



Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira

**OS CUIDADOS IMEDIATOS AO RECÉM-NASCIDO SAUDÁVEL
DE PARTO VAGINAL NOS DIFERENTES MODELOS DE
ATENÇÃO AO NASCIMENTO**

Geiza Martins Barros

Rio de Janeiro

Março de 2017



Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira

**OS CUIDADOS IMEDIATOS AO RECÉM-NASCIDO SAUDÁVEL
DE PARTO VAGINAL NOS DIFERENTES MODELOS DE
ATENÇÃO AO NASCIMENTO**

Geiza Martins Barros

Dissertação apresentada à Pós-
graduação em Saúde da Criança e
da Mulher (IFF/FIOCRUZ) como
parte dos requisitos para obtenção
do título de Mestre em Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Augusto Bastos Dias

Rio de Janeiro

Março de 2017

CIP - Catalogação na Publicação

Barros, Geiza Martins .

Os cuidados imediatos ao recém-nascido saudável de parto vaginal nos diferentes modelos de atenção ao nascimento. / Geiza Martins Barros. - Rio de Janeiro, 2017.

106 f.; il.

Dissertação (Mestrado em Ciências) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro - RJ, 2017.

Orientador: Marcos Augusto Bastos Dias.

Bibliografia: f. 86-94

1. parto. 2. nascimento. 3. modelos de atenção. 4. boas práticas. 5. recém-nascido. I. Título.

GEIZA MARTINS BARROS

**OS CUIDADOS IMEDIATOS AO RECÉM-NASCIDO SAUDÁVEL DE PARTO
VAGINAL NOS DIFERENTES MODELOS DE ATENÇÃO AO NASCIMENTO**

Aprovado em 28 de março de 2017.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Marcos Augusto Bastos Dias

Prof. Dra. Luiza Mara Correa

Prof. Dr. Saint Clair S. Gomes Junior

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo dom da vida.

Aos meus amados pais e irmãos pelo apoio incondicional.

Ao meu querido orientador, pelos ensinamentos, parceria, estímulo, compromisso e dedicação.

As mulheres que me autorizaram a participar desse momento ímpar e íntimo que é o parir e nascer em suas vidas.

Aos integrantes da banca de qualificação: Professor Saint Clair S. Gomes e o Enfermeiro Obstetra Rafael Costa pelas sugestões e contribuições apresentadas ao trabalho.

Aos integrantes da banca de defesa: Professor Saint Clair S. Gomes e Professora Luiza Mara Correa pelas contribuições e orientações apresentadas ao trabalho.

Aos colegas da casa de parto pelo acolhimento, incentivo e auxílio permanente, em especial a Diretora da unidade e ao Enfermeiro Obstétrico Rafael pela amizade, ensinamentos e incentivos.

Aos profissionais da pós-graduação pelo profissionalismo e ética.

Aos colegas de turma e do trabalho pelo incentivo, amizade e apoio.

A Médica Obstetra Jacqueline Assunção pelo encorajamento e amizade.

As unidades coparticipantes pela atenção, acolhida e estímulo.

“O sonho

Sonhe com aquilo que você quer ser,
porque você possui apenas uma vida
e nela só se tem uma chance
de fazer aquilo que quer.

Tenha felicidade bastante para fazê-la doce.
Dificuldades para fazê-la forte.
Tristeza para fazê-la humana.
E esperança suficiente para fazê-la feliz.

As pessoas mais felizes não têm as melhores coisas.
Elas sabem fazer o melhor das oportunidades
que aparecem em seus caminhos.

A felicidade aparece para aqueles que choram.
Para aqueles que se machucam
Para aqueles que buscam e tentam sempre.
E para aqueles que reconhecem
a importância das pessoas que passaram por suas vidas”.

Clarice Lispector.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Objeto.....	14
1.2 Justificativa	14
1.3 Objetivo Geral.....	16
1.4 Objetivos específicos.....	17
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	18
2.1 As perspectivas históricas das políticas de atenção aos recém-nascidos no Brasil	18
2.2 As dimensões dos cuidados imediatos prestados aos neonatos sadios no ambiente do parto e as rotinas hospitalares	23
2.3 Os modelos de atenção a mulher e neonato no parto e nascimento	27
2.3.1 Modelo Tecnocrático.....	28
2.3.2 Modelo Humanista.....	30
2.4 As boas práticas de atenção ao neonato sadio	32
2.4.1 O ambiente onde ocorre o parto e nascimento.....	33
2.4.1.1 <i>Luminosidade no ambiente do nascimento</i>	35
2.4.1.2 <i>Estímulos sonoros no ambiente do nascimento</i>	37
2.4.1.3 <i>Temperatura no local do parto e a prevenção da perda de calor do neonato na primeira hora de vida</i>	39
2.4.2 Momento adequado para o clampeamento do cordão umbilical.....	40
2.4.3 Contato precoce e contínuo: pele com pele entre mãe e filho (a).....	42
2.4.4 Amamentação na primeira hora de vida do RN.....	44
2.4.5 Participação do (a) acompanhante no nascimento.....	45

2.5 Avaliação em Saúde e o Modelo Lógico: Referencias da Política Nacional de Humanização.....	47
3 MÉTODO.....	53
3.1 Desenho do Estudo.....	53
3.2 Campo do Estudo.....	55
3.3 Sujeitos.....	58
3.4 Amostra.....	58
3.5 Coleta dos Dados.....	59
3.6 Validação.....	60
3.7 Variáveis do Estudo.....	61
3.8 Análise Estatística.....	63
3.9 Aspectos Éticos.....	65
4 RESULTADOS.....	66
4.1 Aspectos Pessoais e Sócios Demográficos.....	66
4.2 Aspectos Obstétricos e Neonatais.....	67
4.3 Atenção Imediata ao Neonato.....	69
5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	75
6 CONCLUSÃO.....	84
REFERÊNCIAS.....	86
APÊNDICE 1 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	95
APÊNDICE 2 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	98
APÊNDICE 3 TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TALE).....	100
ANEXO 1 RESOLUÇÃO (RDC) NÚMERO 36 DE 2008.....	102

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CO	Centro obstétrico.
CPN	Centro de parto normal.
CP	Casa de parto.
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada.
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária.
MS	Ministério da Saúde.
OMS	Organização Mundial de Saúde.
SUS	Sistema Único de Saúde.
RN	Recém-nascido.
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento.
PNH	Política Nacional de Humanização.
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança.
ONU	Organização das nações Unidas.
RC	Rede Cegonha.
UCR	Unidade de Calor Radiante
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
RJ	Rio de Janeiro

LISTA DE QUADROS, TABELAS E FIGURAS

Figura 1. A humanização como política transversal na rede sus. Marco referencial para o planejamento, monitoramento e avaliação.....	49
Figura 2. Articulação dos objetos/focos e dimensões de análise da PNH, como base para um modelo avaliativo.....	51
Figura 3. Marcos referenciais, dimensões do planejamento e eixos avaliativos.....	52
Quadro 1. Avaliação normativa: dimensão, componente, parâmetros e fontes de dados.....	54
Tabela 1. Aspectos pessoais e sócios demográficos das mulheres que tiveram seus neonatos sujeitos do estudo.....	67
Tabela 2. Aspectos obstétricos das mulheres que tiveram seus neonatos sujeitos do estudo.....	68
Tabela 3. Proporção de realização dos cuidados indiretos recomendados em cada unidade (co, cpn,cp).....	69
Tabela 4. Proporção de realização dos cuidados diretos recomendados em cada unidade (co, cpn, cp).....	70
Tabela 5. Proporção de realização dos cuidados que devem ser postergados em cada unidade (co, cpn, cp).....	71
Tabela 6. Proporção de realização dos cuidados que devem ser proscritos em cada unidade (co, cpn, cp).....	72
Tabela 7. O grau de implementação das boas práticas de atenção neonatal imediata nos diferentes modelos de atenção.....	74

RESUMO

Boas práticas de atenção imediata ao neonato é um termo empregado como sinônimo de cuidados em saúde, prestados na primeira hora de vida do bebê, se baseiam em evidências científicas e impactam diretamente na transição da vida fetal a neonatal. Com o estudo desta temática objetivou-se avaliar o grau de implementação das boas práticas de atenção imediata ao RN sadio, de parto vaginal em três unidades de saúde públicas do município do Rio de Janeiro, com diferentes modelos de atenção a mulher no momento do parto e nascimento. Além deste, visou também caracterizar as unidades de saúde (casa de parto, centro de parto normal intra-hospitalar e centro obstétrico tradicional) segundo os níveis de implementação das boas práticas de cuidados imediatos ao RN, à luz das normas e recomendações do MS, OMS E RDC 36/2008. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa com o número **CAAE: 52487915.7.3001.5279**. Foi realizada uma pesquisa avaliativa normativa com análise de implantação. Os dados foram coletados de junho a dezembro de 2016 por meio da observação, dados do prontuário e ficha de admissão neonatal. Os resultados demonstraram que as unidades possuem diferentes níveis de implementação das boas práticas de atenção neonatal imediata e que as mesmas variam de acordo com o modelo assistencial. No modelo tradicional o grau de implementação das boas práticas foi inadequado no que se referiu aos cuidados imediatos e mediatos, sendo que ainda persiste a utilização de intervenções proscritas. No modelo colaborativo os cuidados a serem postergados ainda se mostraram inadequados e adequados em relação aos cuidados proscritos e cuidados diretos recomendados. A casa de parto apresentou grau adequado de implementação das boas práticas em todas as categorias analisadas.

Palavras chave: parto, nascimento, modelos de atenção, boas práticas, recém-nascido.

ABSTRACT

Good practices of immediate attention to the neonate is a term used as a synonym of health care, provided in the first hour of the baby's life, are based on scientific evidence and directly impact on the transition from fetal to neonatal life. The objective of this study was to evaluate the degree of implementation of the best practices of immediate attention to healthy newborns of vaginal delivery in three public health units of the city of Rio de Janeiro, with different models of attention to women at the time of childbirth and birth. In addition to this, it also aimed to characterize the health units (birth center, normal in-hospital birth center and traditional obstetrical center) according to the levels of implementation of the best practices of immediate care to the NB, in the light of MS standards and recommendations, WHO AND RDC 36/2008. The study was approved by the Research Ethics Committee under the number CAAE: 52487915.7.3001.5279. A normative evaluative research with implantation analysis was carried out. Data were collected from June to December 2016 through observation, data from the chart and neonatal admission card. The results showed that the units have different levels of implementation of the good practices of immediate neonatal care and that they vary according to the care model. In the traditional model, the degree of implementation of good practices was inadequate with regard to immediate and intermediate care, and the use of proscribed interventions still persists. In the collaborative model the care to be postponed still proved inadequate and adequate in relation to out-of-home care and recommended direct care. The delivery room presented an adequate degree of implementation of good practices in all categories analyzed.

Key words: childbirth, birth, attention models, good practices, newborn.

1 INTRODUÇÃO

A temática em questão envolve a apreciação normativa e a análise da implantação das boas práticas de atenção aos neonatos saudáveis, em sua primeira hora de vida. Foi avaliada a adequação dos cuidados imediatos prestados aos recém-nascidos (RN) saudáveis, em três unidades de saúde públicas do município do Rio de Janeiro, frente as normas e recomendações oficiais do Ministério da Saúde (MS), Organização Mundial de Saúde (OMS) e RDC (Resolução da Diretoria Colegiada) ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) 36/2008^{1,2,3,4,5}.

Didaticamente, podemos correlacionar o nascimento a duas formas de transição: uma histórica e a outra de caráter biopsicossocial. A transição histórica está relacionada com a mudança na percepção pela sociedade da assistência ao parto e nascimento, a partir da transferência destes eventos do seio familiar para o institucional. Em síntese, essa transição envolveu mudanças que vão desde o local da assistência ao parto, perpassa pelas pessoas participantes deste evento e incluem as rotinas para a recepção e cuidado do recém-nascido⁶.

O ambiente do parto deixou de ser a casa da família para ocorrer em uma unidade de saúde onde a mulher não poderá mais enfeitar o recinto do nascimento de seu (sua) filho (a) conforme os seus desejos. Os participantes não são mais os familiares ou conhecidos, que a mulher junto com o seu esposo escolhiam para integrar aquele momento único de suas vidas, e agora as rotinas são em geral, ditadas pelas normas dos hospitais, restringindo a participação das mulheres grávidas e de suas famílias.

Portanto, o parto assistido nas instituições tornou o nascimento um evento que, no modelo tradicional medicalizado, pertence à equipe de saúde e não mais à mulher, família e criança⁶. Nesta transição da casa para o hospital, diferentes cuidados foram incorporados na atenção ao parto e nascimento, nem todos baseados em evidências científicas.

As intervenções rotineiras, muitas delas obsoletas e desnecessárias, tais como: desconsiderar a importância do protagonismo das gestantes e familiares, aspirar vias aéreas (VA) do recém-nascido (RN), clampar precocemente (em menos de um minuto) o cordão umbilical sem indicação clínica, manter temperatura do ambiente do nascer menor que 26°C, realizar procedimentos que impeçam o encontro inicial seguro e protegido entre mãe e bebê, proibir a presença de acompanhante, utilizar práticas que não possuem fundamentos nas evidências científicas, não estão de acordo com o princípio de não maleficência, repercutindo de forma negativa tanto na saúde materna quanto neonatal⁷.

No que tange a transição biopsicossocial, o nascimento ocorre na maioria das vezes a partir de um processo fisiológico e representa para o bebê a mudança do meio intrauterino, onde ele tem um papel passivo, para um ambiente externo em que o seu organismo precisará realizar funções vitais como a respiração, nutrição, manutenção da temperatura corpórea, dentre outras. Para a sua adaptação, o neonato terá que responder adequadamente ao contato com o novo meio. Os elementos do ambiente externo onde chega o recém-nascido devem tentar assegurar condições ideais para a sua adaptação e o desenvolvimento de suas competências, tentando minimizar as diferenças entre os ambientes intra e extrauterino⁶.

A compreensão pela equipe multiprofissional das diferentes dimensões dos cuidados imediatos que envolvem o nascimento, do seu contexto social e cultural, possibilita melhor entendimento das necessidades que integram a adaptação do neonato em sua primeira hora de vida, propiciando subsídios para uma atuação com qualidade.

No Brasil, nascem cerca de três milhões de crianças ao ano, sendo que 98% dos nascimentos ocorrem em hospitais e, os neonatos majoritariamente apresentam boa vitalidade³. A maioria das crianças faz a transição da vida fetal para a neonatal com sucesso⁸.

Frente a constatação das boas condições de vitalidade do neonato no nascimento, a rotina de assistência ao RN saudável na sala de parto não tem justificativa para interferir no

estabelecimento do contato mãe-bebê-acompanhante e nem com o início da amamentação. O contato mãe-bebe possui efeito positivo na duração da amamentação e ajuda na manutenção da temperatura corporal do RN que perde calor com muita facilidade após o nascimento, problema para o qual se recomenda secá-lo com toalhas pré-aquecidas logo após sua expulsão do corpo materno. Utilizada rotineiramente até há alguns anos atrás, a aspiração de rotina das vias aéreas superiores não é mais recomendada, quando o neonato é capaz de eliminar espontaneamente as secreções⁹.

Diante do conhecimento da importância destes momentos iniciais da vida do neonato, denominado de inatividade alerta e que dura em média quarenta minutos, ressaltamos que a assistência a ser prestada, deve lhe assegurar a adaptação fisiológica, evitando-se intervenções desnecessárias. Neste momento, o RN encontra-se mais sensível ao meio externo e suas descobertas¹⁰.

Atualmente a rede assistencial no Município do Rio de Janeiro (RJ) é constituída por diferentes unidades de atenção ao parto. Fazem parte desta rede, uma casa de parto comunitária, centros de parto normal intra-hospitalares e também maternidades com centros obstétricos tradicionais. Estas unidades apresentam diferenças tanto nos níveis de hierarquia da assistência, dos objetivos sócio-políticos de sua criação, estrutura física, composição dos recursos humanos, como nas configurações de equipes que prestam assistência a mulher no parto e nascimento.

Nossa hipótese é que estas Unidades possuem distintos graus de implementação das boas práticas de atenção imediata ao RN quando comparadas as normas e recomendações oficiais do MS, OMS E RDC 36/2008^{1,2,3,4,5}.

De acordo com este contexto, o estudo possui como **Questão norteadora:**

Qual o grau de implementação das boas práticas de atenção imediata ao neonato sadio, de parto vaginal, em três unidades públicas de saúde do município do Rio de Janeiro com

diferentes modelos de atenção, frente às normas e recomendações do MS, OMS, RDC 36/2008^{1,2,3,4,5?}

1.1 Objeto do estudo

O objeto do estudo é o grau de implementação das boas práticas de atenção imediata ao RN frente a adequação técnica às normas e recomendações oficiais nas três unidades de saúde.

1.2 Justificativa

A inquietação que me instigou o empenho para a realização desta pesquisa emergiu durante a minha formação como Enfermeira Obstétrica, Neonatologista e Pediátrica. No decorrer da efetivação dos créditos do Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica, tive a oportunidade de promover cuidados supervisionados na maioria das maternidades de baixo risco e na casa de parto do município do Rio de Janeiro, além de uma maternidade estadual de alto risco materno. O desejo de estudar esta questão se exacerbou durante minha atuação como especialista onde pude observar distinções técnicas no processo de cuidar do RN na primeira hora de vida e, objetiva uma reflexão mais abrangente do assunto através da imersão possibilitada pela pesquisa.

Ao realizar uma busca na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) sobre os possíveis descritores deste estudo apenas três foram reconhecidos: humanização; nascimento; parto. Frente a escassez de descritores, pesquisou-se as publicações através dos termos:

- “Cuidados com o neonato na sala de parto” que obteve 12 publicações sendo 11 na base de dados LILACS e 1 na BDEF, destes, 7 abordavam assuntos

relacionados a assistência ao RN de alto risco como: prematuros, baixo peso, má formações e necessidade de reanimação; 3 discorreram sobre a assistência á parturiente; 1 óbito em UTI neonatal e 1 história dos cuidados aos RNs;

- “Modelos de assistência ao parto e nascimento” 424 estudos, ao se utilizar o filtro país/região como assunto-Brasil- 18 pesquisas foram encontradas. Dentre as pesquisas, 6 apresentaram discussões acerca dos modelos de assistência ao parto com ênfase, majoritariamente, nas categorias profissionais médicos e não-médicos, 2 discursaram sobre a Declaração de Nascidos Vivos, 2 RN de alto risco, 5 taxas de cesarianas no país, 1 características do pré-natal e parto e 2 atenção obstétrica por profissionais não-médicos;
- “Assistência ao recém-nascido na sala de parto” resultou em 64 pesquisas e ao se utilizar o filtro país/região como assunto-Brasil- 7. Nenhum dos estudos discursou sobre a assistência prestada ao RN sadio. Dois estudos fizeram referência a assistência ao RN de risco, 4 salientaram a assistência a parturiente e 1 as tecnologias não-invasivas de cuidados da enfermagem obstétrica na atenção ao parto;
- “Assistência ao recém-nascido sadio na sala de parto” não foi encontrado publicação nas bases de dados constituintes da BVS;
- “Rotinas de cuidado ao neonato na sala de parto” foi encontrado 1 estudo que abordou acerca da amamentação na primeira hora de vida do RN;
- “Os cuidados imediatos aos recém-nascidos” 13 estudos, destes 6 tratavam de RN classificado como de alto risco, 5 relacionados as parturientes, 1 terapêutica alternativa nos cuidados imediatos ao RN e 1 a sistematização da assistência de enfermagem ao RN.

A maioria dos artigos resultantes da pesquisa abordaram assuntos relacionados aos recém-nascidos classificados como de alto risco e considerações relacionadas às parturientes.

A necessidade de se estudar os cuidados prestados aos neonatos sadios no ambiente do parto, em sua primeira hora de vida, se fundamenta na importância destes para a qualidade de vida do recém-nascido. O estudo pode contribuir com estratégias para fortalecer a Política de Humanização da Assistência ao Parto e Nascimento por meio do estímulo a operacionalização de suas diretrizes e princípios, ajudando a promover uma melhoria na atenção ao recém-nascido.

No aspecto profissional, o estudo poderá servir de base para reflexões acerca da atuação dos diversos profissionais de saúde responsáveis pela recepção neonatal e como instrumento para a implementação de rotinas e procedimentos operacionais padrões que visem a qualificação e humanização dos cuidados imediatos aos neonatos.

Como Enfermeira obstétrica que atuou em todos os níveis de assistência a mulher grávida, na atenção ao parir e nascer no município do Rio de Janeiro, reconheço a necessidade de se pesquisar e monitorar as unidades de saúde no que diz respeito a implementação das boas práticas de atenção a mulher e neonato no parir e nascer, por acreditar que a pesquisa avaliativa é um importante recurso para este processo, podendo subsidiar maior adequação técnica, suporte frente às demandas de saúde e apoio a estas instituições.

1.3 Objetivo Geral

- Avaliar o grau de implementação das boas práticas de atenção imediata ao RN sadio, de parto vaginal em cada unidade de saúde.

1.4 Objetivos específicos

- Caracterizar as unidades de saúde (casa de parto, centro de parto normal intra-hospitalar e centro obstétrico tradicional) segundo os níveis de implementação das boas práticas de cuidados imediatos ao RN, dos cuidados com a ambiência e com a não utilização de práticas proscritas;
- Discutir o grau de implementação das boas práticas de atenção ao neonato sadio, na primeira hora de vida, de acordo com as características e modelos de atenção dos serviços à luz das normas e recomendações do MS, OMS E RDC 36/2008^{1,2,3,4,5}.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo abordamos os assuntos que julgamos necessários para reflexão e discussão da temática que envolve a atenção ao neonato em sua primeira hora de vida.

2.1 As perspectivas históricas das políticas públicas de atenção aos recém-nascidos no Brasil

Na idade média o sentimento de infância não existia, o que não significa que as crianças não fossem cuidadas, mas suas peculiaridades não eram reconhecidas¹¹.

Com o passar dos tempos a criança ganhou espaço na sociedade e deixou de ser vista como um adulto em miniatura, com isso se iniciou o reconhecimento de que as crianças tinham necessidades de cuidados diferentes dos adultos.

Historicamente, as políticas públicas brasileiras direcionadas para a saúde materno-infantil ganharam ímpeto na transição do Estado Novo, sendo no ano de 1940 a implantação do Departamento Nacional da Criança que procurou normatizar o atendimento a criança e o combate à mortalidade infantil¹².

Em 1975 um importante programa para a saúde de gestantes e recém-nascidos foi lançado pelo Ministério da Saúde com a denominação de Programa de Saúde Materno-Infantil¹⁴. Este programa tinha como propósito contribuir para a redução da morbimortalidade da mulher e da criança. Passaram-se oito anos até que em 1983 fosse criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC). Em 1984 ele foi desmembrado em dois programas com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança¹³.

Os programas governamentais da época tinham como pilar a atenção ao período gravídico, com foco na saúde neonatal. Tais iniciativas visavam o tratamento da mãe para melhorar a sobrevivência infantil, não dissociavam a saúde da criança da saúde materna e tinham como objetivo, quase que exclusivamente, a redução das taxas de mortalidade infantil.

Dentre as iniciativas governamentais para a redução da mortalidade infantil, tem-se a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) que foi criada pela OMS e UNICEF com o objetivo de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno. A IHAC foi criada em resposta ao chamado para a ação da Declaração de Innocenti, conjunto de metas criadas com o objetivo de resgatar o direito da mulher de aprender e praticar a amamentação com sucesso. Para integrar a IHAC a unidade de saúde deve aderir aos “Dez Passos Para o Sucesso do Aleitamento Materno”¹⁴.

Os dez passos são recomendações que favorecem a amamentação e compreendem: 1. Ter uma política de aleitamento materno escrita que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados da saúde. 2. Capacitar toda a equipe de cuidados da saúde nas práticas necessárias para implementar essa política. 3. Informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno. 4. Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento. 5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se separadas dos seus filhos. 6. Não oferecer aos recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica. 7. Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e bebês permaneçam juntos - 24 horas por dia. 8. Incentivar o aleitamento materno sob livre demanda. 9. Não oferecer bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas. 10. Promover grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos na alta da maternidade¹⁴.

Em 1991 foi instituído o Programa de Assistência Perinatal (PROASP) cujo objetivo principal era a atenção a mulher grávida e RN. Enfatizava aspectos relacionados a

qualificação da assistência ao RN, além da instituição do alojamento conjunto e incentivo ao aleitamento materno¹⁵. Os anos de 1990 foram marcantes pela formulação de políticas públicas destinadas a promoção da qualidade da assistência ao parto e nascimento no Sistema Único de Saúde¹⁶. Além dos anos 90, no primeiro ano do novo século foi lançado o Programa Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) tendo pela primeira vez, se usado o termo Humanização para denominar uma política pública no país¹².

O programa de humanização do pré-natal e nascimento (PHPN) implantado em 2000 como estratégia para diminuir as altas taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal no país, tinha como prerrogativa a necessidade de se assegurar a melhoria do acesso e qualidade da assistência do pré-natal, parto, puerpério e ao neonato. O PHPN se fundamentava nos preceitos da humanização e recomendava que as instituições deveriam possuir rotinas que rompessem com o isolamento da mulher e preservassem um ambiente acolhedor para o nascimento¹⁷.

Nesta perspectiva, as unidades de saúde engajadas com os princípios da humanização, deveriam resguardar dois deveres prioritários: o de receber a mulher, seus familiares e RN com respeito e dignidade e aderir aos procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parir e nascer, e por conseguinte, evitar as práticas intervencionistas desnecessárias que causam maiores riscos para a mulher e neonato¹⁷.

Com a PHPN surge a perspectiva de uma atenção que daria conta das múltiplas dimensões dos cuidados da mulher e da criança. Os usuários do sistema de saúde passariam a ser reconhecidos como sujeitos que necessitam de uma assistência baseada nas melhores evidências científicas existentes, de ambiência, acolhimento, vínculo com os profissionais de saúde e também co-responsabilidades¹⁸.

Em setembro de 2000, o Brasil assumiu internacionalmente com mais 189 nações a meta dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio de reduzir em dois terços a mortalidade

infantil existente de 1990 até 2015. A meta foi proposta pela Organização das Nações Unidas (ONU) e atingida pelo Brasil, que conseguiu reduzir em 75% a mortalidade infantil. Foi citado por tal órgão como colaboradores para este alcance, o desempenho do SUS na atenção básica, melhoria no atendimento materno e ao RN e esforços em prestar assistência à saúde no nível comunitário¹⁹.

Nos últimos anos as políticas públicas de saúde têm investido na mudança de modelo de atenção a mulher e RN no parto e nascimento, tendo sido criado a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão no SUS (PNH) em 2003, além desta, cabe ressaltar a importância dos movimentos sociais que constituem redes de mobilização em defesa da maternidade segura, contra a violência obstétrica e em defesa da humanização e da qualidade na assistência ao parto e ao nascimento²⁰.

Temos como exemplos de tais movimentos, a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa), criada desde 1993; a Rede Latino-Americana e do Caribe pela Humanização do Parto e Nascimento (Relacahupan); a Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras (Abenfo); a Associação Nacional de Doulas (Ando), entre outras. Recentemente foi criada a Rede Contra as Violências Doméstica, Sexual e Outras Violências (Rede Elis Brasil) encetando vários movimentos no País pela proteção e garantia dos direitos humanos contra as violências em todas as suas formas de expressão, sejam elas confirmadas ou suspeitas²⁰.

No ano de 2004 foi lançada pelo Ministério da Saúde a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, que trouxe os princípios norteadores do cuidado na saúde da criança além da importância da primeira semana de saúde integral. Na primeira semana de saúde integral, as mulheres e os neonatos devem ser acompanhados nas unidades básicas de saúde para a avaliação de suas condições de saúde, promoção do aleitamento materno e apoio às dificuldades encontradas²¹.

Além da IHAC nos anos 90, o MS lançou em 2007 uma política nacional de incentivo ao aleitamento materno na rede de atenção básica, conhecida como Rede Amamenta Brasil²².

A mais recente política no âmbito da saúde materno-infantil está regulamentada pela portaria Nº 1.459 DE 2011 que Instituiu no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha (RC). Em seu artigo primeiro refere que a RC, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada na gravidez, parto e puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Trata da garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento²³.

Com a RC se reafirmam os princípios do SUS e da PNH (Política Nacional de Humanização) resultando na necessidade de mudança de modelos de atenção, de envolvimento entre gestão, profissionais e usuários.

Ao se integrar os preceitos da RC com o objeto deste estudo, tem-se que a atenção imediata aos neonatos deve priorizar não somente a garantia da sobrevivência como também a sua qualidade de vida, através do respeito a todas as dimensões da vida da criança-mulher-acompanhante e implementação das boas práticas de cuidados.

Frente as diversas iniciativas governamentais, mais precisamente as ocorridas a partir do século XX que procuraram contemplar a saúde da criança de forma integral e não somente ao período perinatal, importantes conquistas foram alcançadas, tais como: incremento de um novo modelo de atenção à mulher grávida e ao RN, redução da mortalidade infantil, estímulo ao aleitamento materno e as boas práticas de atenção ao neonato.

Apesar das políticas, ainda não se observa mudança significativa nos padrões de cuidados à assistência ao parto e ao RN no país, sendo incipientes os resultados alcançados na mudança de modelo preconizado pela RC.

2.2 As dimensões dos cuidados imediatos prestados aos neonatos no ambiente do parto e as rotinas hospitalares

Desde 1960 médicos e psicólogos passaram a acreditar e realizar pesquisas que comprovaram que os bebês tinham um cérebro além do nível primário. Descobriram que ao nascer, e em aproximadamente 40 minutos que compreende a inatividade alerta, os bebês veem e ouvem as vozes ao seu entorno, parecendo que neste instante a sua energia é canalizada apenas para ver e ouvir²⁴.

Frente as descobertas da capacidade de interação do neonato com o ambiente e com os outros seres humanos, podemos vislumbrar as múltiplas dimensões de cuidados que esse período requer.

Para melhor entendimento do que é o cuidar do neonato logo após o nascimento, precisamos considerar que este momento está envolto de muitos significados, símbolos, sentimentos e papéis sociais. Para tal a teoria do cuidado cultural refere:

“valores, crenças e expressões padronizadas, cognitivamente conhecidos, que auxiliam, facilitam, sustentam ou capacitam outro indivíduo ou grupo a manter seu bem-estar, saúde, melhorar sua condição humana e seu modo de vida ou lidar com a doença, a deficiência ou a morte”^{25:13}.

O pressuposto relacionado à definição do cuidado cultural representa para a atenção neonatal, a importância de se reconhecer o nascimento como um evento que é interpretado pela mulher e família, a partir das suas vivências imbuídos em uma dada cultura, suas diversidades e peculiaridades. O entendimento pelos profissionais de saúde deste cuidado como construto cultural favorecerá a adoção de uma “rotina” adequada de assistência imediata ao neonato.

Os cuidados imediatos prestados aos neonatos no local do parto, em sua primeira hora de vida, foram por muitos anos constituídos apenas por rotinas hospitalares que generalizavam as condutas de recepção do bebê por se acreditar nos benefícios provenientes desta assistência,

como por exemplo, separar mães e bebês saudáveis deixando os mesmos em berçários. Atualmente, essas práticas estão sendo substituídas por cuidados que são considerados como boas práticas de atenção neonatal e, baseados em evidências científicas¹⁸.

Como exemplos de cuidados imediatos neonatais que não estão baseados nas evidências científicas atuais, e que ainda são eventualmente utilizados na recepção de recém-nascidos saudáveis, temos a aspiração rotineira das vias aéreas ao nascer, o aquecimento artificial (mediante colocação do RN em unidade de calor radiante) e a separação do bebê de sua mãe ao nascer³.

Um estudo recente sobre as práticas de atenção hospitalar ao RN saudável no Brasil, parte da Pesquisa Nascer no Brasil, estudo de base hospitalar realizado de 02/2011 a 10/2012, demonstrou que as práticas consideradas inadequadas como uso de oxigênio inalatório (9,5%), aspiração de vias aéreas (71,1%), aspiração gástrica (39,7%) e o uso de incubadora (8,8%) foram excessivamente usadas. Tais dados refletem uma atenção ao RN saudável ainda permeada por práticas intervencionistas desnecessárias e baixo nível de adesão aos cuidados que tem nas evidências científicas suas fundamentações²⁶.

Portanto, as concepções dos cuidados imediatos que integram as boas práticas de atenção, resultam da singularidade de cada nascimento. Os cuidados dispensados ao bebê no nascimento impactam-no de forma positiva ou negativa²⁷, portanto, realizar práticas proscritas, por exemplo, pode dificultar a sua adaptação, repercutindo negativamente em sua vida.

A maneira como o RN vai ser cuidado em sua primeira hora de vida, vai ter relação com diferentes fatores, tais como: onde está ocorrendo o nascimento, quem é o profissional que o está assistindo, que conhecimentos ele tem, dentre outros.

Para se compreender como o bebê vivencia o momento de seu nascimento é necessário que se reflita sobre o ambiente do qual ele é oriundo e permanece por alguns meses antes do

nascimento. O ambiente intrauterino é silencioso, com limites uniformes e de temperatura constante, onde o feto fica ao abrigo dos possíveis danos externos como por exemplos, traumatismos e agentes infecciosos. Além de ser um ambiente que promove sensação de aconchego, bem estar e segurança²⁸.

O nascimento levará o feto a enfrentar profundas modificações anatômicas e funcionais²⁴. Para se adaptar o RN terá que apresentar diversas competências para garantir a sua boa vitalidade no novo meio, portanto a assistência ao parto e nascimento deve ser qualificada e humanizada a fim de respeitar esse momento, e não fazer dessa transição algo que dificulte a adaptação para o bebê.

Neste primeiro contato com o “novo mundo” o RN é avaliado conforme a sua capacidade de resposta frente às seguintes indagações: A gestação é a termo? Ausência de mecônio? Está respirando ou chorando? O tônus muscular é bom? Caso, todas as respostas sejam positivas, considera-se que o neonato está com boa vitalidade e não necessidade de manobras de reanimação²⁹.

Após a avaliação das condições de vida do neonato em seu primeiro minuto de vida, conhecido como “minuto de ouro”, este é assistido pelos profissionais de saúde conforme as rotinas hospitalares existentes²⁹.

As rotinas hospitalares para a recepção do neonato surgiram com a institucionalização do parto e o incremento do uso de tecnologia. Como já mencionado, os cuidados imediatos recomendados pelas evidências científicas ainda não são adotados em todas as Unidades, pois em muitas ainda são utilizadas rotinas de cuidados que os estudos já comprovaram não serem eficazes ou mesmo danosas aos RN²⁶.

As condutas utilizadas de forma rotineira anteriormente e, que devem ser evitadas segundo as novas evidências científicas, quando se trata de partos de risco habitual e neonatos saudáveis, incluem: o clampeamento imediato do cordão umbilical, a aspiração rotineira das vias

aéreas superiores e do conteúdo gástrico e a separação entre mãe e filho(a) após o nascimento. Outra questão importante são os procedimentos que devem ser postergados nesta primeira hora de vida, tais como: banho do recém-nascido logo após o parto, profilaxia da oftalmia gonocócica e administração da vitamina k na primeira hora de vida interrompendo ou prejudicando o encontro da mãe com seu filho (a)³⁰.

Vale ressaltar que na assistência ao parto e nascimento, a primeira conduta dos profissionais deve ser a classificação de risco. Uma das etapas importantes para a determinação do risco obstétrico e neonatal é a avaliação da história materna e familiar, intercorrências na gestação, pois tais informações são úteis para se possa prever possíveis complicações. As informações acerca do trabalho de parto também fornecem indícios de como se dará a adaptação extrauterina do RN⁴.

O profissional de saúde responsável pela atenção imediata ao RN, precisa avalia-lo e decidir sobre quais os melhores cuidados a serem implementados frente as suas condições de vida ao nascer, para tal, deve avaliar o custo benefício de cada conduta. A pergunta que o profissional deve fazer é se o RN necessita de procedimentos que o separarão de sua mãe, sendo submetido a observações regulares e constantes ou não. Embora a prática clínica possa variar de acordo com o país, recursos humanos e financeiros, a linha de base para cuidar do bebê de baixo risco deve ser a de balancear o custo benefício, em vez de ser ligada por protocolos rigorosos que não individualizam cada assistência e as condições de nascimento⁴.

A ausência de fatores de riscos maternos e fetais, não garantirá que o mesmo não necessite de manobras de reanimação. Uma parcela dos nascimentos de RN que necessitam de reanimação ainda ocorrerá de forma emergencial e imprevista e demandarão profissionais com experiência para iniciar e continuar a ressuscitação neonatal³¹. Diante de tal afirmação, se evidencia a importância que os cuidados imediatos assumem na primeira hora de vida do RN.

No momento do nascimento a fisiologia respiratória e cardiovascular do neonato passa por importantes alterações. Na respiração quando o ar, introduzido pelo choro ou pela primeira respiração, penetra pelos pulmões o líquido alveolar vai sendo, aos poucos reabsorvido, a vasoconstricção pulmonar é substituída pela vasodilatação, e o forame oval e o canal arterial começam, lentamente, a fecharem-se, ainda que, nesse momento, só fisiologicamente e, depois, anatomicamente³¹.

Cabe elucidar que mesmo apresentando uma boa vitalidade ao nascer, o RN ainda necessita de cuidados que garantam a permanência desta bem sucedida adaptação, o que exigirá da equipe de saúde uma atenção contínua nesta primeira hora de vida²⁶.

Diante deste contexto, se explicita o quanto cada dimensão do cuidado é importante para a vida do neonato, e que a recepção neonatal deve favorecer todos os aspectos que o envolve, a partir do reconhecimento do neonato como um ser humano que possui necessidades específicas.

2.3 Os modelos de atenção a mulher e neonato no parto e nascimento

Os diversos modelos de assistência possuem diferentes olhares acerca das necessidades das mulheres durante a atenção ao trabalho de parto e parto. O modelo denominado como tecnocrático ainda presente na atenção obstétrica do Brasil³², se caracteriza pela medicalização do processo de parturição, reconhece o profissional de saúde como o único detentor do conhecimento, conferindo-lhe a capacidade de decidir sobre a atenção a ser prestada a mulher e neonato, no momento do parto e nascimento¹⁸, desconsiderando assim, as preferências das mulheres e familiares.

Este modelo, assim como os demais, reflete na formação dos profissionais de saúde e por conseguinte, nas suas atuações profissionais, na gestão dos serviços de saúde e na forma

de inferir as necessidades dos usuários³³. Além dos aspectos sócios educacionais envolvidos nos modelos de assistência, outros relacionados a escolha dos profissionais que prestam assistência ao parto e nascimento, ambiência do local do parto e até a remuneração dos profissionais estão intrinsecamente ligados ao modelo de assistência incorporado³⁴.

Diante do atual conceito de saúde, contexto sócio educacional e cultural e de acordo com as políticas do SUS, o município do Rio de Janeiro, assumiu o objetivo de mudar sua assistência obstétrica. Para tal, a SMS (Secretaria Municipal de Saúde) tem investido na mudança do modelo de atenção a mulher e RN no parto e nascimento em suas unidades, porém a rede assistencial do Município do Rio de Janeiro ainda apresenta unidades com diferentes modelos de atenção.

Como resultado desta coexistência de modelos de atenção, a mulher grávida que vai parir na rede pública do município do RJ, pode ser atendida por Unidades que apresentam modelos diferentes de atenção: uma casa de parto, centros de parto normais intra-hospitalares e maternidades com centro obstétricos tradicionais.

2.3.1 Modelo tecnocrático

Com o fim da Segunda Guerra Mundial houve a percepção da necessidade de se diminuir as altas taxas de mortalidade materna e infantil, para tal houve a transição da assistência ao parto do domicílio para o hospital. Neste âmbito e por algum tempo os índices de mortalidade ainda se mostravam elevados¹².

Nos hospitais brasileiros a assistência obstétrica teve como modelo hegemônico o tecnocrata, que se sedimenta na separação entre corpo e mente, neste sentido compreende ser a matéria melhor entendida quando a extrai do seu contexto. No que tange o nascimento, esse modelo não vislumbra o contexto e as relações que se encontram ao entorno de tal evento³⁵.

O modelo tecnocrático (segundo dicionário tecno- tecnologia e cracia sufixo que denomina poder/domínio), incorporado por determinadas instituições de assistência ao parto e nascimento, se caracteriza essencialmente pelo uso abusivo de tecnologias e, não conseguiu diminuir as altas taxas de cesarianas do país³³.

Este modelo de assistência institucionalizada sobrepõe o uso de tecnologias às relações humanas e percebe a parturiente como passiva neste processo. O corpo da mulher grávida, na concepção deste modelo, necessita de intervenções que na maioria das vezes visam apenas a abreviação do nascimento, sem a preocupação de uma indicação precisa para se realizar tais procedimentos³³.

Nesse tipo de modelo o profissional de saúde é o agente ativo do parto e nascimento, ele o conduz. A posição de inércia da mulher representa como ela é percebida por tais profissionais, um ser que tem um papel menor no processo de parturição. Isso também se reflete na recepção do neonato, pois os adeptos deste modelo, comumente, desacreditam da sua capacidade fisiológica de adaptação sem que haja o auxílio de seus "saberes", colocando-o na posição de receptor de intervenções.

Os profissionais de saúde e instituições que preservam as ideologias deste modelo, em geral, não reconhecem as subjetividades envolvidas nas práticas assistenciais. Essas instituições possuem muitas vezes uma estrutura caracterizada pela rigidez hierárquica, controle, ausência do reconhecimento dos direitos, forma de circulação da comunicação apenas descendente, pouca valorização dos aspectos humanísticos, e disciplina autoritária³³.

No que diz respeito a assistência neonatal imediata, este modelo usualmente, não reconhece o bebê como um ser que necessita de cuidado, mas sim de controle. Os percebe como seres que nascem com potencial risco de vida e com isso requerem intervenções similares.

Atualmente, existem inúmeras iniciativas governamentais que incentivam a humanização da assistência. O Brasil está conseguindo qualificar a atenção materna e neonatal e progressivamente diminuir a taxa de mortalidade materna, sendo que o número de óbitos de 1990 a 2010 caiu de 120 para 56 a cada 100 mil nascidos vivos, representando uma queda de 51%³⁶ e mortalidade neonatal de 16,7 em 2000 para 10,6 em 2011 conforme DATASUS³⁷.

2.3.2 Modelo humanista e colaborativo

O conceito de atenção humanizada é amplo e envolve os profissionais de saúde, gestores e usuários do sistema de saúde. No contexto da assistência obstétrica e neonatal resulta, entre outros, na implantação de práticas que valorizam o acolhimento, o protagonismo e autonomia dos sujeitos³⁸. Neste modelo em geral há valorização de aspectos como a ambiência, o bem-estar da mulher e do bebê, resgate da fisiologia do processo de gestar, parir e nascer, tendo os profissionais de saúde papéis coadjuvantes³⁹.

Para o Ministério da Saúde o modelo humanista visa:

Aumentar o grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS, na produção da saúde, implica mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho. Tomar a saúde como valor de uso é ter como padrão na atenção o vínculo com os usuários, é garantir os direitos dos usuários e seus familiares, é estimular a que eles se coloquem como atores do sistema de saúde por meio de sua ação de controle social, mas é também ter melhores condições para que os profissionais efetuem seu trabalho de modo digno e criador de novas ações e que possam participar como cogestores de seu processo de trabalho^{39:7}.

No Brasil, em 2000 foi incorporada a Política Nacional de Humanização do Parto de Nascimento (PNPN) com o propósito de resgatar a fisiologia do parto a partir de sua percepção como evento natural e que necessita da participação ativa e autônoma da mulher¹².

Além disso, o Ministério da Saúde incentiva a incorporação da enfermeira obstétrica nas equipes hospitalares com o objetivo de reduzir o uso das intervenções e das cesáreas desnecessárias, características essas ainda presentes na assistência obstétrica no Brasil⁴⁰.

Com a introdução de outras categorias profissionais na assistência aos partos e nascimentos nas unidades de saúde, uma nova denominação ganha espaço: o chamado modelo colaborativo, que é classificado como o que integra as distintas categorias profissionais⁴⁰. A incorporação de diversas categorias profissionais no cuidado, a mulher e RN no momento do parto e nascimento, pode resultar em um trabalho cooperativo entre esses membros da equipe.

A possibilidade de participação de outras categorias profissionais na assistência ao parto e nascimento tem o potencial de maior articulação de saberes e troca de experiências, podendo resultar em uma atenção mais qualificada.

O modelo colaborativo é entendido como resultado de um trabalho mútuo entre enfermeiros obstetras e médicos obstetras, em que a enfermagem obstétrica é a responsável primária pelos partos vaginais de risco habitual e tal estrutura pode ter relação com a redução de cesarianas e maiores frequências da utilização das boas práticas de cuidados neonatais⁴¹. Um exemplo de unidade pública existente no município do Rio de Janeiro com este tipo de assistência são os centros de partos normais intra-hospitalares (CPN).

Além do CPN, a casa de parto do município do Rio de Janeiro foi criada nos moldes do modelo humanista de atenção e resguarda as suas diretrizes, se difere entre outras, pela arquitetura e por não possuir médicos integrando a equipe de profissionais de saúde.

2.4 As boas práticas de atenção ao neonato sadio

A efetivação de adequados cuidados neonatais imediatos tem grande valia para a qualidade de vida dos indivíduos e diminuição da mortalidade neonatal precoce. No entanto, ainda não se tem monitoramento acerca de tais práticas. Conforme explicita a OMS⁴²:

“O potencial dos cuidados pós-natais terem grande impacto, maior que o dos cuidados pré-natais e igual ao dos cuidados intraparto mas num custo estimado mais baixo, é digno de realce. Os cuidados às mães e aos recém-nascidos depois do parto tem recebido pouca atenção nos programas de saúde pública e, tipicamente, não tem sido monitorizados nos inquéritos demográficos e de saúde; também não tem sido incluído nos principais indicadores dos programas”^{42:34}.

A despeito da proposição das boas práticas de atenção aos recém-nascidos, nos cenários de assistência ao parto e nascimento atuais, têm-se duas importantes ferramentas estruturantes: os modelos de atenção e as rotinas assistenciais. O MS incentiva rotinas hospitalares flexíveis e recomenda uma atenção baseadas nas boas práticas⁴³.

Em 1996, a OMS (Organização Mundial de Saúde) publicou o informe maternidade segura, que recomenda o uso de boas práticas na assistência obstétrica e classifica as recomendações em quatro categorias, são elas⁴⁴:

- A- Práticas claramente úteis e que devem ser estimuladas;
- B- Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas
- C- Práticas em relação às quais não existem evidências científicas suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, até que pesquisas esclareçam a questão;
- D- Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado.

Frente as categorias referidas e que trata dos cuidados imediatos aos neonatos temos na categoria A- prevenção de hipotermia do bebê; Contato cutâneo direto e precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora de vida do RN e na categoria C- o clampeamento precoce do cordão umbilical⁴⁴. Com relação a este informe é necessário a

ressalva de que ele foi produzido a vinte anos atrás, e que já existem evidências científicas que asseguram os benefícios do clampeamento tardio do cordão umbilical.

Atualmente as boas práticas de atenção ao RN saudável compreendem os cuidados imediatos descritos pela Portaria do MS, nº 371 de 07/05/2014³ que instituiu as diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao RN no Sistema Único de saúde (SUS).

Tal portaria³ em seu artigo 4º recomenda os cuidados a serem prestados aos recém-nascidos no termo, com ritmo respiratório normal, tônus normal e sem líquido meconial: contato pele a pele precoce e contínuo, garantir que o ambiente do nascimento esteja com uma temperatura em torno de 26°C, realizar o clampeamento do cordão umbilical somente após cessadas as suas pulsações, exceto em casos de mães isoimunizadas ou HIV/HTLV positivas, IV- postergar os procedimentos de rotina do recém-nascido nessa primeira hora de vida, como exemplos: exame físico detalhado do RN, oxigenioterapia, aspiração de vias aéreas, mensurações de medidas antropométricas, profilaxia da oftalmia neonatal, vacinação entre outros procedimentos³.

Além destas dimensões dos cuidados imediatos tem-se a ambiência adequada, direito a acompanhante de escolha da mulher no trabalho de parto, parto e pós-parto, entre outros previstos na Política Nacional de Humanização.

2.4.10 ambiente onde ocorre o parto e nascimento

Os preceitos da humanização também recomendam que o ambiente do nascimento seja o mais acolhedor possível, promovendo segurança, privacidade, garantia do acompanhante e conforto⁴³. O bem estar sentido pela mulher para parir terá impacto no momento da recepção do neonato, uma vez que, estando mais confortável ela terá mais tranquilidade para vivenciar a chegada do bebê⁴⁴.

A ambiência na saúde refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana³⁸. O espaço físico quando adequado, representa um importante cuidado na primeira hora de vida do neonato. O estudo avaliou a adequação dos elementos (luminosidade, sons e temperatura) do ambiente no instante do nascimento frente às recomendações do Ministério da Saúde e RDC n° 36/2008⁵. Esses elementos ambientais, quando assegurados de forma adequada, têm o potencial de qualificar a assistência prestada à mulher e neonato além de subsidiar uma melhor adaptação neonatal.

Uma importante pergunta deve ser feita: Quais as melhores condições ambientais para o bebê nascer? As evidências científicas ratificam que a mãe é a melhor pessoa para receber o seu bebê, quando este nasce com boas condições de vida e, com ela deve permanecer, sendo que o ambiente ao seu entorno deve procurar manter as condições físicas, tais como temperatura, luminosidade e sons, adequadas para que essa interação inicial não seja prejudicada⁴³.

O ambiente onde ocorre o parto e nascimento deve, portanto, procurar minimizar os estímulos sensoriais, uma vez que também é um elemento importante nesta assistência. O recinto do nascimento possui a capacidade de evocar respostas do RN e estas podem ser comportamentais ou mesmo fisiológicas⁴⁵.

Com a adequação dos elementos ambientais, o neonato quando colocado no tórax da mãe pode ouvir os sons ao encostar a orelha sobre o coração materno, isso o faz lembrar o ambiente anterior, ouve a frequência cardíaca, sente a mãe, sua respiração, as impressões do passado devem ser recapituladas para que esse desconhecido mundo seja entendido como algo familiar para que ele possa se tranquilizar⁴⁵.

A ambiência acolhedora para o nascimento é aquela que pode contribuir para uma boa adaptação neonatal no seu novo meio, além da presença do acompanhante e das boas práticas de atenção, também integra os cuidados imediatos.

A ambiência em saúde é discutida no manual produzido pelo MS de 2010³⁸, Cadernos HumanizaSUS de 2014⁴³ e RDC n° 36/2008⁵. Segundo estas referências os serviços de atenção obstétrica e neonatal devem procurar manter além dos cuidados já citados, a possibilidade de controle da luminosidade, temperatura e ruídos no ambiente^{5,38,43}.

Pensando na ambiência para uma melhor adaptação do neonato, temos que lhe assegurar um espaço que tente preservar algumas das características do ambiente em que ele estava durante a vida fetal, o útero materno⁴⁵. A temperatura deve ser constante, para evitar a perda expressiva de calor, sons amenos e penumbra⁴⁵.

A partir dos conceitos de ambiência apresentados, podemos inferir que conforto para o RN é manter-se com quem estava durante a vida fetal, a sua mãe. O respeito á privacidade pode ser assegurado quando se evita intervenções desnecessárias que prejudiquem o vínculo familiar que está se concretizando com o nascimento.

No entanto, ainda podemos nos deparar com instituições de saúde, que prestam assistência a mulher e neonato no parto e nascimento, que não se adequaram as normas e recomendações atuais e ainda preservam rotinas de atenção que não incluem a valorização da ambiência.

2.4.1.1 Luminosidade no ambiente do nascimento

A luz pode ser entendida como um dos componentes que atuam como modificadores e qualificadores do espaço. A iluminação, tanto artificial quanto natural, é caracterizada pela incidência, quantidade e qualidade. Serve para a execução das tarefas e contribui para a

composição de uma ambiência mais aconchegante quando se explora as sombras que proporciona⁴⁶.

A iluminação no momento do nascimento deve ser a necessária para que o profissional de saúde faça a avaliação das condições de vida extrauterina do neonato. Para a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), em sua NBR ISO/CIE 8.995 – 1 – Iluminação de ambientes de trabalho⁴⁷:

Uma boa iluminação propicia a visualização do ambiente, permitindo que as pessoas vejam, se movam com segurança e desempenhem tarefas visuais de maneira eficiente, precisa e segura, sem causar fadiga visual e desconforto. A iluminação pode ser natural, artificial ou uma combinação de ambas^{46:1}.

O manual da ANVISA de 2014 que aborda o conforto ambiental em estabelecimentos assistências de saúde traz os critérios para que a iluminação possibilite conforto visual em tais recintos. Alguns dos critérios são⁴⁶:

- **Ambiente luminoso** – pode ser entendido como o conjunto de aspectos quantitativos e qualitativos da iluminação que permitem ao usuário a realização da tarefa com mais facilidade e conforto em razão de um adequado desempenho visual. A luminosidade dos ambientes de saúde deve oferecer segurança para que possam ser identificados eventuais riscos e a possibilidade da ocorrência de acidentes.
- **Ofuscamento** – sensação visual produzida por áreas brilhantes dentro do campo de visão que podem causar erros, fadigas e acidentes.
- **Direcionalidade** – este aspecto da iluminação serve para destacar objetos, revelar texturas e melhorar a aparência das pessoas em um determinado espaço.
- **Luz natural** – pode fornecer uma parte ou mesmo toda a iluminação necessária para a execução das tarefas. Deve-se considerar que as variações da intensidade luminosa ao longo do dia.

Além destes critérios, a iluminação deve ser ajustável para se obter a melhor visibilidade durante a realização dos procedimentos de trabalho e, ao mesmo tempo, ser adequada ao ajuste de conforto e descanso do paciente⁴⁶.

A necessidade de se pensar em luminosidade como cuidado imediato ao RN requer atenção ao impacto que esta, em excesso, pode trazer para o seu campo visual, repercutindo negativamente para a interação inicial com a mãe e ambiente.

Vale lembrar que no meio intrauterino o feto convive com um ambiente de penumbra e a luminosidade exaustiva da sala de parto pode representar para o RN um desconforto⁶. Os profissionais que assistem aos neonatos, não podem ignorar o desconforto que uma luminosidade intensa pode causar em alguém que vivia em ambiente de penumbra⁴⁵.

2.4.1.2 Estímulos sonoros no ambiente do nascimento

A capacidade de ouvir é um dos mais importantes sentidos do ser humano. O neonato que possui a capacidade de ouvir tem o potencial de melhor explorar o ambiente e se relacionar com mais facilidade. E na primeira hora de vida, esse sentido tem a função primordial de promover uma melhor interação mãe-bebê-acompanhante.

“...A preferência pela voz da mãe pode ser o persistente resultado de ouvir continuamente a voz da mãe durante a vida fetal...”^{24:59}.

Essa afirmação nos possibilita refletir o quanto essencial se faz a preservação de um ambiente que possibilite ao neonato ouvir os sons que já o são familiares promovendo uma melhor adaptação e segurança no seu novo ambiente.

Conforme discutido, a ecologia ambiental da sala de parto é um importante fator de conforto, porém não se tem dado ao assunto a atenção adequada⁴⁴. A RDC n° 36 de 03/06/08⁵ que dispõe sobre o regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de atenção

obstétrica e neonatal no item processos operacionais assistências reforça a necessidade de se controlar os ruídos do ambiente⁵.

As recomendações tem como base o reconhecimento de que dentro do ventre materno o feto estava envolto de líquido amniótico, além das camadas de tecidos e órgão da mãe que o protegia da sonoridade excessiva. E ao nascer ele pode se depara com a verbalização exaltada da equipe na sala de parto capaz de causar-lhe dificuldade auditiva⁴⁵.

Os sons intensos e desnecessários além de perturbar a audição do RN prejudicam a sua concentração e com isso a interação com a sua mãe/pai trazendo prejuízos para formação do apego⁴⁸. O apego é definido como um tipo de vínculo baseado na relação entre pais e filhos, no qual o senso de segurança está ligado á figura de apego⁴⁹.

O silêncio por parte da equipe de saúde presente no nascimento também deve ser um cuidado prioritário. Além da ausência dos sons desnecessários, penumbra e atenção devem integrar esse instante da assistência ao neonato⁴⁵. A necessidade de se ouvir música ou de se manter o controle dos ruídos em alguns espaços de saúde devem ser resguardados para se assegurar a privacidade dos sujeitos³⁸.

Um estudo realizado em 2011 em dois centros obstétricos que mensurou através de um dosímetro os níveis de pressão sonora durante o parto, constatou que 94% do total dos ruídos existentes durante a permanência do RN na sala de parto resultou da conversa entre os profissionais de saúde⁴⁸.

A pesquisa também evidenciou que o menor valor de leq (pressão sonora equivalente) médio, que representa a média de energia sonora durante um intervalo de tempo, foi de 64,9 dBA sendo que a recomendação da OMS é de 45dB. Isso traz consequências fisiológicas para o RN como por exemplos, aumento da pressão intracraniana devido a agitação e choro, alteração na frequência cardíaca e respiratória, assim como diminuição da saturação de

oxigênio transcutânea. Além dos aspectos fisiológicos, os comportamentais também podem ser atingidos, trazendo prejuízos a interação com a mãe⁴⁸.

2.4.1.3 Temperatura no local do parto e prevenção da perda de calor do neonato na primeira hora de vida

O organismo humano possui um limiar frente as oscilações de temperatura do ambiente em que encontram-se inseridos e a termorregulação, que resulta do equilíbrio entre a produção e a liberação de calor, exige gasto energético. Os neonatos precisam economizar suas energias para as inúmeras funções a serem requisitadas na primeira hora de vida extra-uterina, a temperatura tanto em níveis altos como baixos pode demandar muito dos bebês, causando-lhes sérios problemas de saúde^{50,51}.

Um dos problemas que a temperatura inadequadamente baixa da sala de parto pode desencadear, mesmo quando o RN nasce vigoroso, é a acidose metabólica nas duas primeiras horas de vida, pela acentuada hipotermia provocada⁵⁰.

Portanto, o objetivo principal da proteção térmica adequada do neonato é prevenir a hipotermia e esta se encontra associada ao aumento da morbimortalidade neonatal. A termorregulação neonatal envolve o hipotálamo e é mediada pelo sistema endócrino. Existem cuidados essenciais e simples como o contato pele a pele e a amamentação para sua prevenção⁵².

A Organização Mundial de Saúde conceitua como valores normais de temperatura do RN de 36,5 a 37°C e classifica a hipotermia conforme a gravidade: potencial estresse do frio (hipotermia leve): temperatura entre 36,0 e 36,4°C; hipotermia moderada: temperatura entre 32,0 e 35,9°C; hipotermia grave: temperatura menor que 32,0°C⁵³.

Manter a temperatura adequada é um cuidado imediato, pois ao nascer o recém-nascido passa de um ambiente em torno de 37,5 °C para outro que tem como características ser frio e seco. Com tais características, este recinto propicia importante perda de calor por evaporação e convecção. Para que o neonato consiga ter uma boa adaptação é necessário que se tenha uma temperatura maior ou igual à 26°C no ambiente do nascimento³⁸.

No útero o controle térmico fetal é dependente da mãe. Portanto, é o organismo materno o reservatório de calor para o feto. Desta evidência extrai-se a importância de se atentar, também, para as situações que podem aumentar a temperatura materna e fetal no parto, como: trabalho de parto prolongado, rotura prolongada de membranas, corioamnionite, infecção urinária e anestesia peridural⁵⁰.

2.4.2 Momento adequado para o clampeamento do cordão umbilical

“cortar o cordão logo que a criança sai do ventre materno é um ato de grande crueldade. E cujos efeitos são mal avaliados.”^{45:63}.

A discussão sobre o momento adequado para se clampear e cortar o cordão umbilical na nossa cultura nos remete a algo recente, no entanto, em outras culturas além de não se clampear e cortar o cordão umbilical do neonato essa reflexão já data de 1974, como é o caso do “Parto lótus”. Neste tipo de nascimento não há segregação entre o neonato e sua placenta, uma vez que esses também são, nestes casos, considerados tecidos de seu organismo. Além disso, lótus significa flor e envolve questões naturais e religiosas. No Budismo essa concepção está relacionada a divindade⁵⁴.

A reflexão acerca da interação cuidado-cultura possibilita a interpretação das práticas assistências em uma dada sociedade. E no que tange o corte e os cuidados com o coto umbilical, estes variam de acordo com a prática aceita e cultura⁵⁵.

A cultura da qual fazemos parte, possui valores diferenciados e as políticas públicas de saúde os refletem. Na nossa sociedade, o clampeamento do cordão umbilical era efetivado tardiamente até o ano de 1935, quando passou a ter o seu clampeamento imediato. O motivo para tal não está claramente identificado. Sugere-se que distintos fatores contribuíram, tais como: movimento obstétrico em direção ao uso de técnicas mais "intervencionistas"; o bebê e mãe saem da sala de parto mais rápido quando se adota essa conduta; medo do aumento da hiperbilirrubinemia e /ou policitemia; presença de neonatologias ou pediatras na sala de parto ansiosos para atender ao bebê⁵⁰.

As evidências científicas atuais recomendam que o momento ideal para pinçar o cordão de todos os RN saudáveis, independentemente de sua idade gestacional, é quando a circulação do mesmo cessa, e deve ocorrer de acordo com as técnicas estritas de higiene e limpeza⁵¹.

O cordão umbilical quando não clampeado precocemente permanece unindo dois seres, uma mulher e um neonato, através de um órgão, a placenta. O corte do cordão umbilical representa a separação entre esses seres e deve ser realizado após cessadas as pulsações⁵¹. Uma das diretrizes da PNH é o respeito a fisiologia do parto e nascimento e o clampeamento tardio do cordão umbilical também a integra⁵¹.

O clampeamento tardio do cordão umbilical possibilita a transferência de sangue da placenta para o RN, algo em torno de 30% adicional e cerca de 60% mais células vermelhas sanguíneas. Os benefícios neonatais associados a este aumento da transfusão placentária incluem maiores concentrações de hemoglobinas, estoques adicionais de ferro e menos anemia na infância, além de promover o aleitamento materno precoce⁵⁶.

Os três minutos pós-parto recomendado para só então se providenciar o clampeamento e secção do cordão umbilical, favorecerá também a vitalidade do neonato, por melhorar sua respiração e homeostase, através do aumento dos índices hematológicos⁵⁰.

Para se assegurar o clampeamento tardio do cordão umbilical é necessário que os profissionais que assistem ao parto e nascimento tenham conhecimento acerca dos benefícios de tal prática e haja apoio das rotinas hospitalares.

2.4.3 Contato precoce e contínuo: pele com pele entre mãe e filho (a)

A palavra contato nos remete a proximidade e por si só não parece ter influência em uma assistência neonatal prioritária. Para melhor apropriação deste termo, uma busca de significação no dicionário apontou como respostas as seguintes: “1. Estado dos corpos que tocam uns aos outros; 2. Relação dessa comunicação; 3. Proximidade, influência”⁵⁷.

Os significados encontrados para a palavra contato revelaram a necessidade de uso de algumas habilidades e sentidos do ser humano, como por exemplo, o sentido do tato, efetivado pelo toque. A comunicação que se dá pelo contato, compreende a linguagem não verbal exercida pelos seres humanos e que expressa muitas emoções e necessidades. Na vida adulta, cumprimentamos os demais, na maioria das vezes, através do contato pele a pele e este representa carinho, atenção, apoio.

O contato pele a pele é um cuidado imediato, ou seja, deve ser realizado na primeira hora de vida do neonato e é recomendado pelas políticas públicas de atenção à saúde da mulher e da criança.

A separação da mãe e bebê após o parto é uma prática comum em muitos serviços e tem relação com o tipo de parto, bem estar materno, necessidade de reparação de episiotomia /laceração vaginal, realização de exame neonatal e outras rotinas de cuidados. Uma questão fundamental é o entendimento da importância da fisiologia hormonal. O contato pele-a-pele entre mãe e bebê logo após o parto promove a liberação de ocitocina promovendo melhor

adaptação materna e neonatal, e um estado alerta calmo no RN, além de prevenir a hemorragia materna pós-parto e agir de forma positiva na saúde mental materna⁵⁸.

A primeira hora pós parto é um período único e de excepcional sensibilidade entre a mãe e RN. Os picos de prolactina, favorecidos pela interação na primeira hora de vida do neonato, favorecem também a amamentação. O contato ora descrito, promove vasodilatação materna servindo de prevenção da hipotermia neonatal, além de favorecer a melhor adaptação por meio dos mecanismos de consumo de energia, níveis de glicose, respiração, choro, comportamento e amamentação⁵⁸.

A formação do vínculo materno que se iniciou na gestação, repercute na saúde emocional, social e cognitiva da criança. Este primeiro encontro ao ser possibilitado traz benefícios para a mãe e bebê. O contato precoce e contínuo fortalece o vínculo e o apego.

As evidências científicas atuais recomendam que ao nascer o RN seja colocado sobre o ventre materno e este lhe proverá além do calor, conforto e segurança⁵⁹. Os benefícios deste cuidado imediato para o neonato, também envolve relacionamento, fortalecimento dos laços afetivos, proteção contra os vários tipos de violências, promoção do aleitamento materno, diminuição das infecções hospitalares e redução da incidência de resfriados, gripes, vômitos e diarreias^{60,61,62}.

O que os profissionais de saúde presentes no parto e nascimento devem procurar compreender, é que durante a vida fetal o bebê compartilha com a mãe grande parte de suas funções orgânicas e sentimentos, e ao nascer, não existe razão concreta que justifique a não interação entre um e outro, se ambos estiverem bem⁶². A única exceção para a não efetivação de tal cuidado quando mãe e bebê estiverem bem é se esta for a decisão da mulher. Uma vez que, este cuidado também deve resguardar a autonomia da mulher, sua liberdade, escolha e acesso ao bebê⁵⁰.

2.4.4 Amamentação na primeira hora de vida

“Os incríveis atributos do recém-nascido têm um objetivo principal. Eles preparam o bebê para a interação com a família e para a vida no mundo...”^{24:98}.

Segundo os autores acima, os neonatos já nascem preparados para o contato visual, corporal e amamentação. A amamentação representa além da nutrição, aconchego, conhecimento e reconhecimento, relacionamento.

Na prática, a amamentação envolve uma mãe e um bebê, no entanto para que se efetive logo após o nascimento é necessário que hajam rotinas hospitalares flexíveis e profissionais qualificados que promovam tal cuidado.

Apesar dos conhecimentos acerca das capacidades dos neonatos e importância da amamentação na primeira hora de vida, o que tínhamos durante muito tempo era uma rotina que separava a mãe e bebê logo após o parto. Tal prática foi tida como inútil a partir do momento em que as pesquisas evidenciaram a importância da amamentação nos primeiros dias de vida do RN, após esta, outras mudanças foram implementadas como o contato pele a pele que passou a ser orientado de acordo com a vontade da mãe⁵⁰.

Para o Fundo das Nações Unidas para a Infância amamentar os bebês imediatamente após o nascimento pode diminuir em 22% a mortalidade neonatal nos países desenvolvidos⁶².

O aleitamento materno na primeira hora de vida do RN é uma prática de baixo custo e que traz inúmeros benefícios. No entanto, segundo a Pesquisa nacional de Demografia e a Saúde da Criança e da Mulher realizada em 2008, a prática da amamentação na primeira hora de vida no Brasil é relativamente baixa (43%)⁶².

A amamentação integra um processo psicossocial e para tal é necessária satisfação e bem estar. Ao amamentar, mãe e bebê estabelecem uma relação íntima, e este instante envolve um reconhecimento mútuo. O recém-nato, que fez a transição da vida fetal para

neonatal volta a estar ligado à mãe, não mais pelo cordão umbilical, mas pelo contato peito-boca, ambos os órgãos que provocam prazer sexual e pelo contato pele a pele, fonte de calor e segurança^{60;63;64}.

2.4.5 Participação do (a) acompanhante no nascimento

O parto para a nossa cultura sempre foi um evento feminino, onde a mulher decidia quais as demais iriam partilhar de sua experiência de parir. Os anos se passaram e ao se institucionalizar o nascimento, a mulher teve que dividir esse momento com os profissionais de saúde e foi separada dos familiares e amigas. Após a institucionalização do parto e por muito tempo, as mulheres ficaram sem seus familiares e em um ambiente desconhecido para parir. Até que em meados de 1980 os pais passaram a acompanhar os nascimentos nas unidades de saúde privadas do país⁶⁵.

No Brasil, os serviços de saúde do SUS, rede própria ou conveniada, foram obrigados a permitir a presença de um acompanhante durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos termos da lei nº 11.108 de 07/04/05. Este acompanhante deverá ser indicado pela mulher segundo sua livre escolha².

A participação do companheiro/pai no nascimento revigorou as discussões acerca das questões de gênero que podem envolver este momento da vida das pessoas. O conceito de desigualdade de gênero que melhor se adequa a esta reflexão é o seguinte:

“...construção sócio-histórica das identidades masculina e feminina. A teoria afirma que entre todos os elementos que constituem o sistema de gênero – também denominado “patriarcado” por algumas correntes de pesquisa – existem discursos de legitimação sexual ou ideologia sexual”^{66:13}.

Há um intenso debate na atualidade acerca dos papéis sociais, dos atributos que devem ser do masculino ou do feminino. Sabemos que tais papéis sociais são construídos e que as

políticas públicas de saúde possuem importante papel frente ao reconhecimento da paternidade como uma atividade social.

A presença do pai no nascimento de um filho é algo que caracteriza uma idealização distinta do ser pai até então presente na nossa sociedade. O pai que assiste ao nascimento de seu filho adquire a responsabilidade do cuidado familiar e fomento a equidade de gênero⁶⁷.

Com o objetivo de mudar os paradigmas que fazem diferenciação de papéis sociais diante do parto e nascimento, faz-se necessário que o pai ou o (a) companheiro (a) seja sensibilizado (a) pela mulher e pelos profissionais de saúde a participar de todo processo gravídico e puerperal, favorecendo a sua inclusão nos cuidados inerentes a esta etapa, para que ele (ela) consiga reconhecer o seu espaço nessa tríade. A equipe de saúde tem um papel fundamental na conscientização da família.

O parto repercute na vida da mulher e da família. O pai ao se integrar terá a oportunidade de vivenciar momentos de intensas emoções, que lhe propicia o contato direto com o (a) filho (a) sem o intermédio da mulher. Esta participação facilita a formação de vínculos precoces entre pai e criança, fortalecendo os laços e a responsabilidade do pai como cuidador. Nesses casos, esse acontecimento é considerado uma medida preventiva a violência doméstica contra crianças, o abandono familiar e/ou a delinquência juvenil⁶⁸.

A experiência de ter um filho representa um importante momento no ciclo vital da família. Para tal, os profissionais responsáveis pela atenção e as rotinas hospitalares devem compreender os processos psíquicos que permeiam a concepção e que duram por toda a vida, para que haja promoção de cuidados que assegurem a vivência prazerosa deste momento⁶⁹.

A presença do pai no momento do nascimento, além do apoio à parturiente, constitui a possibilidade de crescimento emocional, uma vez que ele também passa por um processo de adaptação e reajuste emocional, para vivenciar a paternidade⁷⁰. Além do nascimento, a

presença paterna faz-se importante em todas as fases do desenvolvimento da criança sendo um elemento imprescindível para o seu crescimento saudável⁷⁰.

Ao se realizar buscas bibliográficas acerca da importância da parceira no momento do nascimento, não se obteve resultados condizentes com tal critério. Os estudos majoritariamente tratam da importância da presença do pai no nascimento. No entanto, não podemos esquecer as diversas modalidades de se construir família, além disso, que a escolha de quem é a pessoa que melhor integra esta vivência é da mulher.

2.5 Avaliação em Saúde e o Modelo Lógico: Referenciais da Política Nacional de Humanização

A avaliação de serviços é uma importante ferramenta para a melhoria da atenção a saúde, sendo a apreciação normativa a que se destina a verificar se uma intervenção correspondeu às expectativas⁷¹.

Os focos da pesquisa avaliativa são: estrutura, processo e resultado. Na dimensão processo se intenciona a emissão de um julgamento sobre os serviços. Neste tipo de estudo se busca responder a seguinte pergunta: os serviços são adequados para que se obtenham os resultados? Para serem adequados, os serviços precisam estar em conformidade com o que é recomendado⁷¹.

Este tipo de pesquisa integra de certa forma o controle, quando este é compreendido como um sistema de verificação que tem por objetivos a certificação da execução de determinados serviços e compara-os com os objetivos focalizados⁷¹. Serve assim, para monitorizar os serviços, sendo um elemento importante para a gestão. Portanto o processo de controle, compreende essencialmente, 4 etapas:

1. Definir uma norma de desempenho (neste caso, as normas são as recomendadas feitas pelo MS, OMS e RDC 36/2008^{1,2,3,4,5});

2. Observar a sua efetivação e em seguida se julgar as informações para melhor compreende-las (a observação dos cuidados prestados aos neonatos no local do parto, em sua primeira hora de vida, se deu de forma sistemática e direcionada);
3. Comparar as informações averiguadas com as normas estipuladas (o julgamento do grau de implementação das boas práticas de atenção neonatal imediata, foi efetivado e os resultados sucederam da comparação de cada variável as normas e recomendações oficiais);
4. Analisar se os fenômenos observados correspondem ou não as normas definidas (todos os cuidados prestados foram comparados as normas recomendadas).

Ainda nesta dimensão, outro componente faz-se importante, o controle da qualidade. No campo da saúde, a qualidade se refere ao caráter apropriação dos cuidados, assim como aos seus aspectos técnicos. A qualidade aqui se definiu com base na adequação do processo de cuidados neonatais imediatos as normas e recomendações do MS, OMS e RDC 36/2008^{1,2,3,4,5}.

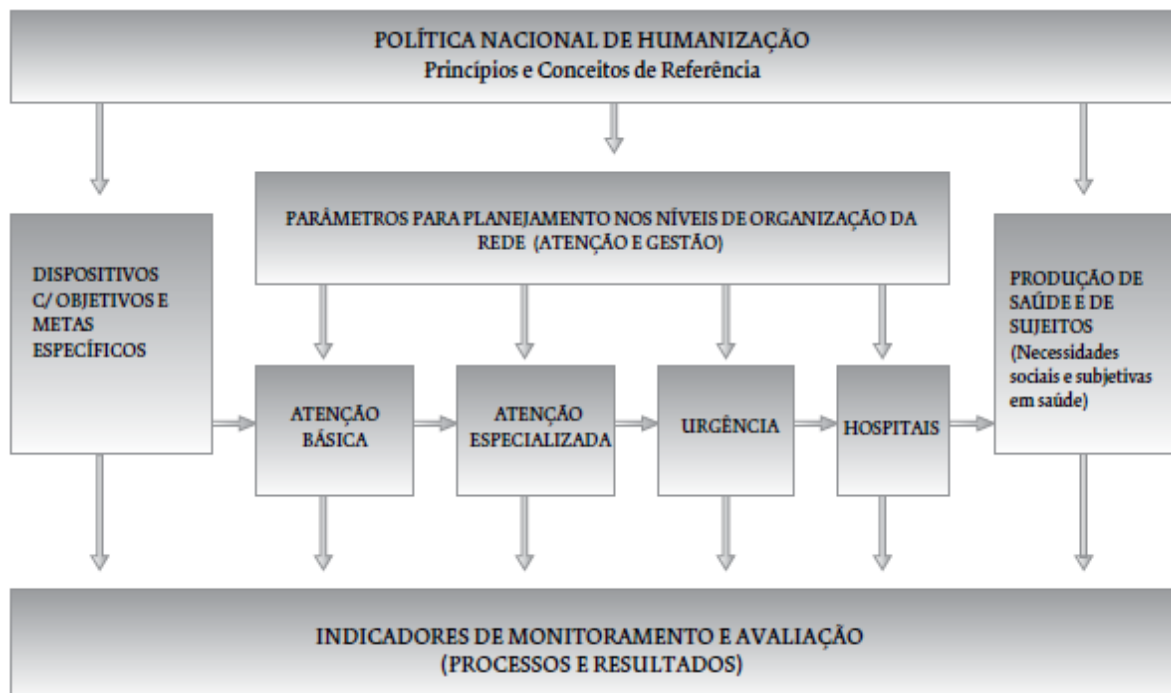
Neste sentido, a qualidade técnica dos cuidados definida pelos autores como sendo a que trata da exatidão, segurança e execução competente do cuidado⁷³ foi apreciada como resultado da observação direta da atenção prestada aos neonatos sadios em sua primeira hora de vida. Compreendemos que ao operacionalizar uma atenção baseada nas boas práticas, tem-se exatidão, segurança e execução competente dos cuidados neonatais imediatos, por estas se basearem em diretrizes provenientes de evidências científicas válidas.

Frente aos critérios e normas aos quais os cuidados imediatos foram comparados, tem-se a etapa da análise da implantação que visou verificar o grau de implementação de tais cuidados nas três unidades de saúde que compuseram a pesquisa.

A análise da implantação integra a pesquisa avaliativa⁷¹. Este tipo de análise visa abordar como certas especificações influenciam na implantação de determinadas intervenções. Serve para analisar as variações contextuais e os efeitos observados após a introdução de uma intervenção, além disso faz-se importante também, quando observamos uma grande variabilidade nos resultados obtidos por intervenções semelhantes implantadas em contextos diferentes. A indagação que se faz é se esta variabilidade pode ser explicada por diferenças existentes nos contextos⁷¹.

A análise do grau de implantação dos cuidados imediatos ao RN levou em consideração a dimensão qualidade das ações. E sua conformidade (adequação) foi avaliada. Para melhor compreensão da PNH, política que fomentou as normas que integraram as variáveis deste estudo, fez-se relevante a explanação do seu modelo lógico, conforme figura 1 e 2 a seguir.

FIGURA 1 – A humanização como política transversal na rede SUS. Marco referencial para o planejamento, monitoramento e avaliação.



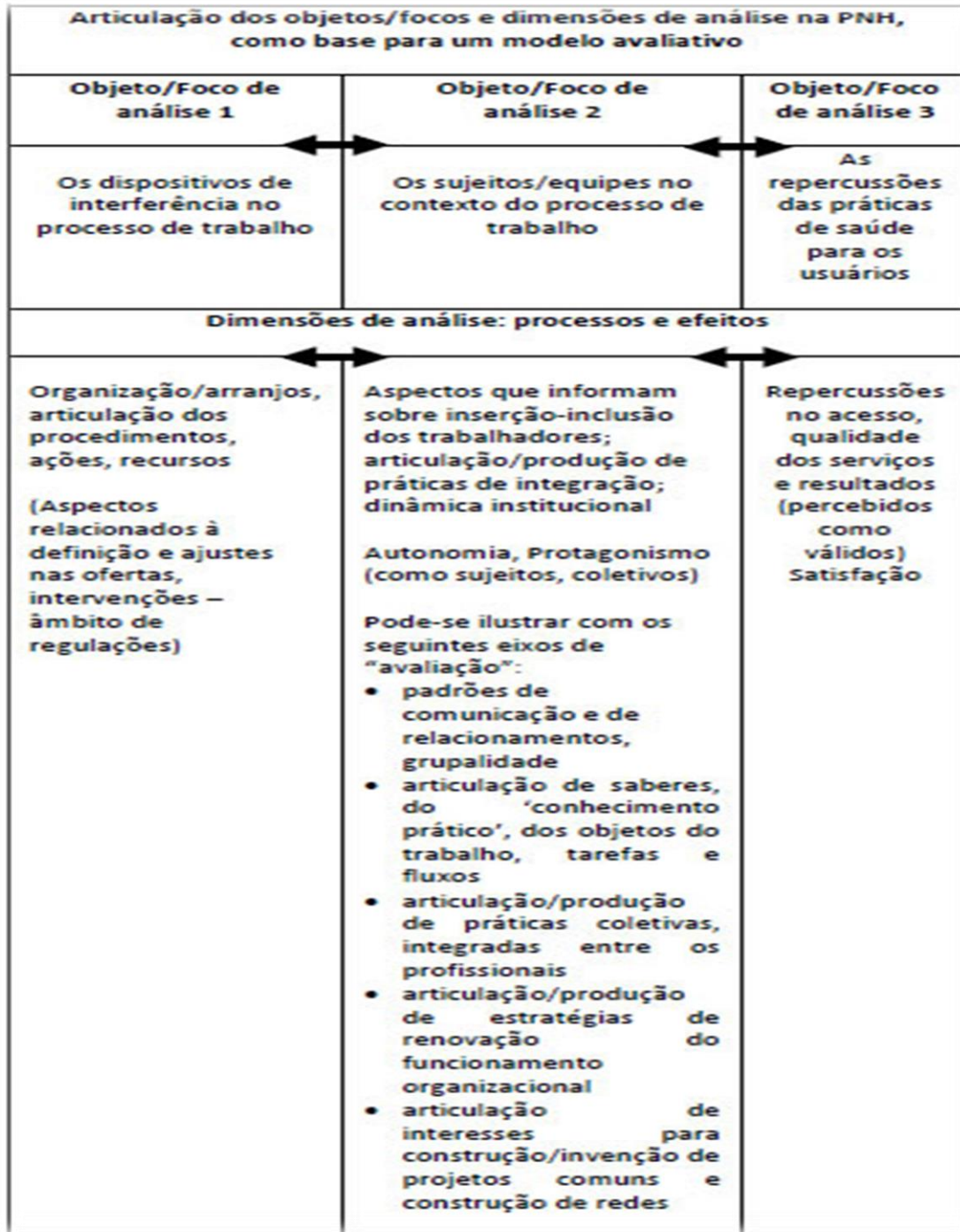
Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Monitoramento e avaliação na política nacional de humanização na rede de atenção e gestão do SUS: manual com eixos avaliativos e indicadores de referência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à

Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009⁷³.

A PNH de acordo com o exposto possui como princípios a produção de saúde e de sujeitos, a partir do reconhecimento de suas necessidades sociais e subjetivas. Em tal esquema, também podemos identificar que a atenção especializada, como a que tratamos nesta pesquisa, é um parâmetro de planejamento que serve como indicador de monitoramento e avaliação.

As dimensões do planejamento e monitoramento refletem, sobretudo, qualidade, eficiência e eficácia, desdobrando-se em componentes relacionados a acesso, integralidade, resolubilidade, satisfação, autonomia, respeito e valorização dos direitos dos trabalhadores e usuários, entre outros.

FIGURA 2. Articulação dos objetos/focos e dimensões de análise da PNH, como base para um modelo avaliativo.



Fonte: Santos Filho, 2009. Santos Filho SB. Avaliação e Humanização em Saúde: aproximações metodológicas. 2ª ed. Ijuí: Ed. Unijuí; 2009⁷⁴.

Nesta figura, percebemos a relação intrínseca entre os dispositivos de interferência no processo de trabalho, sujeitos do processo de trabalho e suas repercussões para a saúde dos

usuários. Além disso, traz as dimensões passíveis de análise, que neste estudo foi integrada pela descrita como objeto/foco de análise 2, onde se apreciou os sujeitos/equipes no contexto do processo de trabalho, observando os cuidados prestados, desvelando neste eixo, o funcionamento organizacional e articulação de saberes.

Para melhor entendimento dos princípios que regem a PNH, a figura 3 a seguir os traz de forma resumida.

FIGURA 3 - Marcos referenciais, dimensões do planejamento e eixos avaliativos

PRINCÍPIOS CONCEITOS DE REFERÊNCIA	PLANEJAMENTO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO		
	DISPOSITIVOS (atrelados a objetivos e metas específicos)	PROCESSO Dimensões/movimentos da Atenção e Gestão (Critérios)	RESULTADOS
Considerar necessidades sociais e subjetivas em saúde; possibilitar produção de saúde e produção de sujeitos. Conceitos Âmbitos da gestão (co-gestão), atenção e formação/trabalho	<ul style="list-style-type: none"> • Colegiados e conselhos de gestão; • Contratos de gestão; • Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) com plano de trabalho; • Visita aberta; • Acompanhante; • Sistemas de escuta resolutivos: gerência de porta aberta, ouvidorias e pesquisas de satisfação (dos usuários e trabalhadores); 	<p>Organização do processo de trabalho (implementação de dispositivos, instrumentos, padrões, para facilitar o acesso e qualidade).</p> <p>Gestão do trabalho (desenho e dinâmica da gestão compartilhada; modos de inserção dos atores no trabalho, direitos).</p>	<p>Dimensões do acesso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • usuários; • familiar/rede social; • trabalhadores. <p>Satisfação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • usuários; • familiar/rede social; • trabalhadores.
Direito à saúde; Rede; Coletivo; Grupo sujeito; Transversalidade; Transdisciplinaridade; Acolhimento; Referência; Vínculo; Responsabilização; Continuidade do cuidado em rede; Processo de trabalho/ formação (trabalho criativo/ inventivo e valorizado); Competências.	<ul style="list-style-type: none"> • Equipe multiprofissional de referência para seguimento dos pacientes, com horário para atendimento à família e/ou sua rede social; • Apoio matricial; • Mecanismos de desospitalização, com cuidado domiciliar; • Acolhimento em função de vulnerabilidade/risco; • Clínica ampliada; • Projeto terapêutico singular; • Projeto de saúde coletiva; • Projeto para adequação de ambiente (ambiência); • Carta de direitos do usuário; • Plano de educação permanente para trabalhadores com base nos princípios da humanização; • Projetos de valorização e cuidado ao trabalhador de saúde e Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST); • Projetos de articulação de talentos nos serviços (arte/cultura e técnico-científico); <p>Monitoramento e avaliação.</p>	<p>Integração de saberes e pessoas/ profissionais (constituição de equipes, planejamento coletivo). Apropriação e uso articulado de conhecimento e habilidades (educação permanente).</p> <p>Inclusão dos usuários/população nos projetos terapêuticos.</p> <p>Formulação de projetos de saúde coletiva.</p> <p>Organização do ambiente de trabalho (implementação de projetos).</p> <p>Qualidade de vida e saúde no trabalho (implementação de ações).</p> <p>Normatizações (para documentos institucionais de pactuação).</p>	<p>Mudanças de comportamento (nas relações, hábitos, autonomia):</p> <ul style="list-style-type: none"> • usuários; • familiar/rede social; • trabalhadores. <p>RESULTADOS FINALÍSTICOS</p> <p>Mudanças no estado de saúde.</p> <p>Afirmação do protagonismo e co-responsabilização de todos os sujeitos envolvidos na produção de saúde.</p>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Monitoramento e avaliação na política nacional de humanização na rede de atenção e gestão do SUS: manual com eixos avaliativos e indicadores de referência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília :

Editora do Ministério da Saúde, 2009⁷³.

O estudo avaliativo normativo aqui proposto, está inserido na dimensão processo, em que se buscou a verificação da implementação das boas práticas de atenção neonatal imediata (implementação de projeto) e normatizações.

3 MÉTODO

Neste capítulo se discorrerá acerca do detalhamento metodológico que guiou o estudo.

3.1 Desenho do estudo

Pesquisa quantitativa, transversal, realizada a partir da avaliação dos serviços mediante apreciação normativa, onde se procura verificar se uma intervenção corresponde às expectativas, através do processo de controle e da análise da qualidade técnica⁷¹.

A avaliação normativa consiste em se realizar um julgamento acerca de determinada intervenção, por meio da comparação dos serviços ou bens produzidos (processo). Na dimensão técnica dos serviços estes são apreciados de acordo com as necessidades⁷¹.

As pesquisas de avaliação em saúde procuram comparar ações realizadas e as normas e procedimentos recomendados, objetivando classificar a qualidade técnico-científica de atenção á saúde⁷⁴.

Neste estudo, a avaliação da adequação dos serviços foi pautada nas recomendações do Ministério da Saúde^{1,2,3} e OMS⁴, ratificadas pela RDC n° 36/2008⁵ (que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal).

Dentre as dimensões de uma avaliação normativa, a apreciação do processo em que se visa comparar os serviços preconizados em função dos resultados obtidos na observação, foi a

selecionada para o estudo. Nesta dimensão da avaliação em saúde, tem-se o componente denominado de técnica, em que se aprecia a adequação dos serviços às necessidades dos seres⁷¹.

As perguntas avaliativas que nortearam a observação foram:

- 1 A atenção imediata ao neonato no ambiente do nascimento foi realizada de acordo com as normas propostas?
- 2 Qual foi o grau de implementação que corresponde a adequação dos cuidados de recepção do neonato na primeira hora de vida e que fatores explicam este grau observado?

Diante dos referenciais teóricos explicitados efetivamos a avaliação normativa conforme o Quadro 1 a seguir:

QUADRO 1- Avaliação normativa: dimensão, componente, parâmetros e fontes de dados.

DIMENSÃO	COMPONENTE	PARÂMETROS	FONTE DE DADOS
Processo	Atenção ao RN	Cuidados imediatos efetivados	Observação dos cuidados, registros em prontuários e fichas de admissões neonatais.

Após se observar, registrar e comparar os cuidados prestados aos neonatos na primeira hora de vida, nas três unidades do estudo, com as normas pré-estabelecidas, se efetivou a análise de implantação das boas práticas de atenção recomendadas pela PNH, conforme o modelo teórico já discutido.

A análise da implantação busca verificar se a intervenção está sendo implementada em um dado contexto⁷¹, neste caso específico avaliamos a intervenção, boas práticas de atenção neonatal imediata, em três distintas unidades públicas de saúde do RJ. Por se tratar apenas da

dimensão processo, não se intenciona avaliar a implementação de um determinado programa e sim de uma atenção especializada que tem políticas e normas pré-estabelecidas.

3.2 Campos do estudo

Os dados foram coletados no local e no momento do nascimento do recém-nascido em três unidades de saúde que se destinam ao atendimento de mulheres grávidas, de risco habitual, e seus bebês, durante o ciclo gravídico e puerperal, prestando assistência às emergências obstétricas que por ventura ocorram no decorrer da gravidez, parto e nascimento, além do puerpério imediato.

São unidades públicas que se localizam no município do Rio de Janeiro e possuem estruturas físicas e processos assistenciais distintas, são elas: uma casa de parto, um centro de parto normal intra-hospitalar e uma maternidade com centro obstétrico tradicional.

A primeira unidade, uma Casa de Parto, que foi inaugurada em 08 de março de 2004 pela Secretaria Municipal de Saúde. A equipe multiprofissional que a compõe é formada por enfermeiras (o)s obstetras, técnicos de enfermagem, nutricionistas e assistentes sociais. Realiza o acompanhamento do pré-natal, parto, nascimento e, pós-parto de mães e bebês de baixo risco. A idealização da casa de parto estava ancorada a proposta de mudança do modelo de atenção ao parto e nascimento, além da possibilidade de se ter um campo de formação profissional com base no modelo de humanização da assistência.

Nesta unidade a proposta de assistência pelos profissionais de saúde é pautada no atendimento a mulheres grávidas, que são classificadas como apresentado risco habitual e neonatos saudáveis. A assistência se inicia com o pré-natal e finaliza no puerpério. São efetivadas inúmeras práticas educativas durante o pré-natal, com a equipe multiprofissional, assim como estímulo a confecção do plano de parto.

No município do RJ, segundo dados do SINASC, ocorreram no ano de 2014, 233.584 partos, dos quais 231.708 ocorreram em hospitais e apenas 1.020 em outros estabelecimentos⁷⁵. Diante do número considerado pequeno de nascimentos na casa de parto, quando comparado aos nascimentos no âmbito hospitalar e pelo curto período determinado para a realização da pesquisa, criamos meios de comunicação para troca de informações sobre a presença de possíveis sujeitos para a pesquisa.

A estrutura física da casa de parto é composta por três suítes destinadas a mulher e familiares no momento do parto e nascimento, com cama de casal, berço para neonato, banheiro com banheira, além de mobília peculiar e janelas que auxiliam na iluminação. A mulher, RN e acompanhante (s) permanecem neste recinto até a sua alta da casa. Além das suítes, existem espaços destinados às atividades educativas, consultas de pré-natal entre outros. Nesse trabalho também nos referiremos ao paradigma desta unidade como “modelo humanista”.

Os profissionais que trabalham na casa de parto são funcionários públicos concursados do município do Rio de Janeiro.

O município do Rio de Janeiro possui duas maternidades com Centros de Parto Normal (CPN) intra-hospitalares. A segunda unidade que foi campo do estudo é um CPN, o qual foi escolhido por conveniência do cronograma do estudo. Esta unidade foi inaugurada em maio de 2012, com 9 mil metros quadrados e quatro pavimentos, a maternidade abriga 88 leitos de internação, sendo 8 leitos canguru, 34 de terapia intensiva neonatal, três salas de cirurgia e seis para partos humanizados.

Neste CPN a assistência ao parto é realizada por médico (a)s obstetras, enfermeiro (a)s obstetras, residentes de medicina e enfermagem, e os recém-nascidos assistidos por pediatras. Os centros de partos normais possuem como características, prestar atenção aos usuários por meio de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, baseada nos princípios da PNH, tais

como, autonomia dos usuários, respeito à fisiologia e adoção de práticas baseadas em evidências científicas⁷⁶.

A estrutura do CPN conta com seis quartos destinados a mulher e seu (sua) acompanhante para o momento do parir e nascer. Neste quarto, a mulher fica em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Há uma cama (modelo ppp), UCR, banheiro (sem banheira), poltrona para acompanhante e acesso a luz natural. O espaço dos quartos é amplo. Nesse trabalho também nos referiremos ao paradigma desta unidade como “modelo colaborativo”.

Os profissionais de saúde que atuam no CPN são contratados sob regime de CLT (consolidação das leis de trabalho) e são submetidos a um processo seletivo prévio.

A terceira unidade escolhida foi o Centro Obstétrico de uma maternidade tradicional do município do RJ, anexada a um hospital municipal de grande porte, inaugurado em outubro de 1936. Nesta maternidade a assistência ao parto é realizada exclusivamente por médico (a)s obstetras e a assistência imediata ao RN pelo (a) pediatra. Esta unidade foi a primeira a ter um programa que incentivou o Acolhimento com Classificação de Risco por uma equipe de Enfermagem com base na PNH.

A maternidade em questão é referência para o atendimento ao parto e nascimento de mulheres de risco habitual e que residem nos bairros próximos. Possui quatro leitos de pré-parto, uma sala de parto, uma sala de centro cirúrgico. No pré-parto há uma cama, uma cadeira para o acompanhante e os espaços entre os leitos são divididos por cortinas e madeirite. O espaço físico é pequeno, o que dificulta a assistência e utilizações de instrumentos como bola, cavalinho entre outros, que podem ser utilizados na atenção a mulher em trabalho de parto e parto.

A sala de parto é separada do pré-parto e possui uma mesa cirúrgica para parto, uma UCR e uma cortina como divisória ao corredor que dá acesso ao centro cirúrgico. Nesse trabalho também nos referiremos ao paradigma desta unidade como “modelo tecnocrático”.

Os profissionais que atuam nesta unidade são funcionários públicos municipais concursados exceto, alguns médicos que são contratados pela SMS/RJ.

A observação dos nascimentos nas unidades estudadas me possibilitou avaliar as diferenças existentes no que tange a estrutura física, materiais e recursos humanos.

3.3 Sujeitos

Os sujeitos desta pesquisa foram os neonatos sadios nascidos de parto vaginal, filho (a)s das mulheres que consentiram previamente em participar do estudo e assinaram o TCLE (Apêndice 2) ou o TALE (Apêndice 3) e que atendiam aos critérios de seleção. A coleta dos dados foi efetivada no período de junho a dezembro de 2016, em três unidades de saúde pública do município do Rio de Janeiro.

Os neonatos incluídos no estudo nasceram na casa de parto, centro obstétrico tradicional ou no centro de parto normal, campos da pesquisa.

Os critérios de inclusão dos participantes da pesquisa compreenderam: RN a termo, de parto vaginal em gravidez única, ausência de mecônio, com peso maior ou igual a 2.500kg, Apgar (avalia frequência cardíaca e respiratória, tônus muscular, coloração, irritabilidade) do primeiro e quinto minutos maior ou igual a 7. Como critérios de exclusão: malformação fetal; filho (a)s de gestantes que deram entrada na unidade em período expulsivo, filho (a)s de mulheres com menos de 15 anos, filho (a)s de mães HIV positivas.

3.4 Amostra

As unidades campos do estudo compreenderam os seguintes critérios de inclusão: serem públicas e vinculadas ao SUS, prestassem atendimento as mulheres no processo de

parturição e neonatos de risco habitual. Esses critérios foram adotados a fim de se assegurar maior homogeneidade, tanto no que diz respeito a classificação do risco e cuidados requeridos, como as características sócio-demográficas. As unidades selecionadas possuem também diferentes denominações e modelos de atenção, tais como: casa de parto, um centro de parto normal e uma maternidade.

Para o cálculo foram utilizados os seguintes critérios: nível de confiança de 95%, poder de teste de 80% e valor do desfecho no grupo exposto (CP) de 90% e do não exposto de 60% (CPN) e 50% (CO). Assim, a amostra mínima necessária para afirmar diferenças estatisticamente significativas entre as unidades foi de 32 para o grupo exposto (CP), 32 para o não exposto (CPN) e 20 para o não exposto (CO). Os cálculos foram realizados utilizando o Software Epiinfo, versão 7.

3.5 Coleta dos dados

Foi utilizado um formulário (Apêndice 1) para a realização da coleta dos dados observados durante a primeira hora de vida dos neonatos. Este instrumento foi confeccionado de forma a abranger os dados sócios demográficos, a história obstétrica e por fim os dados referentes a atenção prestada na primeira hora de vida do neonato (recomendações de cuidados imediatos ao RN sadio na sala de parto contidas nos manuais e protocolos do Ministério da Saúde^{1,2,3,4,5}, recomendações da Organização Mundial de Saúde e da RDC 36/2008 da ANVISA⁵, além destes cuidados houve também o registro de práticas que ao longo dos últimos anos deixaram de ser recomendadas e que atualmente estão proscritas.

Os dados foram coletados nos diferentes dias da semana e finais de semana, todos os turnos de trabalho foram contemplados, objetivando incluir todos os profissionais que prestavam atenção imediata ao neonato.

A leitura prévia do prontuário materno foi necessária para o conhecimento da história pessoal, obstétrica e confirmação dos critérios de participação no estudo. Após a leitura do prontuário, a mulher foi apresentada à pesquisa e convidada a participar do estudo. No caso de resposta positiva se procedeu á assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido quando menores de idade (Apêndices 2 e 3). Os dados coletados foram provenientes das observações efetivadas, análise dos prontuários e das fichas de admissão neonatal.

A ordem de inclusão dos neonatos se deu de acordo com a sequência de seus nascimentos, em gravidezes de risco habitual que ocorreram nas unidades selecionadas durante o período da observação.

O cálculo que definiu o número de neonatos que deveriam ser sujeitos/participantes do estudo foi baseado em dados observacionais da diferença entre as rotinas das unidades, sua composição profissional e modelo de atenção.

A duração do trabalho de campo em cada unidade variou de acordo com o número de partos observados dentro dos critérios de seleção até que se conseguisse alcançar os 40 nascimentos calculados previamente, exceto na casa de parto em que o período da coleta foi de aproximadamente seis meses, sendo o n constituído por 8 nascimentos.

Os dados obtidos foram digitados em planilhas do excel 2010 e transferidos posteriormente para o banco de dados construído em SPSS versão 17, para proceder a análise destes.

3.6 Validação

Os dados foram digitados concomitantemente as coletas, sendo revisados a cada finalização dos campos, por meio de revisões dos impressos da coleta dos dados e planilhas.

Durante a coleta ocorreram perdas, sendo estas distribuídas da seguinte forma: duas no CPN por indicação de cesariana, uma no CO por indicação de cesariana e três na casa de parto por transferências para o hospital.

3.7 Variáveis do estudo

A pesquisa integrou aspectos relacionados a história obstétrica, pré-natal, dados sociais, educacionais e demográficos. O campo de pesquisa foi especificado por não ser unitário e ter relevância na discussão dos dados.

Foram analisadas as seguintes variáveis: idade materna (categorizada nos seguintes intervalos 15-19 anos, 20-34 anos, 35 ou mais); escolaridade (categorizada em ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio completo, ensino superior completo); cor da pele autorreferida (categorizada em branca, preta, parda, amarela, indígena); situação conjugal (categorizada em vive ou não com o companheiro); trabalho remunerado (categorizada em sim, não); unidade de assistência ao parto (categorizada em CP, CPN ou CO), categoria profissional de assistência ao parto (categorizada em médico (a) obstetra, enfermeira (a) obstetra, residente médico ou de enfermagem, outra), categoria profissional de assistência ao RN (categorizada em médico (a) pediatra, enfermeiro (a), residente médico ou de enfermagem, outra). Conforme explicitados no Apêndice 1.

Os cuidados que foram avaliados na assistência ao neonato sadio, na primeira hora de vida após o seu nascimento, e comparados ao protocolo oficial do Ministério da Saúde, OMS e RDC 36/2008^{1,2,3,4,5} foram:

- A presença do (a) acompanhante no nascimento (sim ou não):

Esse cuidado foi avaliado a partir da constatação do acompanhante no momento do nascimento e da discriminação do tipo de relação com a mulher (parente, amigo etc.), caso descrito no prontuário ou reconhecido no momento da observação.

- **Ambiência do local do nascimento:**

A ambiência foi avaliada a partir das características físicas do ambiente do nascimento, mais especificamente, sons, temperatura e luminosidade.

Sons: a sonoridade no ambiente do nascimento foi caracterizada quanto a presença/ausência e seu teor, sendo categorizada em: conversas relacionadas a mãe/bebê/orientações no momento do parto e nascimento (sim ou não) e conversas paralelas da equipe no momento do parto e nascimento (sim ou não).

Luminosidade: a luz teve a sua qualidade especificada-natural ou artificial (neste item também se registrou a impossibilidade da incidência da luz natural pela arquitetura do local do nascimento), quantidade mensurada pelo (s) tipo (s) de luz (es)- foco; foco + luz central; luz central; nenhuma das opções. A direcionalidade foi categorizada em: incidência para a vagina da mulher (sim ou não).

Temperatura da sala de parto no momento do nascimento: a temperatura foi mensurada através de um termômetro, da marca Incoterm, de ambiente, que foi colocado antes do nascimento nas unidades que não o possuíam. Categorizada em: maior ou igual a 26°C (sim ou não).

- **A ligadura do cordão umbilical**

Foi utilizado um relógio de ponteiro para contabilizar o tempo para o clampeamento do cordão umbilical. Categorizada em: menor que 1 minuto; entre 1-3 minutos e maior que 3 minutos.

- **Prevenção da perda de calor do neonato**

A prevenção da perda de calor foi avaliada pela observação das condutas profissionais, sendo categorizada em: RN foi secado e aquecido junto à mãe (sim ou não).

- O contato pele a pele precoce e contínuo-Categorizada em: Contato contínuo com a mãe, pele a pele durante a primeira hora de vida (sim ou não).
- Amamentação na Primeira hora de vida- Categorizada em: Promoção do aleitamento na primeira hora de vida do RN (sim ou não).
- Práticas que foram proscritas e que eventualmente ainda são utilizadas; Categorizada em: RN teve as suas VAS aspiradas ao nascer (sim ou não); RN foi submetido a aspiração gástrica ao nascer (sim ou não); RN recebeu O2 inalatório ao nascer (sim ou não); RN foi encaminhado a unidade de calor radiante ao nascer (sim ou não);
- Práticas mediatas que não devem ser realizadas na primeira hora de vida para não interromper o contato mãe-bebê. Categorizadas em: RN foi separado da mãe para realizações de cuidados mediatos, tais como: vacina contra hepatite B, injeção de vitamina k, prevenção de oftalmia gonocócica e mensurações antropométricas (sim ou não).

A avaliação teve como etapas a observação, registro e seguiu ao processo denominado de controle em que houve a comparação das observações encontradas com os objetivos preestabelecidos⁷¹.

3.8 Análise Estatística

Os dados foram armazenadas em planilha excel especialmente desenhada para o estudo, categorizados e agrupados conforme os itens de avaliação dos cuidados imediatos. Os cuidados neonatais imediatos executados nas unidades do estudo foram comparados com as

normas e recomendações pré estabelecidas, sendo as diferenças entre as proposições verificadas pelo teste qui-quadrado de Pearson.

Os cuidados neonatais imediatos foram considerados os desfechos do estudo. Foram consideradas para análise, cinco categorias (Tabelas 2,3,4,5 e 6): o grau de implementação dos cuidados recomendados em cada unidade (cuidados diretos e indiretos), o grau de implementação dos cuidados proscritos em cada unidade, o grau de implementação dos cuidados que devem ser postergadas em cada unidade e a comparação dos cuidados neonatais imediatos nos diferentes modelos de atenção, tendo como parâmetros as normas e recomendações do MS, OMS e RDC 36/2008^{1,2,3,4,5}. Todos os desfechos foram construídos com variáveis dicotômicas, considerando a presença ou ausência deste.

Para a caracterização da amostra foram comparadas as frequências das características sócios demográficas, história obstétrica e as referentes aos cuidados neonatais durante a primeira hora de vida, utilizando-se o qui-quadrado de Pearson. Para análise de implantação dos cuidados neonatais imediatos foi utilizado o modelo lógico da PNH conforme Figura 1 e 2 e a dimensão processo da pesquisa avaliativa normativa.

As variáveis do estudo foram comparadas á exposição principal, apresentadas segundo as unidades: CPN, CP e CO.

Primeiramente foi realizada análise das variáveis sociais, demográficas e da história obstétrica para traçar o perfil dos sujeitos do estudo e avaliar possíveis diferenças entre as unidades. A seguir se procedeu com as análises de implantação dos cuidados neonatais de acordo com o local de nascimento.

A atenção ao neonato em sua primeira hora de vida foi avaliada tendo como parâmetros as normas e recomendações do MS, OMS e RDC 36/2008 (ANVISA)^{1,2,3,4,5} e sua implantação foi classificada de acordo com o grau obtido em cada variável observada (Conforme Tabela 6). As variáveis foram agrupadas da seguinte forma: cuidados indiretos

recomendados; cuidados diretos recomendados; cuidados que devem ser postergadas na primeira hora de vida e cuidados proscritos.

As categorias cuidados diretos e indiretos recomendados além da categoria cuidados proscritos são compostas por quatro variáveis. Para cada variável que atingiu o percentual pré-estabelecido recebeu 25 pontos, totalizando 100 pontos.

A categoria cuidados a serem postergados foi agrupada, pois todos os bebês observados e que tiveram as suas medidas antropométricas aferidas na primeira hora de vida, também foram submetidos à vacinação, prevenção da oftalmia gonocócica e receberam a injeção de vitamina k. Esta categoria por estar aglomerada, recebeu a pontuação de 100, nos casos em que o percentual de efetivação pré-estabelecido foi atingido.

Os percentuais pré-estabelecidos como aceitáveis para cada variável foi distribuído da seguinte forma: cuidados recomendados 80-100% de efetivação e cuidados a serem postergados ou proscritos menor ou igual a 20%.

As categorias de cuidados foram consideradas como adequadas quando se atingiram o grau de implementação de 75-100 pontos, parcialmente adequadas 50 a 74 pontos e inadequadas as que só conseguiram até 49 pontos.

3.9 Aspectos Éticos

O trabalho respeitou todos os princípios éticos inerentes às pesquisas com seres humanos. E está em conformidade com a Resolução CNS 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde⁷⁷.

O estudo foi aprovado pelos comitês de Ética em Pesquisa de todas as instituições envolvidas, cujos Certificados de Apresentações para Apreciação Ética foram: CCAE 52487915.7.0000.5269 e 52487915.7.3001.5279.

4 RESULTADOS

A coleta dos dados ocorreu de junho a dezembro de 2016, sendo alcançados 88 nascimentos observados, distribuídos da seguinte forma: 40 no centro obstétrico, 40 no centro de parto normal e 8 na casa de parto. Em média, o total de nascimentos observados foi alcançado com dois meses de duração do trabalho de campo no CPN e no CO, na casa de parto não se conseguiu atingir o número proposto devido ao menor quantitativo de nascimentos ocorridos no período de duração do trabalho de campo.

4.1 Aspectos pessoais e sócios demográficos

No que se refere aos dados sócios demográficos, o estudo investigou a idade, escolaridade, cor da pele referida, a realização de trabalho remunerado e situação conjugal das mulheres que tiveram os nascimentos dos seus bebês observados. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os dados sociais e demográficos entre as três unidades pesquisadas.

A idade materna mínima foi de 15 anos (critério de inclusão) e a máxima de 36 anos. As faixas etárias mais frequentes foram a de 20 a 34 anos com 78,40 % do total de mulheres que compuseram o estudo e a faixa com as idades compreendidas entre 15-19 com 19,31%. Apenas 2,29% das mulheres tinham 35 anos ou mais de idade. A maioria das mulheres (53,41%) se autodeclarou de cor branca, enquanto 32,95% se declaram da cor parda e 13,64% da cor preta.

Quanto ao nível de escolaridade o ensino médio representou 67,04% do total da amostra e em segundo lugar o ensino fundamental com 28,41%. O ensino superior foi o de menor percentual, com apenas 4,55%.

A grande maioria das parturientes informou viver com um companheiro (88,64%) e pouco mais da metade (55,68 %) realizava uma atividade com remuneração.

A tabela 1 a seguir apresenta os aspectos pessoais e sócios demográficos das mulheres que tiveram os seus neonatos sujeitos do estudo.

TABELA 1. Aspectos pessoais e sócios demográficos das mulheres que tiveram seus neonatos sujeitos do estudo.

Variáveis	n	%	Mediana (Min-max)
Idade Materna	88	100	24 (15-36)
Paridade	88	100	3 (0-7)
Cor da pele referida			
Branca	47	53,41	—
Parda	29	32,95	—
Preta	12	13,64	—
Nível de escolaridade			
Fundamental	25	28,41	—
Médio	59	67,04	—
Superior	4	4,55	—
Situação conjugal			
Vive com companheiro	78	88,64	—
Vive sem companheiro	10	11,36	—
Atividade Remunerada	49	55,68	—

4.2 Aspectos obstétricos e neonatais

Ao analisar os diferentes aspectos obstétricos encontramos que: a maior paridade entre as gestantes acompanhadas foi 7; que 50% das mulheres eram primigestas e 26,14% secundigestas. No que se refere à ocorrência de abortamentos anteriores, das 88 mulheres, cerca de 10% (9) vivenciaram um abortamento.

Como um dos critérios de inclusão no estudo era que a gestação fosse de termo, a idade gestacional mínima encontrada foi de 37sem 3d e máxima de 41sem e 5d.

Todas as parturientes observadas haviam realizado acompanhamento pré-natal. Apenas 3,41% delas realizaram menos do que 4 consultas, 11,36% realizou entre 5-6 consultas,

27,27% realizou de 7-8 consultas, 44,32% realizou de a 8-10 consultas e 13,64% realizou 11 ou mais consultas.

Os índices de Apgar (avaliação que compreende: frequência cardíaca, frequência respiratória, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor) avaliados pelos profissionais que atenderam aos neonatos no primeiro e quinto minutos de vida, mais prevalente foi o 9 (70,45%) e (77,27 %) respectivamente.

No que se refere as categorias profissionais que assistiram ao total dos partos nas três unidades, 60,23% % do total dos partos assistidos por médicos (incluindo residentes médicos) e 39,77% pela enfermagem obstétrica (enfermeiro(a)s e residentes). Cabe ressaltar que no CO apenas médico (a) s assistem aos partos e na CP apenas enfermeiras obstétricas. A categoria profissional que mais assistiu o RN foi a pediatria (medicina) com 89,77% e enfermeira (o)s 10,23%, aqui vale também lembrar que na CP são os próprios enfermeiro (a)s obstétrico (a)s que assistem ao neonato. A tabela 2 apresenta os aspectos obstétricos e neonatais dos sujeitos do estudo.

Tabela 2. Aspectos obstétricos e neonatais dos sujeitos do estudo.

Variáveis	n	%	Mediana (Min-max)
Idade Gestacional	88	100	39 (37-41)
Consultas pré-natal	88	100	8-10 (1-4 e >11)
Apgar 1	88	100	9 (7-10)
Apgar 5	88	100	9 (7-10)
Profissional que assistiu ao parto			
Médico	53	60,23	—
Enfermeiro	35	39,77	—
Profissional que assistiu ao RN			
Médico	79	89,77	—
Enfermeiro	9	10,23	—

4.3 Atenção imediata ao neonato

Neste item, apresentamos as proporções de cuidados imediatos, ou seja, efetivados na primeira hora de vida do RN, em cada unidade que compôs o estudo.

A categoria nomeada de cuidados indiretos recomendados (Tabela 2), consta na observação da presença/ausência do acompanhante e aspectos relacionados à ambiência no local do parto, tais como: temperatura, luminosidade e sons. De acordo com os dados obtidos, todos os nascimentos (100%) observados na CP e CPN contaram com a presença de acompanhantes, já no CO, em 90% do total dos nascimentos observados.

No que se refere aos aspectos integrantes da ambiência: o CO e CPN não asseguraram a temperatura mínima de 26°C no local do parto e na CP todos os nascimentos ocorreram com a temperatura, no local do parto, maior ou igual a 26°C. A ausência de luminosidade, definida pela não direcionalidade/incidência da luz para a vagina da mulher, apresentou o percentual de apenas 22,5% no CO, 90% no CPN e 87,5% na CP. A ausência de conversas paralelas no momento do nascimento também se apresentou alta, sendo no CO 40% do total dos nascimentos observados, já no CPN e CP, respectivamente, 80% e 100%. A tabela 3 apresenta os resultados dos cuidados indiretos recomendados nos nascimentos observados.

TABELA 3. Proporção de realização dos cuidados indiretos recomendados em cada unidade (CO, CPN, CP)

Cuidados indiretos recomendados	CO		CPN		CP		P valor
	n	%	n	%	n	%	
Presença do acompanhante	36	90	40	100	8	100	,000
Temperatura no local do parto maior ou igual a 26°C	0	0	0	0	8	100	,000
Luminosidade: AUSÊNCIA DE direcionalidade/incidência da luz para a vagina da mulher	9	22,5	36	90	7	87,5	,000
Sons- AUSÊNCIA DE conversas paralelas no momento do nascimento	16	40	32	80	8	100	,000

A categoria de cuidados diretos recomendados (Tabela 4) inclui o clampeamento tardio do cordão umbilical, a forma de prevenção da perda de calor (se secado e aquecido junto à mãe ou não), o contato pele a pele precoce e contínuo e a amamentação na primeira hora de vida do RN.

Em relação ao clampeamento do cordão umbilical no período de tempo maior ou igual a 1 minuto, a CP o realizou em 100% do total dos nascimentos observados e o CPN 95%, em contrapartida, o CO em apenas 10 %.

Quanto à prevenção da perda de calor pelo aquecimento do RN sobre o ventre materno, o CPN e CP atingiram 95% e 100% respectivamente. Neste item o CO atingiu o percentual de 17,5% do total de nascimentos observados.

O contato pele a pele precoce e contínuo, durante a primeira hora de vida, entre mãe-bebê, também foi observado e neste, a CP assegurou 87,5% do total de nascimentos, por outro lado, o CPN apenas 2,5% e o CO em nenhum dos nascimentos observados (0%).

No que concerne a amamentação na primeira hora de vida, o CO apresentou a menor proporção com apenas 2,5% do total de nascimentos observados, no CPN ocorreu em 40% e na CP em 87,5%. A tabela 4 apresenta a proporção de realização dos cuidados diretos recomendados nas Unidades estudadas.

TABELA 4. Proporção de realização dos cuidados diretos recomendados em cada unidade (CO, CPN, CP).

Cuidados diretos Recomendados	CO		CPN		CP		P valor
	n	%	n	%	n	%	
Clampeamento tardio do cordão umbilical*	4	10	38	95	8	100	,000
RN secado e aquecido no ventre materno	7	17,5	38	95	8	100	,000
Contato pele a pele precoce e contínuo	0	0	1	2,5	7	87,5	,000
Amamentação na primeira hora de vida	1	2,5	16	40	7	87,5	,000

*considerado clampeamento tardio do cordão umbilical quando o mesmo ocorreu em um período de tempo maior ou igual a 1 minuto.

As boas práticas, de atenção ao neonato sadio na sala de parto, compreendem também a não efetivação de cuidados que prejudiquem o contato precoce e contínuo entre mãe- bebê.

Foi observado se por ventura, algum dos seguintes cuidados: vacinação contra a hepatite B, injeção de vitamina K, prevenção da oftalmia gonocócica e mensurações antropométricas, foram realizados na primeira hora de vida do neonato.

O CO executou os cuidados a serem postergados, ainda na primeira hora de vida do bebê, em todos os nascimentos observados. O CPN em 97,5% e apenas a CP não os realizou durante a atenção imediata. A tabela 5 apresenta a proporção de realização dos cuidados que devem ser postergados em cada unidade.

TABELA 5. Proporção de realização dos cuidados que devem ser postergados em cada unidade (CO,CPN, CP).

Cuidados que devem ser postergados na primeira hora de vida do RN	CO		CPN		CP		P valor
	n	%	n	%	n	%	
Realização de vacina contra a hepatite B, injeção de vitamina K, prevenção da oftalmia gonocócica e mensurações antropométricas na primeira hora de vida do neonato	40	100	39	97,5	0	0	,000

De acordo com as normas e recomendações do MS, OMS e RDC 36/2008 utilizadas como referencial para a realização do estudo, os cuidados como: encaminhamento do RN a UCR, oferta de O2 inalatório, aspiração das VAS e gástrica dos neonatos saudáveis e com boa vitalidade, devem ser abolidos.

No entanto, no CO todos os bebês observados (100%) foram encaminhados a UCR, um percentual também elevado foi apresentado pelo CPN com 97,5% do total dos neonatos observados, e somente a CP conseguiu um percentual de apenas 12,5% do total (100%) de nascimentos observados (Tabela 5).

A oferta de oxigênio (O2) inalatório aos neonatos, nascidos com Apgar de primeiro e quinto minutos maiores ou iguais a 7 (Critério de Inclusão) nas unidades campos do estudo ainda se mostrou presente, sendo no CO em 15% dos nascimentos observados, no CPN em 2,5% e na CP em 12,5% do total de RN observados.

A aspiração das VAS dos neonatos ainda foi realizada com bastante frequência no CO (87,5%) do total de nascimentos observados, e menos frequentemente no CPN (2,5 %) e na CP (12,5%).

A aspiração gástrica não foi realizada nos neonatos observados, em nenhuma das unidades do estudo. A tabela 6 apresenta a proporção de realização dos cuidados que devem ser proscritos em cada unidade (CO, CPN, CP).

TABELA 6. Proporção de realização dos cuidados que devem ser proscritos em cada unidade (CO, CPN, CP).

Cuidados que devem ser proscritos	CO		CPN		CP		P valor
	n	%	n	%	n	%	
Encaminhamento do RN a UCR	40	100	39	97,5	1	12,5	,000
Oferta de O ₂	6	15	1	2,5	1	12,5	,142
Inalatório							
Aspiração de VAS	35	87,5	1	2,5	1	12,5	,000
Aspiração gástrica	0	0	0	0	0	0	

O grau de implementação das boas práticas de atenção neonatal imediata nos diferentes modelos de atenção foi obtido e classificado de acordo com as categorias de cuidados (Tabela 7).

Na categoria dos cuidados indiretos recomendados, no quesito presença do acompanhante todas as 3 unidades receberam a pontuação máxima. No quesito temperatura na sala de parto apenas a CP conseguiu a pontuação máxima. No quesito luminosidade e sons apenas o CPN e a CP conseguiram a pontuação máxima. Assim, na soma dos pontos referentes a cada quesito dos cuidados indiretos recomendados, o CO obteve apenas 25 pontos e seu grau de implementação foi considerado inadequado. O CPN obteve 75 pontos e a CP 100 pontos, ambas consideradas com grau adequado de implementação.

Na categoria dos cuidados diretos recomendados, no item clampeamento tardio do cordão umbilical apenas o CO não conseguiu atingir o percentual mínimo (80%) e não recebeu a pontuação referente a esta variável. No item RN secado e aquecido no ventre

materno apenas o CO não conseguiu a pontuação. Nos itens contato pele a pele precoce e contínuo e amamentação durante a primeira hora de vida, apenas a CP conseguiu a pontuação. O CO não obteve pontuação frente aos percentuais apresentados em cada variável e seu grau de implementação foi considerado inadequado, o CPN obteve 50 pontos e seu grau de implementação foi considerado parcialmente adequado e a CP com 100 pontos teve seu grau de implementação considerado adequado.

Na categoria dos cuidados que devem ser postergados, na primeira hora de vida do neonato, apenas a CP recebeu pontuação máxima (100 pontos) e foi considerada com grau de implementação adequado. O CO e CPN não pontuaram e, a implementação destes cuidados foi considerada inadequada nestas duas unidades.

Na categoria dos cuidados que devem ser proscritos, as variáveis devem ter proporção de no máximo 20% para receberem a pontuação que corresponde a adequação. No quesito encaminhamento do RN à unidade de calor radiante apenas a CP conseguiu pontuação de adequação. No item oferta de O2 inalatório, todas as unidades receberam a pontuação máxima. No quesito aspiração de VAS apenas o CO não pontuou. No item aspiração gástrica todas as unidades pontuaram. Diante das pontuações alcançadas: o CO com 50 pontos foi considerado parcialmente adequado, o CPN e a CP foram considerados com grau de implementação adequados. A tabela 7 apresenta o grau de implementação das boas práticas de atenção neonatal imediata nos diferentes modelos de atenção.

TABELA 7. O grau de implementação das boas práticas de atenção neonatal imediata nos diferentes modelos de atenção.

Cuidados indiretos recomendados	CO		CPN		CP	
	% atingida	Pontuação alcançada	% atingida	Pontuação alcançada	% atingida	Pontuação alcançada
Presença do acompanhante.	90	25	100	25	100	25
Temperatura na sala de parto maior ou igual a 26%.	0	0	0	0	100	25
Luminosidade- ausência de direcionalidade/incidência da luz para a vagina da mulher	22,5	0	90	25	87,5	25
Sons- ausência de conversas paralelas no momento do nascimento.	40	0	80	25	100	25
Total de pontos		25		75		100
Grau de implementação	Inadequada		Adequada		Adequada	
Cuidados diretos recomendados	% atingida	Pontuação alcançada	% atingida	Pontuação alcançada	% atingida	Pontuação alcançada
Clampeamento tardio do cordão umbilical	10	0	95	25	100	25
RN secado e aquecido no ventre materno	17,5	0	95	25	100	25
Contato pele a pele precoce e contínuo.	0	0	2,5	0	87,5	25
Amamentação na primeira hora de vida	2,5	0	40	0	87,5	25
Total de pontos		0		50		100
Grau de implementação	Inadequada		Parcialmente adequada		Adequada	
Cuidados que devem ser postergados na primeira hora de vida do RN	% atingida	Pontuação alcançada	% atingida	Pontuação alcançada	% atingida	Pontuação alcançada
vacina, vitamina K, prevenção da oftalmia gonocócica e mensurações antropométricas	100	0	97,5	0	0	100
Total de pontos		0		0		100
Grau de implementação	Inadequada		Inadequada		Adequada	
Cuidados que devem ser proscritos	% atingida	Pontuação alcançada	% atingida	Pontuação alcançada	% atingida	Pontuação alcançada
Encaminhamento a UCR	100	0	97,5	0	12,5	25
Oferta de O2 inalatório	15	25	2,5	25	12,5	25
Aspiração de VAS	87,5	0	10	25	12,5	25
Aspiração gástrica	0	25	0	25	0	25
Total de pontos		50		75		100
Grau de implementação	Parcialmente adequada		Adequada		Adequada	

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Diretrizes podem ser definidas como sendo um conjunto de recomendações elaboradas sistematicamente a partir de evidências científicas⁷⁹. Neste estudo, conforme abordado, foram selecionadas as diretrizes oficiais estabelecidas pelo MS, OMS e RDC 36/2008^{1,2,3,4,5} para a assistência imediata ao recém-nascido e diante delas se avaliou esses cuidados neonatais, em três unidades distintas. Procurou-se integrar todas as dimensões envolvidas nesta primeira hora de vida, compreendendo desde a presença do acompanhante, ambiência, cuidados diretos ao RN, cuidados que devem ser postergados e os cuidados que foram proscritos.

No que tange à presença do acompanhante na primeira hora de vida do RN, todas as unidades do estudo apresentaram percentuais significativos (C.O apresentou um percentual de 90%, a casa de parto 100% e o CPN 100%). Tais dados revelaram que as unidades de saúde estão resguardando o direito garantido pela lei do acompanhante nº 11. 108 de 2005², além do desejo das mulheres em permanecer acompanhadas por pessoas que lhes são importantes neste instante. Esta proporção está acima da encontrada na pesquisa Nascer no Brasil que revelou que naquele estudo apenas 75,5% das mulheres puderam ter acompanhante no momento do parto⁷⁹.

A presença do acompanhante, mas especificamente do pai no nascimento, além de trazer benefícios para as mulheres tais como, apoio emocional e segurança, também integra os cuidados imediatos aos neonatos ao se possibilitar o contato precoce e os benefícios subjacentes a este. O pai por sua vez, terá a possibilidade de fortalecer os laços com o bebê e construir vínculos afetivos saudáveis.

A ambiência no CO foi caracterizada como inadequada, uma vez que a temperatura no local do parto foi inadequada, os nascimentos ocorreram, majoritariamente, ao som de conversas paralelas da equipe (60%) e com uma luminosidade direcionada para vagina da

mulher (77,5%). No CPN apesar da temperatura não ser a indicada pelas recomendações oficiais, sons e luminosidades foram melhores qualificados. Na CP a ambiência adequada foi preservada.

De modo geral, o ambiente do nascimento no hospital é estranho para a mulher, causa medo e ansiedade porque possui características que não lhe são familiares. Um dos aspectos que colaboram para a ambiência adequada nestes espaços, são os modelos de cuidados e estes, têm sido objetos de mudanças consideráveis nos últimos anos. A importância disto está no fato de ser o ambiente físico adequado capaz de facilitar a liberação hormonal necessária para a evolução favorável do trabalho de parto e nascimento, temos como exemplo a ocitocina, que dentre outros, é necessária também para fomentar o apego mãe-bebê⁸⁰.

Os dados apresentados acima podem reafirmar que o modelo predominante no CO não vai ao encontro das diretrizes de humanização da assistência propostas pelo MS e OMS.

No que se refere à temperatura ambiente no local do parto, uma das recomendações que não apresentou adesão por parte das unidades CO e CPN, apesar da mesma ser um dos cuidados prioritários no que se refere a prevenção da hipotermia neonatal e que quando não realizada dificulta a adaptação neonatal. Esta recomendação consta na RDC 32/2008⁵ que dispõe sobre o funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal/ Agência Nacional de Vigilância.

A manutenção da temperatura ambiente maior ou igual a 26°C visa à prevenção da perda de calor do RN por evaporação do líquido amniótico, a partir da superfície da pele logo após o parto. A maior perda de calor no neonato deve-se ao fato dele possuir grande área de superfície, isolamento térmico diminuído devido à falta de gordura subcutânea e menor quantidade de gordura marrom⁸¹.

A diminuição da temperatura corpórea, abaixo dos níveis ideais (hipotermia), tem sido reconhecida como causa significativa de doenças neonatais e mortes, tanto em neonatos de

baixo peso como de peso normal e em todos os continentes. A temperatura do ambiente durante o parto e pós-parto tem um importante efeito no risco para o RN desenvolver a hipotermia⁸².

A inadequação da temperatura na sala de parto/local do parto pode fazer com que seja necessário o encaminhamento do RN a UCR para que o mesmo não perca calor e apresente hipotermia. Com isso, fica prejudicada a possibilidade de se manter o contato mãe-bebê precoce e contínuo, interferindo assim no vínculo, amamentação na primeira hora de vida e clampeamento tardio do cordão umbilical.

A adequação da temperatura no local do parto (maior que 26°C), não constitui mais uma tarefa que exija maior tempo de serviço por parte dos profissionais da assistência e mesmo assim, não foi assegurada nas unidades no CO e no CPN. O que pode sugerir que seja necessário um maior controle, como por exemplo, uma rotina de verificação desta temperatura. Dentre as unidades, somente o CPN possuía termômetros nos ambientes dos partos e mesmo nesta, não constatei uma rotina de monitorização da temperatura.

A variável, clampeamento tardio do cordão umbilical, apresentou-se como rotina na CP (100% dos nascimentos observados) e CPN (95% dos nascimentos observados). No CPN, mesmo com a temperatura no local do nascimento inapropriada, a conduta prevalente por parte dos profissionais foi a de colocar o neonato no ventre da mãe e efetivar tardiamente o clampeamento do cordão umbilical. Já no CO além da realização do clampeamento precoce do cordão umbilical em 90% dos nascimentos, os bebês majoritariamente (82,5%) não foram colocados sobre o ventre materno.

O clampeamento tardio do cordão umbilical é recomendado também pelas diretrizes de reanimação de 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria⁸³ e em concordância com o Guideline da OMS de 2012 Basic Newborn Resuscitation⁴.

Foi possível perceber, dentre outros motivos para tal conduta, a pressa por parte do (a)s pediatras em receber o neonato para examiná-lo. O que pode ser resultado de uma formação profissional que não valoriza os aspectos biopsicofisiológicos da vida neonatal, mas principalmente focam nas patologias. Outro motivo que podemos sugerir para a não adesão é o desconhecimento e/ou desconsideração por parte destes profissionais dos benefícios desta prática.

A formação médica no Brasil, ainda possui como desafio a associação entre teoria e prática. As práticas pedagógicas e educacionais das escolas médicas necessitam ser trabalhadas com maior ênfase na integralidade da atenção. O que se verifica é que mesmo com as proposta do SUS no que tange a uma mudança no modelo de atenção à saúde, o modelo de cuidado centrado na doença ainda acompanha a medicina. Além disso, a concepção de formação profissional necessita priorizar também a promoção da saúde⁸⁴.

Um estudo realizado em 2014 e que utilizou a base de dados da pesquisa Nascido no Brasil revelou que as práticas de recepção do neonato a termo no Brasil, possuíram grande variações. Os resultados demonstraram que, práticas consideradas inadequadas como, uso de oxigênio inalatório (9,5%), aspiração de vias aéreas (71,1%), gástrica (39,7%) e uso de incubadora (8,8%) foram excessivamente empregadas. A proporção de colocação do RN ao seio materno na sala de parto foi considerada baixa (16,1%), mesmo nos hospitais com título de hospital Amigo da Criança (24%)²⁶.

Outro dado importante proveniente desta pesquisa²⁶ é o percentual de bebês amamentados na primeira hora de vida, que na região sudeste foi de apenas 41,8%. Esse dado se equipara ao encontrado nesta pesquisa, na unidade CPN em que o percentual foi de 40%.

Estudo realizado no RJ de 1999 a 2001, com 10.071 sujeitos, observou que a amamentação na primeira hora de vida do neonato é determinada essencialmente pela maternidade onde o parto ocorre e que o principal fator impeditivo, em nível individual foi a

utilização de práticas inadequadas, como por exemplo, a ausência do estímulo ao contato pele a pele⁸⁵.

O que foi possível observar no que diz respeito a esta variável, foi a exigência por parte de alguns dos profissionais que atenderam aos neonatos (no CPN e CO), dos resultados negativos de HIV com datas de até três meses antes do parto, para então liberar o aleitamento materno. Esta exigência pode ser a causa do elevado percentual de bebês não amamentados na primeira hora de vida, no entanto, esta é uma conduta que não encontra respaldo na literatura médica^{86,87}.

No que diz respeito ao contato pele a pele precoce e contínuo, apenas a CP possibilitou de forma significativa este cuidado. Promover este encontro e sua permanência é essencial e integra as boas práticas de atenção.

Um estudo realizado em São Paulo, em 2011 com 1787 registros de nascimento, mostrou que 31,5% das crianças tiveram o primeiro contato com a mãe após a primeira hora de vida e que 24% entre 30 e 60 minutos, ou seja, mais da metade das crianças nem foram aquecidas e secadas no ventre da mãe ao nascer⁸⁸.

A efetivação de mensurações antropométricas (pesagem e mensuração dos perímetros-cefálico, torácico e abdominal) ainda na primeira hora de vida do neonato interrompendo o contato mãe-bebê, aconteceu em 100% dos nascimentos observadas tanto no CO quanto no CPN, apenas a CP cumpriu com as recomendações oficiais. A rotina assistencial do CO e do CPN descumprem os preceitos estabelecidos pela Portaria 371/2014³ do MS e deveriam ser modificadas de modo a incorporar as melhores evidências da atenção imediata ao RN.

Além das mensurações antropométricas supracitadas, nas unidades CO e CPN também realizaram vacina contra a hepatite B, injeção de vitamina K e crede em todos os neonatos ainda na primeira hora de vida, no local do parto. A realização destes cuidados, apesar de prescritos pelos médicos pediatras no CO e CPN, são aprazados e executados,

majoritariamente, pela equipe de enfermagem. Uma das possíveis explicações para a execução desta rotina encontra-se na desconsideração por parte da equipe, dos mecanismos biopsíquicos e fisiológicos envolvidos nesta hora de inatividade alerta do neonato.

A ficha de admissão destinada a descrição dos dados e demais cuidados prestados aos neonatos na primeira hora de vida, das unidades do estudo, requerem a descrição do peso e tais perímetros. No entanto, para adequação as normas faz-se necessário que as mensurações sejam feitas quando o RN chegar ao alojamento conjunto e não na sala de parto. Seria relevante também a confecção de um impresso de admissão neonatal que conste apenas as recomendações oficiais.

Dentre os fatores que podem contribuir para a não adesão dos profissionais às diretrizes, temos que considerar que o tempo a ser dispendido nos cuidados com a mãe e o bebê pode ser um dificultador. Ele pode estar associado também ao quantitativo de profissionais, também outro fator complicador, pois os profissionais em número insuficiente podem necessitar dinamizar ainda mais o tempo de serviço em cada atendimento.

O encaminhamento do neonato para a unidade de calor radiante, após o clampeamento do cordão umbilical, aconteceu de forma rotineira nos nascimentos observados no CO e no CPN. O percentual encontrado, de 97,5% no CPN e 100% no CO, comprova a permanência desta prática.

Esta rotina de afastamento pode refletir uma insegurança dos profissionais quanto a capacidade da mãe em manter aquecido o RN, embora os estudos^{5,83} provem a segurança desta conduta, em especial quando o ambiente do nascimento está com a temperatura adequada. Levar o bebê para a UCR também é uma forma de reduzir a permanência dos profissionais na sala de parto e liberá-lo para assumir outras tarefas, mesmo que em detrimento do bem estar da mulher, RN e acompanhante.

Em consonância com as normas e recomendações que guiaram a pesquisa, temos a Diretriz Nacional de Assistência ao parto Normal, lançada em janeiro de 2016 pelo Ministério da saúde/ CONITEC (Comissão Nacional de Incorporação de tecnologias no SUS)⁸⁹, que também discorre acerca da importância do contato pele a pele precoce e contínuo entre mãe e bebê, abolindo assim, a separação destes por meio do encaminhamento para a unidade de calor radiante.

Os dados explicitaram que houve maior dificuldade em se adequar as novas recomendações do que abandonar as que foram proscritas. No grupo de cuidados a serem proscritos, tanto no CPN, quanto na CP os resultados encontrados caracterizaram nível de implementação adequado e no CO parcialmente adequado. Podemos inferir com isso, que talvez seja mais fácil para os profissionais entenderem que algumas práticas devem ser abandonadas do que modificarem a forma como prestam a atenção imediata ao neonato incorporando novas rotinas.

O estudo evidenciou que a aspiração das vias aéreas superiores dos neonatos ainda é uma prática muito presente no modelo tradicional de atenção. Este resultado mostra que alguns dos procedimentos proscritos ainda estão sendo efetivados pelos profissionais de saúde. A recomendação apresentada pela OMS e que apresenta evidência de alta qualidade, é que se o neonato nasce com líquido amniótico claro e chora espontaneamente, este não necessita ter as suas vias aéreas superiores aspiradas⁹⁰.

Deixar de fazer determinados cuidados proscritos, além de qualificar a atenção neonatal imediata, economizaria tempo do profissional e mesmo assim, no CO essa rotina se mostrou ainda frequente.

Os obstáculos para a não adesão às diretrizes podem estar relacionados às características do próprio protocolo ou diretriz, a fatores relacionados aos pacientes e aos

prestadores da assistência. No caso dos prestadores dos serviços, esses fatores podem ser institucionais, dos próprios médicos e das dificuldades do processo de implementação em si⁹¹.

Um estudo realizado com o objetivo de identificar os principais obstáculos à adesão dos médicos às recomendações de diretrizes clínicas, encontrou 293 barreiras potenciais em 120 tipos diferentes de inquéritos e classificou estas em: conhecimento da diretriz (ex.: desconhecimento por parte do médico); a atitude frente às diretrizes (ex.: discordância, insegurança); barreiras externas (ex.: relacionadas com o paciente) e fatores ambientais (ex.: escassez de tempo e /ou recursos locais)⁹².

Outra pesquisa realizada em São Paulo, em 2006, que procurou avaliar os procedimentos adotados pelos médicos diante a uma determinada patologia em relação às diretrizes preconizadas, concluiu que tais profissionais só conseguiram implementar parcialmente as diretrizes⁷⁸.

No que diz respeito a esta pesquisa, em que se utilizou os mesmos critérios de avaliação em diferentes unidades e modelos de atenção, temos que no centro obstétrico tradicional o grau de implementação das boas práticas de atenção neonatal imediata em 3 das 4 categorias analisadas foram classificadas como inadequadas. Na casa de parto todas as categorias analisadas foram classificadas como adequadas e no centro de parto normal 2 foram adequadas, 1 inadequada e 1 parcialmente adequada. Os dados parecem sugerir que nas Unidades em que predomina a assistência ao parto e ao recém-nascido pela enfermagem obstétrica há uma maior adesão às boas práticas de atenção neonatal.

O CO com assistência ao parto e nascimento exclusivamente pela categoria médica seria esperado que houvesse uma maior adesão aos protocolos. Entretanto, outros autores conforme citado, já dissertaram sobre as dificuldades destes profissionais em incorporar as recomendações de diretrizes clínicas.

Neste estudo o modelo de humanizado da assistência parece ter impactado positivamente na adequação dos serviços às diretrizes e normas preconizadas pelo MS, OMS e ANVISA^{1,2,3,4,5}. Uma das características das unidades que trabalham no modelo humanizado é também a incorporação da categoria profissional Enfermagem Obstétrica na atenção aos sujeitos no momento parto e nascimento. A única unidade do estudo que não possui essa categoria atuante, não apresentou implementação adequada em nenhuma das categorias dos cuidados, podemos inferir com isso, que esta categoria profissional pode ser importante colaboradora na implementação das boas práticas de atenção.

Outros estudos já demonstraram que quando o parto e nascimento são acompanhados pela enfermagem obstétrica ocorrem menos intervenções e os resultados são melhores⁹².

Neste sentido, faz-se importante realçar as peculiaridades desta categoria profissional que corroborou para a adesão às boas práticas de atenção. Diferente da medicina, a enfermagem em si, mais especificamente a especialização em obstetrícia é recente e foi articulada com base no cuidar e na proposta de implantação da PNH. A formação profissional da enfermagem obstétrica no Brasil foi orientada a partir da ênfase aos aspectos fisiológicos, emocionais e socioculturais do processo reprodutivo⁹².

A implantação da atenção ao parto e nascimento pela enfermagem obstétrica está associada a mudanças nas práticas e rotinas institucionais⁹³.

Um obstáculo para a mudança do modelo assistencial está no fato de que desmedicalizar a atenção com vistas à modificação do modelo médico tradicional implicará também na perda de poder pela categoria médica. Ao abandonar a rotina pré-estabelecida e que usualmente se adequa a convenientes institucionais, sendo generalizada para todos os nascimentos e adotar outras que presumem o respeito e acompanhamento da fisiologia do parto e nascimento e as peculiaridades dos sujeitos, se perderia o poder de controle que os médicos têm neste processo⁹⁴.

6 CONCLUSÃO

Em se tratando do acolhimento aos bebês saudáveis, os modelos denotam diferenças em suas práticas e a presença do enfermeiro obstétrico parece ter importância na qualificação desta assistência. Portanto, seria relevante investir na ampliação dos quadros destes profissionais nas equipes das maternidades de forma a fortalecer o modelo colaborativo/humanista, que pode garantir melhor assistência às mulheres, bebês e familiares, em especial àqueles saudáveis ao nascimento.

Seria importante investir na educação continuada das equipes, trazer as evidências científicas de forma a justificar uma mudança das rotinas tão arraigadas e também sensibilizar os profissionais para entender os múltiplos significados do nascimento para a mulher e a família.

A capacitação profissional e a elaboração de rotinas hospitalares com base nas evidências científicas atuais podem favorecer a adequação da atenção neonatal nos diferentes cenários de atenção, além de favorecer a incorporação de conceitos fundamentais do modelo de humanização da assistência.

São necessários novos investimentos para a adequação das estruturas físicas das salas de parto de forma que estejam em conformidades com as recomendações oficiais, facilitando assim, a criação de uma ambiência que proteja a privacidade, promova segurança e bem-estar. Assim, investir na construção de salas PPP conforme a orientação da Rede Cegonha, pode facilitar para que esse momento tão especial possa ser vivenciado pelas famílias em sua plenitude.

Podemos citar como importantes ferramentas de adesão às boas práticas de atenção neonatal, em nível institucional, o cuidado compartilhado entre a equipe de saúde, as mulheres e seus acompanhantes/familiares. Além disso, é necessário maior participação dos

gestores, dos usuários do SUS e dos profissionais na articulação de rotinas dinâmicas e baseadas em evidências científicas atuais.

Cabe aos profissionais de saúde mais envolvimento e maior reflexão acerca das vantagens provenientes da adesão as boas práticas de atenção imediata aos neonatos, assim como reorganização das práticas e rotinas institucionais existentes.

De um modo geral, as boas práticas são ações que possibilitam a qualificação da atenção e que requerem menor custo-benefício. Além das políticas já existentes, talvez seja necessário também, o monitoramento permanente destes cuidados em todas as unidades de saúde do país.

As limitações do estudo dizem respeito a amostra da CP, que apesar de significativa em quase todas as variáveis, é considerada pequena frente as demais, e a ausência da avaliação das dimensões estrutura e resultado.

Vale ressaltar que o estudo apontou alguns dos possíveis motivos que levaram a não adesão dos cuidados neonatais imediatos nas unidades e, que mais pesquisas devem ser realizadas a fim de procurar entender em profundidade os fatores impeditivos da adesão às recomendações oficiais na assistência ao nascimento de bebês saudáveis permitindo que eles tenham um melhor acolhimento no início da vida extrauterina.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. *Ambiência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização*. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, que dispõe sobre a garantia das parturientes quanto à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.
3. Brasil. Ministério da saúde. Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS).
4. World Health Organization. *Essential Newborn Care Course. Clinical Practice Workbook*. 2010.
5. Brasil. Ministério da saúde. Agência nacional de Vigilância sanitária. Resolução- RDC nº36, de 3 de junho de 2008. Dispõe sobre o regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal. 2008.
6. Gaíva MAM; Tavares CMA. O nascimento: um ato de violência ao recém-nascido? *R. gaúcha Enferm, Porto Alegre*, v.23, n.1, p.132-145, jan. 2002.
7. Brasil. Ministério da Saúde. *Caderno HumanizaSUS: Humanização do parto e nascimento*. 4.vol. Brasília, DF: O ministério. 2014
8. Swanson JR; Sinkin RA. Transition from fetus to newborn. *Pediatr Clin N Am* 62 (2015) 329-343. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1016/j.pcl.2014.11.002> Acesso em 09/07/2015.
9. Evidence based Guidelines for midwifery-Led care in Labour. Immediate care of the Newborn. The Royal College of Midwives. 2012.
10. Cruz DCS; Sumam NS; Spíndola T. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. *Rev. Esc. Enferm. USP*. vol.41.no.4. São Paulo Dec.2007.
11. Ariès P. *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: LTC, 1981. Um historiador diletante. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1994.

12. Matos GC; Escobal AP; Soares MC; Hänter J; Gonzales RIC. A trajetória histórica das políticas de atenção ao parto no Brasil: uma revisão integrativa. Rev enferm UFPE on line. Recife 7 (esp): 870-8, mar, 2013.

13. BRASIL. Ministério da Saúde. Gestões e gestores de políticas de atenção á saúde da criança: 70 anos de História. Série I. História da saúde. Área Técnica de saúde da criança e Aleitamento materno, Brasília-DF, 2011.

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

15. Araújo JP et al. História de Saúde da Criança: conquistas, políticas e perspectivas. Rev Bras. Enferm. vol.67 n°6. Brasília. Nov/Dec.2014

16. Schneck CA; Riesco MLG; Bonadio IC; Diniz CSG; Oliveira SMJV. Resultados maternos e neonatas em centro de parto normal peri-hospitalar e hospitalar. Rev Saúde Pública 2012; 46(1): 77-86.

17. Brasil. Ministério da saúde. Humanização do parto: Humanização no pré-natal e nascimento. Brasília-DF. 2002.

18. Brasil. Ministério da saúde. HumanizaSUS. Política Nacional de Humanização. A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS. Série B Textos Básicos de Saúde. Brasília-DF. 2004.

19. UNICEF. Organização das Nações Unidas (ONU): Brasil cumpre meta de redução da mortalidade infantil. Relatório níveis e tendências da mortalidade infantil. 2015. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2015/09/onu-brasil-cumprer-meta-de-reducao-da-mortalidade-infantil>. Acesso em 21/02/2016.

20. Brasil. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 465 p.: il. – (Cadernos HumanizaSUS ; v. 4).

21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008.

22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Rede Amamenta Brasil: os primeiros passos (2007–2010) / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 58 p. : il. – (Série I. História da Saúde).
23. Brasil. Ministério da saúde. Portaria nº1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.
24. Klaus M; Klaus P. O Surpreendente Recém-nascido. Porto Alegre: Artes Médicas. 1989.
25. Leininger MM. Cultural care diversity and universality: a theory of nursing. New York: National League for Nursing Press. 1991.
26. Moreira MEL et al. Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30 Sup: S128-S139, 2014. Disponível em: www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311x-csp-30-s1-0128.pdf. Último acesso em 31/10/2015.
27. Pernetta, C. Amor e Liberdade na Educação da Criança. Porto Alegre. Grafosul. 1982.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2. ed. – Brasília-DF. 2012.
29. Almeida MFB, Guinsburg R. Reanimação Neonatal em Sala de Parto: Documento Científico do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria e Membros do International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) Neonatal Task Force. 2013. Disponível em: [www. Sbp.com.br](http://www.Sbp.com.br). Acesso em 16/10/2016.
30. BrasilL. Ministério da saúde. Atenção á saúde do recém-nascido. Guia para os profissionais de saúde. Intervenções comuns, icterícia e infecções. Série A. Normas e manuais técnicos. Vol.2. Brasília-DF. 2011.
31. Rego JD. Reanimação Neonatal. Revista de Pediatria. SOSERJ.Vol.13,nº2,p10-13,dez 2012.
32. Vargens OMC; Progianti JM. O processo de desmedicalização da assistência á mulher no ensino de enfermagem. Rev Esc Enferm USP 2004;38(1):46-50.

33. Machado MFAS et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do sus - uma revisão conceitual. Ciênc. saúde coletiva vol.12 no.2 Rio de Janeiro Mar./Apr. 2007.
34. Patah LEM; Malik AM. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. Rev Saude Publica 2011;(1):185-94). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n1/1759.pdf>. Acesso em 13/01/16.
35. Alquino EML. Para reinventar o parto e nascimento no Brasil: de volta ao futuro. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro: 30 Sup: S8-S10, 2014.
36. Fonseca AS; Janicas RCSV. Saúde Materna e Neonatal. São Paulo: Martinari.2014.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Indicadores de Mortalidade. Taxa de Mortalidade Neonatal. 200-2011. Disponível em:<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/c0104.htm>. Acesso em 22/11/2015.
38. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Ambiência. 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. 32 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).
39. Brasil. Ministério da saúde. HumanizaSUS. Política Nacional de Humanização. A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília-DF.2004.
40. Vogt SE; Silva KS; Dias MAB. Comparação de modelos de assistência ao parto em hospitais públicos. Rev Saúde Pública 2014;48(2):304-313. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n2/0034-8910-rsp-48-2-0304.pdf>. Acesso em: 13/01/16.
41. Vogt, SE. Resultados maternos e neonatais de primíparas, comparação do modelo de assistência obstétrica colaborativo e tradicional de maternidades do SUS em Belo Horizonte. Rio de Janeiro. 2014.
42. WHO. Sobrevivência Neonatal The Lancet, Março, 2005 www.thelancet.com. Disponível em:http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/pdfs/lancet_neonatal_survival_series_pr.pdf. Acesso em:22/11/2015.
43. Brasil. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 465 p.: il. – (Cadernos HumanizaSUS ; v. 4.

44. Organização Mundial da Saúde. Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra (SUI): OMS; 1996.
45. Leboyer. Nascer sorrindo. 14 ed. Editora Brasiliense. 1992.
46. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Conforto Ambiental em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde. Brasília-DF. 2014. 165 p.
47. Norma Brasileira. ABNT NBR ISO/CIE.2013. Disponível em: http://edsonjosen.dominiotemporario.com/doc/NBR%20ISO_CIE%208995_1.pdf. Último acesso em 22/11/2015.
48. Oliveira FLC; Kakehashi TY; Tsunemi MH; Pinheiro EM. Nível de ruído em sala de parto. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2011 Abr-Jun; 20(2): 287-93.
49. Bowlby, J. (1990). Apego e perda, Vol 1. Apego: a natureza do vínculo (2a ed). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1969).
50. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. Brasília-DF. 2011.
51. Zveiter M. Pereira ALF. Curso de Aprimoramento para Enfermeiras Obstétricas, com Enfoque no Componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha-Ministério da Saúde: Caderno do Facilitador. Rio de Janeiro. ED: ABENFO-RJ. 2014 .
52. Lunze K, Hamer DH. Thermal protection of the newborn in resource-limited environments. J Perinatol. 2012;32(5):317-24.
53. OMS. Organização Mundial de saúde. Método madre canguro: guia práctica. Genebra, 2004.
54. Crowther S. Lotus birth: leaving the cord alone. Copyright: The practicing. Midwife. Disponível em :<http://www.practisingmidwife.co.uk/files/june%20article.pdf>. Acesso em 13/01/16.
55. Zupan J, Garner P, Omari AAA. Topical umbilical cord care at birth (Review). Copyright © 2013 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

56. McDonald SJ, Middleton P. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes (Review) Copyright © 2015 The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd.
57. Dicionário do Aurélio. Disponível em: <http://www.dicionariodoaurelio.com/>. Acesso em: 13/01/16.
58. Access Hormonal Physiology of Childbearing: Evidence and Implications for Women, Babies, and Maternity Care (2015) by Dr. Sarah J. Buckley and related material, including individual fact sheets and the full set, at ChildbirthConnection.org/HormonalPhysiology. © 2015. National Partnership for Women&Families. Allrightsreserved. <http://childbirthconnection.org/pdfs/CC.NPWF.FactSheet.HPoC.7.SkintoSkin.2015.pdf>.
59. UNICEF, Ministério da Saúde e Governo Federal. Promovendo o Aleitamento Materno. 2. Edição. Brasília. 2007. Disponível em: <http://www.unicef.org.br>. Acesso em 27/08/2015.
60. Kitzinger S. The psychology of breast-feeding. *Breastfeeding Rev* 1984; 5:45-47.
61. Brasil. Ministério da saúde. Atenção á saúde do recém-nascido. Guia para os profissionais de saúde. Intervenções comuns, icterícia e infecções. Série A. Normas e manuais técnicos. Vol.2. Brasília-DF. 2011.
62. UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância. Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê; [ilustrações de Ziraldo]. -- São Paulo: Globo, 2011.
63. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Brasília; 2008. p.244-6.
64. Winnicott D.W A criança e o seu mundo. Rio de Janeiro: LTC. 2014.
65. Motta CCL et al. O pai no parto e apoio emocional: A Perspectiva da Parturiente. *Paidéia*, 2005, 15(30), 105-118. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v15n30/12.pdf>. Acesso em 13/01/16.
66. Coordenadoria Especial da Mulher; Secretaria do Governo Municipal. Políticas públicas e igualdade de gênero / Tatau Godinho (org.). Maria Lúcia da Silveira (org.). – São Paulo: Coordenadoria Especial da Mulher, 2004 188 p. (Cadernos da Coordenadoria Especial da Mulher, 8)p 13.

67. Tarnowski KS; Próspero ENS ; Elsen I. A participação paterna no processo de humanização do nascimento: uma questão a ser repensada. Texto contexto - enferm. vol.14 no.spe Florianópolis 2005.
68. Tomeleri KR; Pieri FM; Violin MR; Serafim D; Marcon SS. “Eu vi meu filho nascer”: vivência dos pais na sala de parto. Rev Gaúcha Enferm, Porto alegre (RS) 2007 dez; 28(4):497-504.
69. Brasil. Ministério da saúde. Atenção Humanizada ao Recém-nascido de baixo peso. Método canguru. Manual técnico. 2 ed. Brasília-DF. 2011.
70. Motta CCL. Pai no parto e apoio emocional: a perspectiva da parturiente. Paidéia.2005.15(30).105-118.
71. Brousselle A; Champagne F; Contandriopoulos AP; Hartz Z. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
72. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Monitoramento e avaliação na política nacional de humanização na rede de atenção e gestão do SUS: manual com eixos avaliativos e indicadores de referência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.
73. Filho, S. Avaliação e Humanização em Saúde: aproximações metodológicas. 2ª ed. Ijuí: Ed. Unijuí; 2009.
74. Contandriopoulos AP; Champagne F; Denis JL; Pineault R. A avaliação na área de saúde: Conceitos e métodos. In: Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas (Z. M. A. Hartz, org.), pp. 29-47, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 1997.
75. Brasil. Ministério da saúde. Sistema de Informação sobre nascidos vivos. 2014. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060702>. Acesso 27/12/2016.
76. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html. Acesso em 27/12/2016.

77. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução número 466, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em 06/10/16.

78. Junior DM et al. Os médicos brasileiros seguem as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão? *Arq Bras Cardiol* 2007; 88(2): 212-217. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v88n2/al3v88n2.pdf>. Acesso em 16/02/2017.

79. Diniz CSG. et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no BrasilCad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30 Sup:S140-S153, 2014. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0140.pdf> . Acesso em 16/02/2017

80. Jenkinson, B., Josey, N., & Kruske, S. (2013). *BirthSpace: An evidence-based guide to birth environment design*. Queensland Centre for Mothers & Babies, The University of Queensland.

81. WHO. Neonatal Division, AIIMS, New Delhi Essential Newborn Nursing for Small Hospitals. In resource restricted countries. 2004.

82. WHO. Thermal protection of the newborn: a practical guide. 1997.

83. Sociedade Brasileira de Pediatria. Reanimação do recém-nascido ≥ 34 semanas em sala de parto: Diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria 26 de janeiro de 2016 Disponível em www.sbp.com.br/reanimacao. Acesso em 27/12/2016.

84. Romano VF. Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas. Jadete Barbosa Lampert. Rio de Janeiro: Hucitec, 2002, 283 pp. Trab. educ. saúde vol.3 no.1 Rio de Janeiro Mar. 2005. <http://dx.doi.org/10.1590/S198177462005000100016>

85. Boccolini CS, de Carvalho ML, de Oliveira MI, Pérez-Escamilla R. Breastfeeding during the first hour of life and neonatal mortality. *J Pediatr (Rio J)*. 2013;89:131–6.
86. Brasil. Recomendações do fórum HIV e a primeira mamada. Departamento Científico de Aleitamento Materno, Infectologia e Neonatologia da SPSP (gestão 2007-2009) e Disciplina de Infectologia Pediátrica da Universidade Federal de São Paulo – Unifesp/EPM, São Paulo, SP. Disponível em: http://www.spsp.org.br/2009/07/01/recomendacoes_do_forum_hiv_e_a_primeira_mamada/. Acesso em 16/02/2017
87. Possolli GT, de Carvalho ML, Oliveira MI. HIV testing in the maternity ward and the start of breastfeeding: a survival analysis. *J Pediatr (Rio J)*. 2015;91:397–404
88. Siqueira FPC; Colli M. Prevalência do contato precoce entre mãe e recém-nascido em um Hospital Amigo da Criança. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 7(11):6455-61, nov., 2013. DOI: 10.5205/reuol.3794-32322-1-ED.0711201319. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/4109/pdf_3913. Acesso em 13/02/2017.
89. Brasil. Ministério da Saúde. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. 2016. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf. Acesso em 16/02/2017.
90. WHO. Maternal, newborn, child and adolescent health approved by the who guidelines review committee. Recommendations on newborn health. 2012.
91. Corrêa RM. Diretrizes: necessárias, mas aplicáveis? *J Bras Pneumol*. 2011;37(2):139-141. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v37n2/v37n2a01.pdf>. Acesso em 13/02/2017.
92. Hodnett ED & Osborn RW 1989. A randomized trial of the effect of midwife support during labor: mothers' views two to four weeks postpartum. *Birth* 16:177-183. Blanchette H 1995. Comparison of obstetric outcome of a primary-care access clinic staffed by certified nurse-midwives and a private practice group of obstetricians in the same community. *Am J Obst. Gynecol* 172(6):1864-1868. <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a26v10n3.pdf>.
93. Riesco MLG; Tsunehiro MA. Formação profissional de obstetras e enfermeiras obstétricas: belhos problemas ou novas possibilidades? *Revista Estudos Feministas*. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n2/14970.pdf>. Acesso em 13/02/2017.
94. Dias MAB; Domingues RMSM. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3): 669-705, 2005.

**APÊNDICE 1- FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS SOBRE OS CUIDADOS
IMEDIATOS PRESTADOS AOS RECÉM-NASCIDOS**

FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS SOBRE OS CUIDADOS IMEDIATOS PRESTADOS AOS RECÉM-NASCIDOS.	
IDENTIFICAÇÃO:	PRONT :
1.DATA DA COLETA:	
2. LOCAL DA COLETA:	
(1) c.o (2) c.p (3) c.p.n	
DADOS SÓCIOS DEMOGRÁFICOS	
3. Idade (anos): _____ (1) 15-19 (2) 20-34 (3) 35 ou mais	
4. Escolaridade	
(1) nenhuma– sem escolaridade	(4) ensino fundamental incompleto
(2) ensino fundamental completo	(5) ensino médio incompleto
(3) ensino médio completo	(6) ensino superior ou mais
5.Trabalho Remunerado? (1) sim (0) não	
6.Situação conjugal:	
(1) vive com companheiro (a) (2) vive sem companheiro (a)	
7.Cor da pele (referida):	
(1) branca (2) preta (3) parda (4) amarela (5) indígena	
HISTÓRIA OBSTÉTRICA	
8 G:	
9 P:	
10 A:	
11. IG (USG)	
12. N° DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL	
(1) 0 (2) 1-4 (3) 5-6 (4) 7-8 (5) 8-10 (6) 11 ou mais	
13. Data do parto: ___/___/_____	
14. Hora do nascimento: _____	
15. Apgar de 1° minuto (7) (8) (9) (10)	
16. Apgar de 5° minuto (7) (8) (9) (10)	
17. Qual a categoria profissional que assistiu ao parto?	

(1) Enfermeiro (a) obstetra
(2) Residente de Enfermagem obstetra
(3) Médico obstetra (a)
(4) Residente de medicina obstétrica
(5) Outra pessoa
18. Qual a categoria profissional que assistiu o RN?
(1) Pediatra
(2) Enfermeira (o)
(3) Residente de enfermagem
(4) Residente de pediatria
(5) Outra pessoa
19. Presença de acompanhante (1) sim (0) não
20. Quem acompanhou a mulher durante o parto e nascimento?
(1) Pai da criança
(2) Companheira
(3) Outro familiar
(4) Outra pessoa
(0) nenhum acompanhante
DESCRIÇÃO DO AMBIENTE - SONS
21. Conversas relacionadas a mãe/bebê/orientações no momento do parto e nascimento? (1) sim (0) não
22. Conversas paralelas da equipe no momento do parto e nascimento?
(1) sim (0) não
23. Luminosidade da sala de parto:
(1) luz central (2) foco + luz central (3) foco (4) nenhuma das opções anteriores
24. Direcionalidade/incidência para a vagina da mulher?
(1) sim (0) não
25. Qual a qualidade da luz: (1) natural (2) artificial
26. Acesso á luz natural ? (1) sim (0) não
27. Temperatura do ambiente do nascimento maior ou igual a 26°C?
(1) sim (0) não

28. Qual foi o tempo de clampeamento do cordão umbilical? (1) menor que 1 minuto (2) entre 1-3 minutos (3) maior que 3 minutos
29. RN foi secado e aquecido junto á mãe? (1) sim (0) não
30. Contato contínuo com a mãe, pele a pele durante a primeira hora de vida? (1) sim (0) não
31. Promoção do aleitamento na primeira hora de vida do recém-nascido? (1) sim (0) não
32. RN foi separada da mãe na primeira hora do nascimento para realizar algum procedimento? : (1) sim (0) não
33. RN foi separado da mãe para realizações de cuidados mediatos, tais como: vacina contra a hepatite B, injeção de vitamina K, prevenção de oftalmia gonocócica e mensurações antropométricas na primeira hora de vida? (1) sim (0) não
34. RN teve suas VAS aspiradas ao nascer? (1) sim (0) não
35. RN foi submetido a aspiração gástrica ao nascer? (1) sim (0) não
36. RN recebeu O2 Inalatório ao nascer? (1) sim (0) não
37. RN foi encaminhado a unidade de calor radiante ao nascer? (1) sim (0) não

APÊNDICE 2- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



INSTITUTO NACIONAL
DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE | FERNANDES FIGUEIRA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Instituição/Unidade: Instituto Fernandes Figueira/ FIOCRUZ.

Endereço: Avenida Rui Barbosa 716, Flamengo, Rio de Janeiro - RJ, CEP 22.250-020

Contatos: (21)2554-1700 e www.iff.fiocruz.br.

Título da pesquisa: Os cuidados imediatos ao recém-nascido saudável de parto vaginal nos diferentes modelos de atenção ao nascimento.

Pesquisador responsável e contato: Geiza Martins Barros. Telefone para contato (21) 981969498. E-mail: geiza_mb@hotmail.com

Prezada _____prontuário nº _____,estou lhe convidando a participar do projeto de pesquisa intitulado “Os cuidados imediatos ao recém-nascido saudável de parto vaginal nos diferentes modelos de atenção ao nascimento”, pois seu bebe não é prematuro e tem todas as condições para um nascimento saudável.

O objetivo geral deste estudo é avaliar a adequação da rotina de cuidados imediatos com o recém-nascido saudável de acordo com o modelo de atenção ao parto das diferentes unidades assistenciais.

Você e seu bebê serão observados durante o momento do parto a fim de se avaliar quais os cuidados foram realizados até que se complete a primeira hora de vida. Ficarei próximo a vocês e não realizarei nenhum procedimento, estarei apenas registrando os cuidados em uma ficha própria da pesquisa. Algumas informações de seus prontuários também serão anotadas nas fichas e em nenhum momento haverá identificação das mesmas, garantindo o sigilo de suas identificações (nome).

A pesquisa não lhes ocasionará nenhum risco e em qualquer momento você poderá desistir de participar. As informações obtidas neste estudo poderão ser úteis para beneficiar outras crianças, ajudando a promover uma melhoria na atenção ao recém-nascido saudável.

As observações feitas no momento do nascimento do bebê serão identificadas, de forma que não seja possível identificar as participantes, em todas as fases da pesquisa. A

A senhora poderá pedir todos os esclarecimentos que quiser, antes, durante e depois da realização da observação. Caso haja algum desconforto, terá total liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da observação, sem dar nenhuma explicação, sem que haja qualquer prejuízo para a sua assistência ou do bebe.

TCLE versão 2 _____

Rubrica da Gestante

Rubrica pesquisador



Os resultados da pesquisa serão divulgados através do trabalho de conclusão do mestrado e também poderão ser difundidos em artigos, congressos, simpósios, reuniões, conferências, mesas redondas e demais meios de divulgação científica, sempre resguardando o anonimato dos participantes.

Sua participação no estudo não implicará em custos adicionais, não terá qualquer despesa com a realização dos procedimentos previstos neste estudo. A senhora receberá uma via do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) e poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, pelo telefone acima citado, em caso de qualquer dúvida ou esclarecimento. Também não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação.

É garantido o direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Fernandes Figueira, se encontra a disposição para eventuais esclarecimentos éticos e outras providências que se façam necessárias (e-mail: cepiff@iff.fiocruz.br; Telefones: 2554-1730/fax: 2552-8491).

Autorizações e assinaturas

“Eu, _____, autorizo voluntariamente a participação do meu bebe nesta pesquisa. Declaro que li e entendi todo o conteúdo deste documento.

Assinatura _____

Data ____/____/____ Telefone _____

2 – Testemunha

Nome _____ Data ____/____/____

Documento _____ Endereço/tel: _____

Assinatura _____

3 - Investigador que obteve o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nome _____ Assinatura _____

TCLE versão 2 _____

Rubrica da Gestante

Rubrica pesquisador

APÊNDICE 3- TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



IFF

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE | FERNANDES FIGUEIRA

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Instituição/Unidade: Instituto Fernandes Figueira/ FIOCRUZ.

Endereço: Avenida Rui Barbosa 716, Flamengo, Rio de Janeiro - RJ, CEP 22.250-020

Contatos: (21)2554-1700 e www.iff.fiocruz.br

Título da pesquisa: Os cuidados imediatos ao recém-nascido saudável de parto vaginal nos diferentes modelos de atenção ao nascimento.

Pesquisador responsável e contato: Geiza Martins Barros. Telefone para contato (21) 981969498. E-mail: geiza_mb@hotmail.com.

Prezada _____, prontuário nº _____, estou lhe convidando a participar do projeto de pesquisa intitulado “Os cuidados imediatos ao recém-nascido saudável de parto vaginal nos diferentes modelos de atenção ao nascimento”, pois seu bebe não é prematuro e tem todas as condições para um nascimento saudável.

O objetivo geral deste estudo é avaliar a adequação da rotina de cuidados imediatos com o recém-nascido saudável de acordo com o modelo de atenção ao parto das diferentes unidades assistenciais.

Você e seu bebe serão observados durante o momento do parto a fim de se avaliar quais os cuidados foram realizados até que se complete a primeira hora de vida. Ficarei próximo a vocês e não realizarei nenhum procedimento, estarei apenas registrando os cuidados em uma ficha própria da pesquisa. Algumas informações de seus prontuários também serão anotadas nas fichas e em nenhum momento haverá identificação das mesmas, garantindo o sigilo de suas identificações (nome).

A pesquisa não lhes ocasionará nenhum risco e em qualquer momento você poderá desistir de participar. As informações obtidas neste estudo poderão ser úteis para beneficiar outras crianças, ajudando a promover uma melhoria na atenção ao recém-nascido saudável.

As observações feitas no momento do nascimento do bebê serão identificadas de forma que não seja possível identificar as participantes, em todas as fases da pesquisa. A senhora poderá ter acesso a esse material a qualquer momento, podendo inclusive fazer modificações que julgue necessárias.

A senhora poderá pedir todos os esclarecimentos que quiser, antes, durante e depois da realização da observação. Caso haja algum desconforto, terá total liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da observação, sem dar nenhuma explicação, sem que haja qualquer prejuízo para a sua assistência ou do bebe.

Os resultados da pesquisa serão divulgados através do trabalho de conclusão do mestrado e também poderão ser difundidos em artigos, congressos, simpósios, reuniões, conferências, mesas redondas e demais meios de divulgação científica, sempre resguardando o anonimato dos participantes.

TALE Versão 2 _____

Rubrica Gestante

Rubrica da Pesquisadora



Sua participação no estudo não implicará em custos adicionais, não terá qualquer despesa com a realização dos procedimentos previstos neste estudo. A senhora receberá uma via do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) e poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, pelo telefone acima citado, em caso de qualquer dúvida ou esclarecimento. Também não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação.

É garantido o direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Fernandes Figueira, se encontra a disposição para eventuais esclarecimentos éticos e outras providências que se façam necessárias (e-mail: cepiff@iff.fiocruz.br; Telefones: 2554-1730/fax: 2552-8491).

Autorizações e assinaturas

“Eu, _____, autorizo voluntariamente a participação do meu filho/filha nesta pesquisa.

Declaro que li e entendi todo o conteúdo deste documento.

Assinatura _____

Data ____/____/____ Telefone _____

2 – Responsável pela Adolescente

Nome _____

Documento _____

Endereço/telefone _____

Assinatura _____

Data ____/____/____

3 - Investigador que obteve o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nome _____

Assinatura _____

TALE Versão 2 _____

Rubrica da gestante

Rubrica pesquisadora

ANEXO 1- RESOLUÇÃO (RDC) NÚMERO 36 DE 2008

Nº 105, quarta-feira, 4 de junho de 2008 50 ISSN 1677-7042 1 RESOLUÇÃO-RDC No - 36, DE 3 DE JUNHO DE 2008 Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso da atribuição que lhe confere o inciso IV do art. 11 do Regulamento aprovado pelo Decreto no - 3.029, de 16 de abril de 1999, e tendo em vista o disposto no inciso II e nos §§ 1o - e 3o - do art. 54 do Regimento Interno aprovado nos termos do Anexo I da Portaria no - 354 da ANVISA, de 11 de agosto de 2006, republicada no DOU de 21 de agosto de 2006, em reunião realizada em 29 de maio de 2008, e considerando as disposições constitucionais e a Lei Federal n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que trata das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde como direito fundamental do ser humano; considerando o disposto na Lei n. 9.782, de 26 de janeiro de 1999, que define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e dá outras providências, e que em seu artigo 7o - , parágrafos II e XIV estabelece a competência da Anvisa para regulamentar, controlar e fiscalizar produtos e serviços que envolvam risco à saúde pública; considerando a Lei n. 9656, de 03 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde e que, em seu Art. 17, § 3o, imputa responsabilidades às operadoras de planos de saúde nos casos de descumprimento das normas sanitárias em vigor por prestadores de serviço de saúde que façam parte de sua rede credenciada; considerando o lançamento do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, em 08 de março de 2004, pela Presidência da República e o disposto na Portaria MS/GM n. 399, de 22 de fevereiro de 2006, que aprova o Pacto pela Saúde 2006 e estabelece como metas a redução da mortalidade infantil e materna; considerando que parto e nascimento são acontecimentos de cunho familiar, social, cultural e preponderantemente fisiológico; considerando a Política de Humanização do Parto e Nascimento, instituída pela Portaria GM/MS n. 569, de 01 de junho de 2000, e a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão da Saúde, implementada pelo Ministério da Saúde em 2003; considerando o disposto na Portaria n. 1.067, de 04 de julho de 2005, que institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal; considerando a necessidade de instrumentalizar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e estabelecer parâmetros para funcionamento e avaliação dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. DEFINIÇÕES 3.1 Acolhimento: é um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram os

serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários. 3.2 Ambiência: ambientes físico, social, profissional e de relações interpessoais que devem estar relacionados a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana.. 3.4 Humanização da atenção e gestão da saúde: valorização da dimensão subjetiva e social, em todas as práticas de atenção e de gestão da saúde, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas, garantindo o acesso dos usuários às informações sobre saúde, inclusive sobre os profissionais que cuidam de sua saúde, respeitando o direito a acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha), e a valorização do trabalho e dos trabalhadores 4. CONDIÇÕES DE FUNCIONAMENTO 4.1 Organização 4.1.1 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve adotar as normas dispostas neste Regulamento Técnico. 4.1.2 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal com CNPJ próprio deve possuir alvará de licenciamento atualizado, expedido pelo órgão sanitário competente. 4.1.3 Todo Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal com CNPJ próprio deve estar inscrito e manter seus dados atualizados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES. 4.1.4 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve contar com infra-estrutura física, recursos humanos, equipamentos e materiais necessários à operacionalização do serviço, de acordo com a demanda e modalidade de assistência prestada. 4.1.5 A direção e o responsável técnico do Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal têm a responsabilidade de planejar, implantar e garantir a qualidade dos processos e a continuidade da assistência. 4.1.6 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve implantar e manter em funcionamento comissões, comitês e programas definidos em normas pertinentes. 4.1.6.1 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve implantar e manter em funcionamento comissão ou comitê hospitalar de análise de óbitos maternos, fetais e neonatais. 4.1.7 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve ter documento formal estabelecendo os serviços de referência e contrareferência, para garantir a continuidade da atenção. 4.1.7.1 As ocorrências relacionadas à referência e contrareferência devem ser registradas no prontuário de origem. 4.1.7.2 Os procedimentos de referência e contra-referência devem ser acompanhados por relatório de transferência, legível, com identificação e assinatura do profissional legalmente habilitado, que passará a integrar o prontuário no destino. 4.1.8 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve dispor de normas, protocolos e rotinas técnicas escritas e atualizadas, de fácil acesso a toda a equipe de saúde. 4.1.9 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve cumprir as normas pertinentes do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE). 4.1.10 O Serviço

de Atenção Obstétrica e Neonatal que realiza partos cirúrgicos deve possuir estrutura e condições técnicas para realização de partos normais sem distócia, conforme descrito neste regulamento.

5.2 Infra-estrutura Física

5.2.1 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve dispor de infra-estrutura física baseada na proposta assistencial, atribuições, atividades, complexidade, porte, grau de risco, com ambientes e instalações necessários à assistência e à realização dos procedimentos com segurança e qualidade.

5.2.2 A infra-estrutura física do Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve atender aos requisitos constantes no Anexo II desta Resolução, que alteram a RDC/Anvisa n. 50, de 21 de fevereiro de 2002.

5.3 RECURSOS HUMANOS

5.3.1 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve ter equipe dimensionada, quantitativa e qualitativamente, atendendo as normatizações vigentes, e de acordo com a proposta assistencial e perfil de demanda.

5.3.2 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve ter um responsável técnico (RT) e um substituto, legalmente habilitados pelo seu conselho de classe.

5.3.2.1 O órgão sanitário competente deve ser notificado sempre que houver alteração do RT ou de seu substituto.

5.3.3 A direção e o RT do Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal têm a responsabilidade de planejar e adotar ações para garantir a qualidade dos processos, incluindo: a) coordenação da equipe técnica; b) adoção de ações e medidas de humanização; c) elaboração de protocolos institucionais em conformidade com normas vigentes e com base científica comprovada; d) supervisão do pessoal técnico por profissional de nível superior legalmente habilitado durante o seu período de funcionamento; e) avaliação dos indicadores do serviço; f) rastreabilidade de todos os seus processos.

5.3.4 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve garantir educação permanente para seus trabalhadores, priorizando o controle, prevenção e eliminação de riscos sanitários, em conformidade com as atividades desenvolvidas.

5.3.4.1 As ações de educação permanente devem ser registradas, contendo nome do responsável, especificação de conteúdo, lista de participantes assinada, data e tempo de duração das atividades.

5.3.5 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve garantir a proteção das informações confidenciais dos usuários.

5.3.6 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve dispor de profissionais legalmente habilitados, capacitados e responsáveis pelas seguintes atividades: a) atendimento humanizado e seguro às mulheres, recém-nascidos, acompanhantes, familiares e visitantes; b) indicação e realização de procedimentos de forma individualizada e baseada nos protocolos institucionais; c) identificação de complicações obstétricas e neonatais para a imediata assistência ou encaminhamento a serviço de referência; d) participação nas ações de educação permanente; e) atendimento às urgências e emergências.

5.3.7. O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve manter em local visível a escala dos profissionais, incluindo

plantão, com nome dos profissionais, número do registro em conselho, quando couber, e horário de atendimento.

5.6 Processos Operacionais Assistenciais

5.6.1 O Serviço deve permitir a presença de acompanhante de livre escolha da mulher no acolhimento, trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

5.6.2 O Serviço deve promover ambiência acolhedora e ações de humanização da atenção à saúde.

5.6.3 A equipe do serviço de saúde deve estabelecer protocolos, normas e rotinas técnicas em conformidade com legislação vigente e base científica comprovada.

5.6.4 O serviço deve garantir a adoção de alojamento conjunto desde o nascimento.

5.6.5 Na recepção à mulher, o serviço deve garantir:

- 5.6.5.1 ambiente confortável para espera;
- 5.6.5.2 que toda mulher receba atendimento e orientação clara sobre sua condição e procedimentos a serem realizados;
- 5.6.5.3 avaliação inicial imediata da saúde materna e fetal, para definir atendimento prioritário;
- 5.6.5.4 avaliação do risco gestacional e definição do nível de assistência necessário na consulta inicial;
- 5.6.5.5 permanência da parturiente, quando necessária, em ambiente para observação e reavaliação;
- 5.6.5.6 transferência da mulher, em caso de necessidade, realizada após assegurar a existência de vaga no serviço de referência, em transporte adequado às necessidades e às condições estabelecidas na Portaria GM/MS n. 2048, de 05 de novembro de 2002.

5.6.6 Na assistência ao trabalho de parto, o serviço deve:

- 5.6.6.1 garantir a privacidade da parturiente e seu acompanhante;
- 5.6.6.2 proporcionar condições que permitam a deambulação e movimentação ativa da mulher, desde que não existam impedimentos clínicos;
- 5.6.6.3 proporcionar acesso a métodos não farmacológicos e não invasivos de alívio à dor e de estímulo à evolução fisiológica do trabalho de parto;
- 5.6.6.4 possibilitar que os períodos clínicos do parto sejam assistidos no mesmo ambiente;
- 5.6.6.5 realizar ausculta fetal intermitente; controle dos sinais vitais da parturiente; avaliação da dinâmica uterina, da altura da apresentação, da variedade de posição, do estado das membranas, das características do líquido amniótico, da dilatação e do apagamento cervical, com registro dessa evolução em partograma;
- 5.6.6.6 garantir à mulher condições de escolha das diversas posições no trabalho de parto, desde que não existam impedimentos clínicos;
- 5.6.6.7 estimular que os procedimentos adotados sejam baseados na avaliação individualizada e nos protocolos institucionais.

5.6.7 Na assistência ao parto e pós-parto imediato, o serviço deve:

- 5.6.7.1 garantir à mulher condições de escolha das diversas posições durante o parto, desde que não existam impedimentos clínicos;
- 5.6.7.2 estimular que os procedimentos adotados sejam baseados na avaliação individualizada e nos protocolos institucionais;
- 5.6.7.3 estimular o contato imediato, pele-a-pele, da mãe com o recém-nascido, favorecendo vínculo e evitando perda de calor;
- 5.6.7.4 possibilitar o controle de luminosidade, de temperatura e de ruídos no ambiente;
- 5.6.7.5 estimular o aleitamento

materno ainda no ambiente do parto; 5.6.7.6 garantir que o atendimento imediato ao recém-nascido seja realizado no mesmo ambiente do parto, sem interferir na interação mãe e filho, exceto em casos de impedimento clínico; 5.6.7.7 garantir que o recém-nascido não seja retirado do ambiente do parto sem identificação; 5.6.7.8 estimular que os procedimentos adotados nos cuidados com o recém-nascido sejam baseados na avaliação individualizada e nos protocolos institucionais; 5.6.7.9 garantir o monitoramento adequado da mulher e do recém-nascido, conforme protocolos institucionais, visando à detecção precoce de possíveis intercorrências; 5.6.7.10 garantir a realização de testes de triagem neonatal e imunização, conforme normas vigentes; 5.6.7.11 garantir que os partos cirúrgicos, quando realizados, ocorram em ambiente cirúrgico, sob assistência anestésica.

5.6.8 Na assistência ao puerpério, o serviço deve:

5.6.8.1 estimular o aleitamento materno sob livre demanda; 5.6.8.2 promover orientação e participação da mulher e família nos cuidados com o recém-nascido; 5.6.8.3 garantir a adoção de medidas imediatas no caso de intercorrências puerperais.

5.6.8.3.1 No caso de impossibilidade clínica da mulher de permanecer no alojamento conjunto, o recém-nascido sadio deve continuar nesse ambiente, com a garantia de permanência de seu acompanhante.

5.6.8.4 adotar o Método Canguru, quando indicado; 5.6.8.5 garantir que a mulher em uso de medicamentos ou portadora de patologias que possam interferir ou impedir a amamentação, tenha orientação clara e segura e apoio psicológico de acordo com as suas necessidades.

5.6.9 Na assistência à mulher gestante com intercorrências clínicas ou obstétricas, o serviço deve:

5.6.9.1 garantir a privacidade da gestante e seu acompanhante; 5.6.9.2 proporcionar condições que permitam a deambulação e movimentação ativa da mulher, desde que não existam impedimentos clínicos; 5.6.9.3 garantir o atendimento multiprofissional quando necessário; 5.6.9.4 garantir que a transferência da mulher, em caso de necessidade, seja realizada após assegurar a existência de vaga no serviço de referência, em transporte adequado às necessidades e às condições estabelecidas na Portaria GM/MS n. 2048, de 05 de novembro de 2002.

5.6.9.5 estimular que os procedimentos adotados sejam baseados na avaliação individualizada e nos protocolos institucionais.

5.7 Transporte de Pacientes

5.7.1 Em caso de transporte entre serviços de saúde, da mulher ou do recém-nascido, o mesmo deve ser acompanhado de relatório de transferência, a ser entregue no local de destino, e de profissional de saúde, conforme definido na Portaria GM/MS n. 2048, de 05 de novembro de 2002.

