrou na sala, e o Dr. Sebastião pediu que ela entregasse a ele um anestésico. Dr. Sebastião disse em tom calmo para a mulher soltar o bumbum e ela disse que estava doendo muito. Então ele disse que iria dar um remedinho a ela (em tom calmo). O pai da criança saiu da sala, e o bebê ficou sozinho no berço aquecido. A mulher ficou sem acompanhante neste momento na sala. Dr. Sebastião disse delicadamente que já havia terminado o procedimento do parto, com a retirada da placenta, revisão do canal de parto e a sutura da laceração. Tocou-a carinhosamente, parabenizou-a, desejou tudo de bom, e saiu da sala. Bianca passou a mulher para a maca, explicando em tom de voz calmo que iria tirá-la da sala. Bianca pegou o bebê e o colocou com a mulher, que estava de camisola e coberta por um lençol, e disse carinhosamente, “vamos embora com a mamãe e que já irá colocá-lo para mamar”. O bebê foi colocado para sugar pela Bianca fora da sala de parto, no corredor do pré-parto, 52 minutos após o nascimento. Após auxílio delicado de Bianca, a mulher conduziu sozinha a mamada. Logo foi encaminhada para o alojamento conjunto. Neste parto não houve contato pele a pele entre o binômio mãe e filho.

## **Parto XI**

Parturiente com idade gestacional de 40 semanas foi encaminhada do leito do pré-parto para a sala de parto em período expulsivo, de maca pela auxiliar de enfermagem Rafaela e pela técnica de enfermagem Ana que conversavam em tom calmo com a parturiente para tranquilizá-la, pois ela estava bastante nervosa e gritava muito devido à dor. Na sala de parto, Rafaela orientou em tom sereno e auxiliou com toques delicados à parturiente a passar e se posicionar na mesa de parto. Dra. Clara, médica obstetra, já se encontrava na sala de parto em preparação para o procedimento do parto normal, Ana auxiliou na organização e no posicionamento dos materiais e medicações que seriam utilizados, colocando-os em boa localização e realizando a função de circulante. O acompanhante (marido) estava posicionado ao lado da cabeça da parturiente, passando a mão em sua cabeça, agindo carinhosamente e

falando em tom baixo para acalmá-la dizendo que iria dar tudo certo. Dra. Clara olhou nos olhos da parturiente e em tom de voz calmo pediu para ela respirar e não movimentar as pernas, depois pediu para a ela, que se encontrava muito nervosa, fazer força. Na sala de parto estavam a parturiente, 1 médica obstetra, 1 técnica de enfermagem, 1 auxiliar de enfermagem e o acompanhante. Rafaela e Ana disseram em tom carinhoso para a parturiente fazer força. Após 5 minutos do início do procedimento do parto, o bebê nasceu. Ana disse para a mulher em tom feliz que o bebê havia nascido que era uma mocinha, grandona e bonitinha. A mulher perguntou toda ansiosa se a criança estava bem de saúde. Dra. Clara pacientemente disse que aparentemente sim. Ana recepcionou o bebê carinhosamente e disse para a mulher que desse só um minutinho para ela que ela já iria mostrar o bebê. O bebê foi levado para o berço aquecido, foi realizado camplamento do cordão umbilical, feita a secagem do bebê, houve administração de vitamina K e credeização. O acompanhante manteve-se o tempo todo ao lado da mulher. E 1 minuto após o nascimento Dr. Tony, pediatra, entrou na sala de parto para avaliar o bebê e ficou próximo ao berço, enquanto Ana realizava os primeiros cuidados. Houve conversa paralela entre Dra. Clara e Dr. Tony. Dra. Clara fez a retirada da placenta, a revisão do canal de parto e Rafaela a auxiliou no necessário. Pediu em tom normal para a parturiente não colocar a mão para não contaminar o local e que iria sentir só um incômodo enquanto realizasse os pontos da episiorrafia. E 10 minutos após o nascimento Ana que recepcionou o bebê, o levou sem roupas para realizar contato face a face com a mulher que estava de camisola. Ela mostrou o bebê para a mulher que estava de camisola, e o colocou em poucos segundos próximo ao rosto dela e explicou em tom normal que iria pesá-lo. Seu peso foi 3,885 kg. Após pesá-lo, colocou-o novamente no berço aquecido. Dr. Tony avaliou as condições físicas do bebê, direcionou o olhar para a mulher e disse a ela que estava tudo bem com o bebê em tom de voz calmo, posicionado próximo ao berço. O bebê apresentou Apgar 08/09. Após, realizou o seu relato e saiu da sala. Em seguida, 10 minutos após o nascimento, Ana vestiu a roupa no bebê e o enrolou em uma manta. Ana, após 15 minutos do nascimento, levou a criança que se encontrava enrolada na manta para colocá-la no peito da mulher que estava de camisola, para amamentar na sala de parto. O bebê sugou durante 4 minutos o peito da mulher com o auxílio de Ana que estava toda paciente, atenciosa e carinhosa durante o procedimento da amamentação e depois foi colocado no berço aquecido. E 20 minutos após o nascimento, Dra. Clara finalizou o procedimento do parto, parabenizou a mulher com o tom de voz tranquilo e saiu da sala de parto. O acompanhante aproximou-se do berço onde estava a filha e a tocou com carinho, depois voltou para perto da mulher. E 25 minutos após o término do procedimento do parto, a mulher foi passada para a maca por Rafaela e Ana com

cuidado e delicadeza e foi retirada da sala de parto e colocada no corredor do pré-parto. Rafaela auxiliou gentilmente, com tom de voz calmo, a mulher que estava de camisola e coberta por um lençol, colocar o bebê novamente no peito para sugar. O bebê pegou sem dificuldade e ficou no peito da mulher por 25 minutos até serem levados para o alojamento conjunto. Neste parto não houve o contato pele a pele entre o binômio mãe e filho.

## **Parto XII**

Parturiente com idade gestacional de 39 semanas e 3 dias foi encaminhada pela auxiliar de enfermagem Rafaela que possui uma postura cuidadosa, do leito do pré-parto para a sala de parto de maca no período expulsivo, auxiliando-a e orientando-a com tom de voz tranquilo para passar para a mesa de parto. A parturiente encontrava-se bastante nervosa. Dr. Felipe, médico obstetra, preparava a sala de parto, com a ajuda de Rafaela organizando os materiais e as medicações que seriam utilizados e colocando-os em boa localização, realizando a função de circulante na sala de parto. A acompanhante, mãe da parturiente, entrou na sala e ficou posicionada o tempo todo ao lado da cabeça da parturiente, segurando-a e falando palavras de conforto para acalmá-la, pois ela estava bastante nervosa. Na sala de parto, encontrava-se a parturiente, 1 médico obstetra, 1 técnica de enfermagem, 1 auxiliar de enfermagem e a acompanhante. Dr. Felipe com o tom de voz calmo pediu à parturiente para fazer força. Rafaela, do lado da parturiente, com tom de voz carinhoso falou para a parturiente fazer força porque já estava nascendo e que na próxima força iria nascer. O bebê nasceu choroso 4 minutos após o início do procedimento do parto normal, na sala de parto. A acompanhante ficou emocionada (feliz) e saiu da sala para avisar o marido da mulher. Ana recepcionou o bebê e o mostrou para a mulher e disse com a voz carinhosa “aqui o nenenzinho” e o levou para o berço aquecido para realizar os primeiros cuidados como camplamento do cordão umbilical, secagem do bebê, administração de vitamina K e credeização. E 1 minuto após o nascimento, Dr. Carlos, médico pediatra entrou na sala de parto e se posicionou próximo ao berço aquecido. Iniciou a avaliação física do bebê. Ele direcionou o olhar para a mulher e disse que o bebê havia nascido bem. Ana continuou os procedimentos com o bebê e Dr. Felipe fez a retirada da placenta e a revisão do canal de parto em silêncio. Dr. Carlos se aproximou da mulher e perguntou se ela havia amamentado o seu primeiro filho com um tom de voz calmo. A mulher respondeu que sim até os dois anos de idade do outro filho e que só desmamou porque descobriu que estava grávida. Rafaela explicou ao colocar a pulseira no pulso da mulher que iria colocar outra igual no bebê com tom de voz carinhoso. E 11 minutos após o nascimento, Ana delicadamente levou o bebê sem roupas até a mulher que estava de

camisola, para o contato face a face rápido e disse com um tom de voz calmo que irá pesá-lo. Seu peso foi 3,050 kg e seu Apgar 09/10. Após, o bebê foi levado novamente para o berço aquecido, Ana colocou roupa no bebê e o enrolou em uma manta. A acompanhante voltou para a sala de parto, trazendo o marido da mulher para conhecer o filho. Ele viu o bebê rápido e saiu. A acompanhante permaneceu na sala para tirar fotos do bebê. Dr. Carlos se aproximou da mulher olhou nos olhos dela, a tocou no ombro e reafirmou que estava tudo bem com o bebê, a parabenizou e saiu da sala. Laura, enfermeira, entrou na sala conversou de outra paciente com o médico obstetra e saiu. Dr. Felipe terminou o procedimento e avisou à mulher com a voz calma que o procedimento havia acabado, que havia dado tudo certo e saiu da sala. Rafaela passou a mulher para a maca a orientando em tom de voz calmo, retirou ela da sala de parto e a colocou no corredor do pré-parto, avisando que já iria colocar o bebê para mamar. Ana buscou o bebê no berço aquecido e o levou para a mulher que estava de camisola e coberta por um lençol. Com paciência e delicadeza, 16 minutos após o nascimento do bebê o colocou para amamentar. O bebê pegou com facilidade. A mulher continuou amamentando por volta de 15 minutos e após foram levados para o alojamento conjunto no peito da mulher. Neste parto não houve o contato pele a pele entre o binômio mãe e filho.

### **Parto XIII**

Parturiente com idade gestacional desconhecida, pois não realizou nenhuma consulta de pré-natal e negou a gravidez para a família. Foi levada deambulando para a sala de parto para a resolução do parto normal pela técnica de enfermagem Joice. Sua acompanhante (mãe) não entrou na sala de parto no momento do procedimento. Joice a posicionou na mesa de parto e com a voz calma pediu para ela não gritar. Dra. Emily que já havia preparado os materiais e os medicamentos necessários para o procedimento com o auxílio da enfermeira Sabrina colocando-os em boa localização, próximo a ela, com o tom de voz dócil pediu para a parturiente fazer força. O bebê nasceu 5 minutos após o início do procedimento do parto normal. A porta da sala de parto se encontrava aberta. A acompanhante chegou próximo à porta, olhou o bebê e exclamou “coitadinho dele”. O bebê foi recepcionado pelo Dr. Carlos, pediatra e pela Joice. Dra. Emily disse a mulher em tom de voz dócil que era um menino e explicou que estava retirando a placenta e realizando a revisão do canal de parto. Dr. Carlos aproximou-se da mulher e com o tom de voz calmo disse que o bebê nasceu bem e perguntou como iria chamá-lo. A mulher responde que não sabia. Ele perguntou se ela estava animada para amamentar e ela pensou um pouco e respondeu que sim. Joice realiza os primeiros cuidados com o bebê como: camplamento do cordão umbilical, aspiração, secagem do bebê,

administração de vitamina K e credeização, pesagem do bebê, sendo 3,210kg e Apgar 9/10. Dra. Emily explicou para a mulher que só faltava mais um pontinho da episiorrafia para o término, com o tom de voz calmo. Dr. Carlos liberou o aleitamento materno, pois o teste de HIV deu negativo, se despediu carinhosamente da mãe tocando em seu ombro e saiu da sala. Leandra, enfermeira, entrou na sala com roupas doadas por outra parturiente que estava em indução de parto, pois o bebê não tinha roupa, e entregou para Joice que colocou roupa no bebê, 10 minutos após o nascimento. Joice levou o bebê com roupa para realizar o contato face a face rápido com a mulher que estava de camisola. Após o colocou para sugar o peito da mulher na sala de parto, 20 minutos após o nascimento, com delicadeza deixando-o pouco tempo e explicou que era só para ele sentir um pouquinho ela e que depois iria colocá-lo no peito novamente. O bebê voltou para o berço aquecido. Dra. Emily terminou o procedimento, parabenizou a mulher em tom de voz suave e saiu da sala. Joice atenciosamente passou a mulher da mesa de parto para a maca e a retirou da sala sem o bebê. Joice buscou o bebê e o colocou, com bastante cuidado, para amamentar novamente 25 minutos após o nascimento. A mulher encontra-se de camisola e coberta por um lençol neste momento. Ficou por volta de 5 minutos no peito, pois a mulher o tirou. A acompanhante o pegou no colo. E 20 minutos após a sua saída da sala de parto, Leandra colocou o bebê no meio das pernas da mulher e a levou para o alojamento conjunto com o auxílio da Sabrina, enfermeira. Estavam na sala de parto a parturiente, 1 médica obstetra, 1 médico pediatra e 1 técnica de enfermagem, as enfermeiras Leandra e Sabrina entravam e saíam auxiliando no que fosse necessário. Neste parto não houve contato pele a pele entre o binômio mãe e filho.

#### **Parto XIV**

Parturiente com idade gestacional de 38 semanas e 3 dias foi encaminhada deambulando com o auxílio da enfermeira Sabrina e pela técnica de enfermagem Joice, para a sala de parto para a resolução do parto normal e a posicionou na mesa de parto cuidadosamente. O acompanhante (marido) entrou na sala. Sabrina a tocou no ombro e disse em tom de voz calmo para ela não gritar. Dra. Emily iniciou o procedimento do parto normal após a organização dos materiais e medicações, colocando-os em boa localização, com o auxílio da enfermeira Sabrina que exerceu o papel de circulante, e disse em tom de voz dócil para a mulher ir em frente e colocar o bebê para nascer e fazendo força. Sabrina ensinou à mulher a fazer força. Joice reforçou em tom de voz calmo dizendo para ela fazer força de cocô, pois a sua força estava ficando no pescoço. A mulher queixou cansaço. Sabrina auxiliou a mulher a fazer força, tocando o seu abdômen (não foi realizado manobra de kristeller). A mulher



encontrava-se muito nervosa. Dr. Carlos, médico pediatra, em tom de voz dócil, conversou com a mulher pedindo para ela descansar e que na hora que viesse a vontade de fazer força ele iria ajudá-la. Neste momento ele se encontra próximo a ela, em cima da escadinha olhando em seus olhos ao falar. A vontade de fazer força voltou, e Dr. Carlos auxiliou realizando a manobra de kristeller e disse para a mulher que fizesse força e não gritasse. Dr. Carlos tentou acalmá-la. A mulher em tom de voz nervoso disse que não iria conseguir. Dra. Emily concentrada no procedimento do parto disse à mulher para pensar diferente, positivo. Sabrina ficou posicionada ao lado da mulher dando apoio. Dra. Emily pediu para a mulher relaxar e Dr. Carlos realizou novamente a manobra de kristeller. O bebê nasceu 15 minutos após o início do parto normal. O bebê foi recepcionado por Joice, Dr. Carlos e pela residente de pediatria. Sabrina acalmava a mulher dizendo palavras de conforto. Dra. Emily mostrou o fórceps para a mulher explicando que foi usado nela, de forma paciente. Foram realizados os cuidados com o bebê pela Joice como camplamento do cordão umbilical, aspiração, administração de vitamina k, credeização, secagem e pesagem, sendo 2,980kg. O pediatra realizou a avaliação física e o Apgar foi 9/10. O bebê foi colocado nu em contato face a face com a mulher pela Joice em poucos segundos e depois voltou para o berço aquecido onde Joice o vestiu. Dra. Emily explicou atenciosamente que iria dar três pontinhos (episorrafia) na mulher. E 15 minutos após o nascimento e já de roupinha, Joice levou o bebê e o mostrou carinhosamente para a mulher que se encontrava de camisola, estimulando com manobra do dedo na boca do bebê para ele aprender a sugar. Neste mesmo momento, o bebê foi colocado para sugar na sala de parto. O bebê não consegue. O marido saiu da sala para falar ao celular. Ao voltar para a sala, Joice perguntou se ele queria pegar a criança e ele disse que não, pois tinha medo de pegá-lo por mau jeito. O bebê permaneceu no berço aquecido. Houve o término do procedimento do parto normal. Dra. Emily explicou para colocar compressa no local dos pontos, parabenizou a mulher, deu uma olhada na criança e saiu da sala. Sabrina passou a mulher para a maca e a levou para o corredor do pré-parto. O bebê foi colocado junto com a mulher que estava de camisola e coberta por um lençol, e Sabrina cuidadosamente o colocou para amamentar novamente 30 minutos após o seu nascimento, porém o bebê estava com dificuldade na pega e sucção. O acompanhante ficou próximo da mulher. O bebê ficou próximo à mulher, porém não amamentou mesmo sendo estimulado. Logo após foram levados para o alojamento conjunto pelo auxiliar de transporte. Estavam na sala, parturiente, 1 médico obstetra, 1 médico pediatra, 1 técnica de enfermagem, 1 enfermeira, o acompanhante e 1 residente de pediatria. Neste parto não houve o contato pele a pele entre o binômio mãe e filho.

**Parto XV**

Parturiente com idade gestacional de 40 semanas e 4 dias, foi levada por maca para a sala de parto pela enfermeira Laura às pressas para a resolução de parto normal. A sala da porta permaneceu aberta. A mulher foi posicionada na mesa de parto pela Laura e pela técnica de enfermagem Meire. Dra. Emily entra às pressas na sala de parto. Laura em tom de voz calmo ensinou a mulher a fazer força. Dra. Emily com a ajuda de Meire organizou os materiais e as medicações em boa localização, próximo a ela e iniciou o procedimento do parto. E 5 minutos após o início do parto o bebê nasceu. Meire, Dra. Kátia, médica pediatra, e a residente de pediatria receberam o bebê. O acompanhante (marido) entrou na sala para entregar as roupas do bebê. Dra. Kátia avaliou o bebê, o Apgar sendo 8/9 e parabenizou a mulher um pouco distante dela com um tom de voz calmo. Foram realizados os cuidados com o bebê como camplamento do cordão umbilical, aspiração, administração de vitamina K, credeização e pesagem, sendo 2,625kg. A mulher estava próxima ao berço aquecido e ficava olhando para o bebê. Meire colocou roupa no bebê que se encontrava um pouco gemente. O pai tira foto do bebê. Dra. Emily parabenizou a mulher e saiu apressada da sala. Laura e Meire passaram a mulher para a maca e a retiraram da sala de parto com rapidez, pois em outra sala estava acontecendo um parto normal difícil. A mulher encontrava-se no corredor do pré-parto, e o bebê no berço aquecido na sala de parto em observação até a Dra. Kátia o liberar, pois encontrava-se gemente. E 40 minutos após o nascimento, a pediatra liberou a amamentação e Laura o colocou com cuidado e atenção para amamentar, o bebê estava vestido e enrolado em uma manta, e a mulher estava de camisola e coberta por um lençol. Ele ficou por volta de cinco minutos no peito da mulher e após foi levado para a UTI-neonatal devido à gemência. A mulher foi levada para o alojamento conjunto pela Laura e pelo acompanhante. Neste parto não houve contato pele a pele entre o binômio mãe e filho.



## ANEXOS

## ANEXO A

## Autorização da Santa Casa de Misericórdia de Passos para a coleta de dados



Santa Casa de Misericórdia de Passos  
Hospital Regional  
CNPJ (MF) 23.278.898/0001-60 - Inscrição Estadual: Isento  
PABX - DDR: (035) 3529.1300 (Geral)  
Rua Santa Casa, 164 - CEP 37904-020  
Passos - MG  
e-mail: [scpassos@scpassos.org.br](mailto:scpassos@scpassos.org.br)



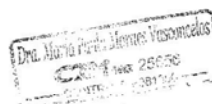
## AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

O Dr. Marcos Antonio de Oliveira, ocupante do cargo de Diretor Técnico da Santa Casa de Misericórdia de Passos e Dra Maria Paula Moraes Vasconcelos, coordenadora da Maternidade emitem o parecer de **AUTORIZADO** para a coleta de dados do projeto "Contato precoce e aleitamento materno na sala de parto na percepção dos profissionais de saúde envolvidos com a assistência obstétrica" – Mestrado – EERP/USP, da pesquisadora Monise Martins Silva, sob a orientação da Professora Dr<sup>a</sup> Juliana Cristina dos Santos Monteiro

Passos, 26 de Outubro de 2012

Dr Marcos Antônio de Oliveira  
CRM 20581  
CPF: 475 489 186-04  
Diretor Técnico

Dr Marcos Antonio de Oliveira



Dra Maria Paula Moraes Vasconcelos

## ANEXO B

## Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



## COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of. CEP-EERP/USP – 238/2012

Ribeirão Preto, 12 de dezembro de 2012

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 12 de dezembro de 2012.

Protocolo CAAE: 10258812.0.0000.5393

**Projeto:** Contato precoce e aleitamento materno na sala de parto na percepção dos profissionais de saúde envolvidos com a assistência obstétrica.

**Pesquisadores:** Juliana Cristina dos Santos Monteiro  
Monise Martins da Silva

*Em atendimento à Resolução 196/96, 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,

**Profa. Dra. Lucila Castanheira Nascimento**  
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

**Profa. Dra. Juliana Cristina dos Santos Monteiro**  
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública  
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP