

A prática do quarto passo da iniciativa hospital amigo da criança^a

The practice of the fourth step of the baby friendly hospital initiative

La práctica de la cuarta etapa de la iniciativa hospital amigo del niño

Eloana Ferreira D'Artibale¹

Luciana Olga Bercini²

1. Enfermeira. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. Maringá - PR, Brasil.

2. Enfermeira. Doutora. Professora do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. Maringá - PR, Brasil.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar os fatores envolvidos na prática do quarto passo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, a partir da vivência das puérperas internadas em um Hospital Amigo da Criança. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada de novembro de 2011 a janeiro de 2012, por meio de observação sistemática não participante dos partos, e entrevista semiestruturada com 16 sujeitos. Para o tratamento dos dados, foi aplicada a análise de conteúdo modalidade temática. **Resultados:** Os principais obstáculos para a efetivação do quarto passo foram a prioridade dada aos cuidados de rotina após o nascimento, o parto cesáreo e o processo de trabalho dispar das determinações da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. **Conclusão:** Conclui-se ser necessária a (re)construção e a reflexão de saberes e práticas acerca deste passo.

Palavras-chave: Interação mãe-filho; Aleitamento materno; Humanização da assistência; Enfermagem; Prática profissional.

ABSTRACT

Objective: Analyze the factors involved in the practice of the fourth step of the Baby Friendly Hospital Initiative, from the experience of postpartum women admitted to a Baby Friendly Hospital. **Methods:** This is a descriptive, exploratory study, in which a qualitative approach was used. Data was collected from November 2011 to January 2012, through systematic observation of non-participating deliveries and semi-structured interviews with 16 subjects. For the data treatment, the thematic modality content analysis was applied. **Results:** The main obstacles to the realization of the fourth step were the priority given to routine care after birth, cesarean delivery and the different work process promoted by the determinations of the Baby Friendly Hospital Initiative. **Conclusion:** We conclude that reflection upon, and (re)construction of, knowledge and practices concerning this step are necessary.

Keywords: Mother-Child Relations; Breast Feeding; Humanization of Assistance; Nursing; Professional Practice.

RESUMEN

Objetivo: Analizar los factores implicados en la práctica de la cuarta etapa de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño a partir de la experiencia de las puérperas internadas. **Métodos:** Se trata de un estudio descriptivo, exploratorio, con abordaje cualitativo. La recolección de datos fue realizada de noviembre de 2011 a enero de 2012, por medio de la observación sistemática no participante de los partos, apuntes de diario de campo y entrevista semiestructurada con 16 sujetos. Para el tratamiento de los datos, fue aplicado el análisis de contenido modalidad temática. **Resultados:** Los principales obstáculos para la realización del cuarto paso fueron la prioridad dada a los cuidados de rutina tras el nacimiento, el parto por cesárea y el proceso de trabajo dispar de las determinaciones de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño. **Conclusión:** Se concluye que es necesaria la (re)construcción y reflexión de saberes y prácticas acerca de esa etapa.

Palabras-clave: Interacción Madre-Hijo; Lactancia Materna; Humanización de la Asistencia; Enfermería; Práctica Profesional.

Autor correspondente:

Eloana Ferreira D'Artibale.
E-mail: eloana_dartibale@hotmail.com

Recebido em 26/10/2012.
Reapresentado em 25/07/2013.
Aprovado em 01/09/2013.

DOI: 10.5935/1414-8145.20140052

INTRODUÇÃO

O contato e a amamentação, logo após o parto, são recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e correspondem ao quarto passo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), que preconiza que os hospitais credenciados devem "colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães imediatamente após o parto, por no mínimo uma hora, e encorajar as mães a reconhecerem quando seus bebês estão prontos para serem amamentados, oferecendo ajuda se necessário"^{1,135}.

O contato pele a pele, logo após o nascimento, favorece o estabelecimento do vínculo mãe-filho, acarretando benefícios físicos e psíquicos para ambos. Com este contato, o bebê se mantém aquecido por meio do calor do corpo da mãe, o que evita a hipotermia, auxilia na adaptação da transição fetal-neonatal e favorece a colonização do intestino do recém-nascido (RN) por microrganismos da flora cutânea materna, conferindo ao neonato maior imunidade. Além disso, também proporciona ao RN sucção eficiente e eficaz, que tem como resultado o aumento na prevalência e duração da lactação e diminuição do índice de mortalidade neonatal²⁻⁴.

A produção hormonal, desencadeada pelo estímulo deste contato, também afeta a saúde da mulher, visto que facilita as trocas fisiológicas da condição de grávida para puérpera e ajuda, em menor tempo, a dequitação da placenta, por ação da ocitocina e dos movimentos que o RN realiza com os pés no ventre materno, o que acarreta a diminuição do risco de hemorragia pós-parto, além de proporcionar menor risco de câncer de mama, em decorrência da amamentação^{4,5}.

Diante destas evidências científicas, estudos retratam a superioridade dos benefícios do contato pele a pele, logo após o parto, em comparação com o contato que se dá com o RN enrolado em panos ou com roupas; entretanto, verifica-se que, ainda assim, este contato com o bebê envolto com panos ou roupas, quando logo após o nascimento, mostra ser significativo e valioso para a relação mãe-filho⁶.

Quando a interação entre o binômio é iniciada logo após o parto, ocorre a humanização e a qualificação da assistência prestada à mulher e ao RN, sendo que a finalidade desta assistência é manter mulheres e RNs saudáveis, com o mínimo de intervenções médicas, buscando garantir a segurança de ambos⁷.

Embora esses benefícios sejam cientificamente comprovados, estudos mostram que a prática do quarto passo ainda não está totalmente consolidada nos serviços que atendem à mulher e à criança, sendo essa realidade resultado da fragmentação da assistência, conhecimento inadequado das mulheres e profissionais em relação ao assunto, registro inadequado das informações, tipo de parto, falta de profissionais, entre outros motivos que merecem maior análise, principalmente sob a perspectiva da mulher, que é quem vivencia essas ações e suas consequências^{5,8,9}.

Em face do exposto, este estudo tem como objetivo analisar os fatores envolvidos na prática do quarto passo da IHAC a partir da vivência das puérperas internadas em um Hospital Amigo da Criança (HAC), uma vez que, ao conhecer estes fatores, pode-se

atuar no sentido de favorecer o contato e amamentação precoces, práticas consideradas essenciais para a relação mãe-filho.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa, que ocorreu de novembro de 2011 a janeiro de 2012 em um hospital universitário da região Sul do Paraná, o qual é um HAC desde 2003. Este hospital é referência para alto risco de gestantes dos municípios participantes da 15ª Regional de Saúde. De acordo com o registro interno, são realizados, em média, 28 partos normais e 41 cesarianas por mês. No ano de 2011, foram realizados 339 partos normais e 491 cesarianas.

Esta instituição tem a capacidade de internação para quinze mulheres no setor de Ginecologia e Obstetrícia (GO), local onde mãe e filho são conduzidos após o parto, ficando em regime de Alojamento Conjunto (AC) até o momento da alta, exceto nos casos em que houver contra indicação ou impedimento desta relação. Neste contexto, eles são assistidos por uma equipe multidisciplinar. Como parte desta equipe, a enfermagem, que acompanha o binômio constantemente, é constituída por uma enfermeira e duas técnicas de enfermagem a cada turno.

Mediante a realidade retratada, o critério de inclusão estabelecido para seleção dos sujeitos do estudo foi: mulher com 18 anos ou mais, que estivesse apta a realizar contato e amamentação após o nascimento, estando após o parto internada no AC da Clínica de GO do hospital campo deste estudo.

Os critérios de exclusão foram mulheres que apresentaram incapacidade e/ou impedimento para estabelecer o contato e o aleitamento materno (AM) precoces, por patologias ou complicações do parto, casos de óbito fetal ou neonatal precoce ou óbito materno e as que se recusaram a participar da pesquisa.

Portanto, atendendo às determinações supracitadas, fizeram parte da pesquisa 16 puérperas. A quantidade de indivíduos foi determinada pelo alcance dos objetivos, levando em conta que a validade do indicante de sujeitos está na sua potencialidade de objetivar o objeto empiricamente, em todas as suas dimensões, pois, na busca qualitativa, o pesquisador deve se preocupar menos com a generalização e mais com o aprofundamento, a abrangência e a diversidade no processo de compreensão do grupo a ser investigado¹⁰.

A coleta de dados foi realizada por meio da observação sistemática não participante no intra e pós-parto, a qual seguiu um roteiro, em que foi registrado o horário de início e término do parto, horário e a forma como ocorreu o estabelecimento do contato e da amamentação, estado geral da mãe e do bebê e motivo do término do contato.

Vale ressaltar que, como parte da observação, além da aplicação do roteiro, foram realizadas anotações em diário de campo, com informações sobre práticas e posturas das mulheres e profissionais envolvidos no contexto, que estiveram associadas ao contato e amamentação precoces, proporcionando, assim, mais elementos para a análise do fenômeno em questão.

No parto normal, a observação teve início na fase expulsiva do trabalho de parto e na cesariana, no momento da anestesia,

seguindo até o instante em que a mãe e o RN estavam no AC da GO. Assim, a observação ocorreu no centro cirúrgico (CC) e no AC, porém, no último ambiente, a observação não durou mais que 15 minutos, visto que a puérpera mostrava-se constrangida em interagir com seu filho e os familiares na presença de um observador, sendo então encerrada a observação. O tempo mínimo e máximo da duração da observação foram, respectivamente, 28 e 108 minutos, e o tempo total das observações foi de 954 minutos.

Para coleta de dados, também foi realizada uma entrevista semiestruturada com as puérperas, que aconteceu após o parto, respeitando o período de recuperação da mãe. A questão norteadora do estudo foi: Quais os fatores envolvidos na prática do contato e da amamentação precoces entre mães que tiveram seus filhos no contexto de um HAC? Foi utilizado um instrumento que continha perguntas referentes à descrição de como foi o parto, onde, como e quando ocorreram o contato e a amamentação e quais os profissionais ou acompanhantes que as auxiliaram naquele momento.

Para interpretação das informações obtidas, tanto por meio da entrevista como da observação não participante e suas notas de diário de campo, utilizou-se a análise de conteúdo, modalidade temática que se desdobra em três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, inferência e interpretação¹⁰.

Na primeira fase, a transcrição dos dados foi feita na íntegra, e realizou-se uma leitura flutuante do material, passando posteriormente a ter contato exaustivo com o material. Na segunda fase, houve a seleção das unidades de registro, com a escolha e codificação das informações mediante a convergência com o fenômeno investigado. Desta forma, foram distribuídas as unidades temáticas com base em um grupo de informações em comum, ou seja, os dados foram categorizados.

Na última fase, as informações mostraram-se significativas e válidas, pois, tendo à disposição os dados organizados, pôde-se tratar e compreender o fenômeno investigado, bem como contrapô-lo e aproximá-lo de estudos científicos e determinações governamentais da área. Assim, na análise emergiram duas categorias: prática assistencial ao parto e suas implicações com o quarto passo e o processo de trabalho e sua relação com o quarto passo.

Para manter o anonimato das entrevistadas, optou-se por identificá-los pelas siglas E1, E2, E3 sequencialmente. A indicação numérica foi atribuída de acordo com o andamento da realização das entrevistas, na qual E1 representa o primeiro entrevistado e E16 o último. O estudo esteve em consonância com as diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Parecer 509/2009).

RESULTADOS

As participantes deste estudo tinham idades entre 18 e 34 anos, com média de 26,06 anos. Em relação à situação conjugal, apenas duas mulheres não tinham companheiro, sendo uma viúva

e a outra solteira. A escolaridade mostrou-se heterogênea, visto que o grupo abrangeu desde mulheres que não haviam completado o ensino fundamental até uma cursando o ensino superior.

Quanto às características obstétricas das participantes, onze possuíam histórico de parto anterior ao da investigação. A idade gestacional compreendeu entre 37 e 40 semanas, com média de 39,06 semanas, caracterizando os RNs como a termo. No que concerne aos partos, dez foram eutócitos. Tais características servem para conhecer mais profundamente os sujeitos e tentar compreender a realidade tal como elaborada por eles. Para tanto, também se faz necessário contextualizar as práticas relacionadas ao quarto passo da IHAC da instituição campo do estudo, descritas a seguir:

Habitualmente, assim que o RN nasce, ele é recepcionado pelo obstetra, que em seguida entrega o bebê para a equipe de pediatria, a qual o encaminha para o berço aquecido, procedendo, assim, os cuidados de rotina (CR), que envolvem secar, aspirar, avaliar, registrar, identificar e administrar vitamina K no bebê, e, nos casos de partos eutócitos, o uso do colírio de Nitrato de Prata 1%.

Após estes cuidados, a equipe de pediatria leva o RN envolto em cobertores até a puérpera, proporcionando o primeiro contato entre ambos. Geralmente, nos partos normais, o bebê é entregue para a mulher neste instante, ficando com ela até chegarem ao AC. Em parto cesáreo, isto não acontece. O RN retorna ao berço aquecido ou fica no colo do pai, caso este esteja presente.

Com o término do parto, o RN é encaminhado com a mãe, para o AC da GO. Comumente, mãe e filho saem do CC juntos na maca, exceto em casos de complicações maternas ou do RN, ou nos episódios nos quais o bebê é entregue aos familiares da puérpera na saída do CC.

Quando encaminhados para a clínica da GO, ao chegar ao setor, o binômio frequentemente é separado, para que a equipe de enfermagem possa transferir a puérpera da maca para o leito. Neste momento, os profissionais de enfermagem realizam CR específicos daquele setor, que se caracterizam em um breve exame físico da mãe e do RN, vestem o bebê e, em seguida, entregam-no para a puérpera, a qual é incentivada e orientada a amamentar.

Prática assistencial ao parto e suas implicações com o quarto passo

A Tabela 1 apresenta o tempo transcorrido do nascimento até a realização do contato físico (CF) e do AM entre o binômio, a duração e o motivo do término do CF. O CF foi considerado qualquer interação que levasse ao toque, desde um beijo até o contato pele a pele.

O tempo transcorrido do nascimento até o início do CF variou de 0 a 99 minutos. Em nenhum dos partos cesáreos o RN foi deixado junto à mãe logo que nasceu, mas entregue a ela somente no fim da cirurgia. As mulheres dizem que, logo após o parto, foram prestados cuidados imediatos ao RN, antes mesmo que o bebê lhes fosse entregue.

Tabela 1. Estabelecimento do contato e amamentação precoces. Maringá, PR, 2011

Sujeitos	Tipo de parto	Início do CF	Duração do CF	Início do AM	Motivo para o término do CF
		T	T	t	
E1	N	0'	1'	17'	Obstetra entregou o RN para o pediatra realizar os cuidados de rotina no CC.
E2	C	99'	14'	99'	Enfermeira cessa o contato dizendo que o RN estava ficando "geladinho".
E3	C	6'	< 1'	71'	Aluno de medicina, após apresentar o RN à mãe, leva-o para o berço aquecido no CC.
E4	C	6'	< 1'	80'	Aluno de medicina, após apresentar o RN à mãe, leva-o para o berço aquecido no CC.
E5	N	8'	4'	48'	RN é entregue para a avó, para que a puérpera possa ser transferida para a maca.
E6	C	5'	< 1'	68'	Aluno de medicina, após apresentar o RN à mãe, leva-o para o berço aquecido no CC.
E7	C	55'	07'	55'	Enfermagem separa o binômio, para alocar a mãe no leito do AC e realizar o exame físico no RN e na mãe.
E8	N	23'	9'	23'	Enfermagem separa o binômio, para alocar a mãe no leito do AC e realizar o exame físico no RN e na mãe.
E9	N	34'	11'	34'	Enfermagem separa o binômio, para alocar a mãe no leito do AC e realizar o exame físico no RN e na mãe.
E10	N	8'	3'	8'	Enfermagem separa o binômio dizendo ao RN que a mãe está cansada.
E11	N	10'	16'	45'	Enfermagem separa o binômio, para alocar a mãe no leito do AC e realizar o exame físico no RN e na mãe.
E12	N	6'	9'	33'	Enfermagem separa o binômio, para levar o RN até o pai, que estava ao lado de fora do CC.
E13	N	8'	7'	8'	Mãe solicitou que pegassem o RN.
E14	N	8'	7'	68'	Mãe pede para retirarem o RN.
E15	N	0'	< 1'	12'	Obstetra entregou o RN para o pediatra realizar os cuidados de rotina no CC.
E16	C	57'	8'	87'	Enfermagem separa o binômio, para entregar o RN para o pai segurar.

CF: Contato físico; AM: Aleitamento materno; CC: Centro cirúrgico; AC: Alojamento conjunto; N: Parto normal; C: Parto cesáreo; ' Tempo em minutos.

[...] primeiro eles limparam um pouquinho ela e trouxeram já para eu ver. Estava fazendo os pontos ainda. Estava enroladinho (E9).

[...] primeiro levaram ele para a pediatra, para avaliar, mas depois ele veio, ficou um tempinho lá, acho que tomou uma vacina, alguma coisa assim, e aí ele já veio com ela (E10).

O CF imediato ao parto ocorreu apenas em dois casos de parto normal, nos quais o RN foi colocado imediatamente após

o nascimento sobre o ventre materno; em ambos os casos, a mãe estava com a camisola fechada na frente, não ocorrendo, portanto, o contato pele a pele. Nesses casos, além do CF não ter sido pele a pele, perdurou poucos segundos:

Na hora do parto, na hora que eu ganhei, sim. Logo em seguida, colocaram em cima de mim, mas não deixaram amamentar na hora. Poderiam ter deixado amamentar. [...] Ele tinha acabado de nascer, estava quentinho, bastante ensanguentado, sem roupinha, sem nada (E1).

Quando o bebê nasce, a residente de obstetrícia já o coloca sob o abdômen da mãe, que, ainda um pouco cansada, se mostra feliz. Com menos de um minuto, ambos se separam, o neonato é encaminhado para o berço aquecido, onde são iniciados os CR (Notas de diário de campo - E16).

No caso que foi necessária a espera de 99 minutos para início do CF, não se observou a necessidade de atenção imediata à mãe e/ou ao RN que justificasse esta demora, visto que ambos estavam ativos e receptivos à interação. Por meio da observação não participante, foi identificado que esta demora para o início do CF esteve relacionada à postura dos profissionais em manter o RN no berço até o término do procedimento e encaminhamento da mulher ao AC, assim como em decorrências do tipo de parto (cesáreo).

Ademais, neste caso, o fato de a paciente em questão ser obesa influenciou o momento da sua transferência para a maca após o término do procedimento cirúrgico, exigindo mais de um profissional para que esta assistência fosse realizada de forma segura, o que foi inviável no momento, pois os demais funcionários estavam envolvidos em outras atividades.

Terminados os procedimentos, a mulher permanece na mesa cirúrgica aguardando sua transferência para a maca e para o AC. Enquanto isso, a criança fica no berço aquecido. A técnica de enfermagem, enquanto arruma e limpa a sala, vai até a puérpera e explica que está aguardando outro profissional para ajudá-la a transferi-los (Notas de diário de campo - E2).

Outro fator que contribuiu para retardar o início do CF nesse episódio foi o fato de que, no momento da saída da mãe da sala de cirurgia, instante em que rotineiramente neste serviço o bebê é entregue para a mãe, o técnico de enfermagem receoso que o RN não estivesse seguro junto à mãe, considerando que a maca era estreita para que ambos ficassem juntos e que a mulher se encontrava com mobilidade comprometida pela ação anestésica, preferiu deixar o bebê entre as pernas da mãe, o que avaliou ser mais seguro. Desse modo, o CF só foi acontecer no AC.

Ainda que as circunstâncias expostas tenham sido relacionadas a este caso específico, estes fatores também puderam ser observados em outras situações acompanhadas durante o estudo, sendo relevantes para a demora do início do CF. Destarte, o fato do atraso para o início do CF entre a mulher e o RN, assim como o curto período de permanência do CF nos casos nos quais este ocorreu logo após o parto, mostraram ser consequência, além da prioridade dada aos CR, da monitoração contínua da paciente e da utilização da anestesia nas cesarianas, que acabaram por comprometer as ações motoras da mulher, gerando receio da equipe em deixar o RN junto à mãe.

No tocante ao tempo decorrido da hora do nascimento até a primeira mamada/início da sucção, notou-se uma variação de 8 a 99 minutos. Em dez casos, houve a amamentação/sucção dentro da primeira hora de nascimento. O tempo de duração da

primeira mamada não foi marcado, pois, em metade dos casos, tal prática teve início somente no AC, onde a presença do observador constrangia as participantes, sendo cessada, portanto, a coleta de dados. Mesmo que, na maioria das interações, o AM tenha ocorrido ainda dentro da primeira hora após o parto, como observado, verificou-se em dez casos que o CF não foi seguido da amamentação/sucção do RN.

Ainda, sendo parte da prática assistencial ao parto, percebeu-se que os motivos encontrados para a separação do binômio após o primeiro CF foram distintos, conforme apresentado na Tabela 1, envolvendo desde a retirada do bebê para os CR até o pedido da própria mulher, por não se sentir segura.

[...] assim que ela acabou de nascer, que ela cortou o umbigo dele, ela já colocou na minha barriga, daí depois ela pegou para fazer os cuidados dele, os procedimentos lá, da pesagem acho, do olhinho lá... (E15).

[...]Ja mãe pede para que alguém segure o bebê, pois estava sentindo dor, e com medo de derrubá-lo (Notas de diário de campo - E13).

O processo de trabalho e sua relação com o quarto passo

Apesar de os profissionais de saúde não terem se constituído como objeto deste estudo, foi impossível dissociar o paciente e o profissional do contexto do cuidado, pois ambos se complementavam e se integravam, gerando uma dependência na relação assistencial.

A dinâmica do processo de trabalho da equipe de saúde em torno do quarto passo apresentou, na maior parte das vezes, uma assistência fragmentada, na qual a equipe médica mostrou ter sua atuação com caráter predominantemente curativo, por preocupar-se em manter a saúde biológica e estabilidade da criança e da mãe, e a equipe de enfermagem, com caráter prático, assistencial e gerencial, por fornecer cuidados às necessidades básicas humanas de ambos após o parto.

Apesar de as ações da equipe de enfermagem visarem o cuidado holístico, independente da especificidade de cada setor, observa-se que o processo de trabalho da enfermagem desenvolvido tanto no CC quanto na clínica de GO tinha foco diferente de atendimento.

A atribuição da função assistencial do contato e na amamentação precoces, na maioria das vezes, era deixada a cargo da equipe da GO, isto é, quando o binômio chegava ao AC. De tal modo, esta prática nem sempre era valorizada nem priorizada pela equipe do CC.

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

depois você amamenta, lá na maternidade. A enfermeira, olhando para mim e para a mãe, diz: deveriam inventar um jeito de deixar a mãe mais confortável, é complicado amamentar deitado, e é complicado que aqui não é uma maternidade, é um CC. É ruim, a mulher fica exposta (Notas de diário de campo - E14).

Ainda que a assistência não tenha sido prestada de acordo com as determinações do MS, e por toda equipe logo após o parto, a equipe de enfermagem se destacou no cuidado, mesmo que não estivesse diretamente relacionado ao quarto passo, o que foi comprovado por meio dos relatos das participantes e pelas notas de diário de campo:

[...] a sucção foi questão imediata, a gente veio para o quarto, eu sentei, aí já veio a enfermeira, já colocou ele no meu colo, aí a gente já começou essa interação de amamentação (E10).

Ajuda do meu esposo, é que a enfermeira ensinou, depois a gente foi... (E2).

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

Considerando que o processo de trabalho integra, além dos aspectos humanos, o meio no qual o indivíduo se encontra, verificou-se, também, que a falta e/ou não uso de alguns equipamentos hospitalares, que poderiam facilitar o parto e a disponibilidade limitada de alguns profissionais de saúde em auxiliar o binômio, foram alguns fatores que poderiam estar interferindo na prática do contato e amamentação precoces.

Tem as bolas, tem a cadeira especial, tem a banquetela de parto. Só que eu achei que o CC, ele ainda carece um pouco de estrutura, porque é aquela mesa ginecológica. Então, ela não dá muito suporte para você ter algo humanizado (E10).

A técnica de enfermagem cobre o binômio, e observa a tentativa da mãe em amamentar. Em seguida, diz que só o contato que ela está realizando já é muito importante, que ela pode só deixar o RN com a boca encostada no mamilo que já ajuda, sem auxiliar a mulher, a técnica logo se retira. A mãe continua tentando amamentar dizendo ao seu filho: não chora, a mamãe vai dar mamá para você (Notas de diário de campo - E1).

Diante dos fatos, apesar da importância do gerenciamento desse processo em prol de um trabalho que seja humano e voltado às reais necessidades do binômio, o processo de

trabalho mostrou, por vezes, ter sua sistemática influenciada por fatores intrínsecos e extrínsecos a ele, uma vez que o seu andamento se torna, em algumas situações, inerente à vontade ou à sistemática preestabelecida:

Após o nascimento do bebê, a equipe é informada que está entrando um parto normal do pronto atendimento. A residente de pediatria fica preocupada, pois está sozinha no CC para realizar a recepção e os cuidados aos RNs. Há uma pediatra na UTI-NEO, mas caso ela não possa comparecer, a residente é quem deve atender os dois RNs. O obstetra acalma a mãe que ouviu a conversa: está tudo bem, mãe. Neném grandão, está com outro parto entrando, não dá muito tempo de te mostrar ele, mas agora você vai ouvindo. A residente realiza os CR rapidamente... instantes depois, avisam que a pediatra já entrou no outro parto. A residente, mais calma, termina os cuidados com o RN, e às 15h35min, leva o RN até a mãe, o coloca bem pertinho do rosto da mulher, que emocionada, sorri. Fala baixinho com o seu filho e o beija na testa (Notas de diário de campo - E6).

DISCUSSÃO

Os resultados mostraram que a prática assistencial ainda se encontra em desacordo com as determinações instituídas pela IHAC e pela política de humanização do parto, realidade esta demonstrada pela análise da Tabela 1, depoimentos e notas de diário de campo. Esses dados evidenciam como fatores envolvidos na prática do quarto passo os aspectos culturais, prático/teóricos dos profissionais e físicos/políticos da instituição, a prioridade dada aos CR e o tipo de parto.

Os aspectos socioculturais relacionados ao quarto passo da IHAC, ainda que indiretamente retratados, demonstram exercer influência na prática do contato e amamentação precoce. As mulheres demonstram valorizar o contato e amamentação logo após o parto, mas ainda se mostram, assim como os profissionais, ligadas ao modelo biomédico. Não houve oposição de ambas as partes à prioridade dada aos CR.

Essa relação também foi demonstrada em estudo desenvolvido na Tailândia, no qual as mulheres de uma determinada comunidade valorizam o exercício da amamentação, porém não a praticam logo após o parto e nem realizam o contato pele a pele, pois os cuidados ao RN imediatamente após o nascimento costumam ser priorizados, além de a criança ser entregue para a mãe já enrolada a panos. A população e os profissionais acreditam que manter o bebê envolto por tecidos favorece que o neonato se sinta mais seguro, além de mantê-lo protegido de espíritos malignos¹¹.

Apesar da individualidade, valores e crenças de cada grupo, estudos de várias nacionalidades enfatizam a importância e benefícios do contato precoce, que, quando ocorre, gera amamentação mais eficaz e duradoura, além da satisfação da mulher quanto à proximidade mãe-filho^{6,11,12}.

Em relação ao tipo de parto, a cesariana foi vista como fator que contribuiu para o adiamento do contato e da primeira mamada. Apesar de esta constatação não ser passível de generalização devido ao número de sujeitos deste estudo, outras pesquisas, nacionais e internacionais, mostraram, de forma estatística, haver relação significativa entre contato pele a pele e o parto cesáreo, sendo essa relação inversamente proporcional^{13,14}.

A cesariana é vista como um fator de risco para a concretização do quarto passo, na medida em que interfere na capacidade da mãe de se movimentar, pela situação e posicionamento decorrentes do procedimento cirúrgico e pelo efeito da anestesia, que por sua vez, pode interferir na condição de alerta da mãe e do bebê⁸.

Neste estudo, observou-se como fator relevante para o sucesso do contato e amamentação precoces a disponibilidade de profissionais qualificados para darem suporte psicobiológico à mulher no momento desse primeiro encontro. Visto que o parto é um acontecimento de grande amplitude emocional e física, no qual fatores fisiológicos, sociais, culturais e psicológicos interatuam, constitui-se a necessidade de acompanhamento e atenção à mulher^{12,15}.

Todo este processo depende de uma ação contínua, dinâmica e integrada entre os profissionais de saúde, sendo necessário que eles estejam capacitados e envolvidos com os propósitos institucionais e políticos preconizados pela IHAC e que o hospital em questão defende. Tal situação também ficou evidenciada em estudo transversal de coorte envolvendo 1.309 pares de mãe-filho⁸. Para tanto, é importante o preparo e a conscientização dos profissionais de saúde, inclusive entre a equipe de enfermagem, que é quem presta assistência constante e direta à paciente.

Em situações nas quais os profissionais se encontravam em número insuficiente para assistir a mulher de forma adequada no CC, a maca era estreita e não havia apoio e orientação em momentos oportunos por parte dos profissionais, que interferiram de forma negativa na prática do quarto passo. Essas ocorrências também foram retratadas em estudo brasileiro, que defende que o contato pele a pele, por ser uma técnica simples, não justifica as dificuldades descritas para que o quarto passo não aconteça, pois o contato e a amamentação precoces se tratam de medidas de baixo custo e de fácil aplicabilidade, que são determinantes para o sucesso do AM⁵.

Levando em conta as recomendações que visam humanizar e qualificar a assistência ao binômio, observa-se que, em dois casos de parto normal, houve o contato imediatamente após o nascimento, ação que condiz com as determinações da IHAC. Porém, a interação ainda que firmada precocemente, foi breve e sem o contato pele a pele, o que deve ser repensado. Um estudo desenvolvido no sul da Califórnia comprovou que, além do início precoce, a duração do contato pele a pele é determinante para a eficácia da amamentação e para prevalência do AM exclusivo¹⁴.

Quando se estabelece o contato pele a pele, por no mínimo uma hora, é favorecido o desencadeamento de ações comportamentais de pré-amamentação no RN, descritos como um breve

descanso em estado alerta para se adaptar ao novo ambiente; levar as mãos à boca, fazendo tentativas de sucção, sons e tocar o mamilo com a mão; focar a área escura da mama; movimentar-se em direção à mama e procurá-la, e encontrar a área do mamilo e pegar a mama com a boca aberta⁷. Esta descoberta pode ser uma justificativa para que a amamentação em dez dos casos acompanhados não tenha ocorrido logo após o CF, visto que os bebês foram entregues, para suas mães, na maioria das vezes, enrolado em panos, o que pode comprometer as ações comportamentais de pré-amamentação do RN, descritas anteriormente.

Ainda que o AM não tenha sido desencadeado pelo contato pele a pele na sala de parto, foi observado que, em dez casos, o primeiro encontro do RN com a mãe ocorreu dentro da primeira hora após o parto, que é um período descrito como "sensitivo" e extremamente importante para o início do AM. Os RNs estão mais sensíveis a estímulos táteis, térmicos e de odores, e os níveis de catecolaminas estão elevados, favorecendo ações relevantes e benéficas para o início da amamentação¹⁶.

Um estudo tailandês defende que a amamentação, ainda que iniciada depois dos cuidados prestados ao RN, quando acontece o mais cedo possível, pode favorecer a duração e prevalência do AM, atenuando, assim, as consequências da ausência do contato pele a pele e da amamentação logo após o nascimento¹¹.

Como observado nos resultados, os motivos apresentados para a separação do binômio logo após o parto foram distintos, estando, na maioria das vezes, relacionados aos CR e, por vezes, a pedido da mulher. Diante de todo o referencial tratado até o momento, estas justificativas não se mostram como necessidades primárias, até mesmo porque a mãe e a o neonato estavam ativos e receptivos para este encontro, sem risco eminente de morte. Portanto, os cuidados de assistência ao RN poderiam ter sido postergados, como também medidas de conforto, apoio e orientação poderiam ter sido implementadas, evitando assim, o adiamento do contato mãe e filho.

Nesse universo, que todos os elementos apresentados resultam de forma direta e indireta no processo de trabalho, tornou-se relevante a discussão desse assunto. O processo de trabalho se caracteriza como a interação do ser humano com a natureza, sendo apresentado como a transformação de um objeto determinado em produto determinado, por meio da ação humana¹⁷.

Como notado no estudo, a dinâmica de atendimento mostrou-se fragmentada, tanto em relação ao trabalho de equipes quanto na questão setorial. Esta discrepância resultou em um cuidado nem sempre contínuo e coerente com as determinações da IHAC. Assim, os obstáculos para o início do contato e da amamentação coincidem com achados de outro estudo, que mostra ainda haver falta de continuidade na transição de cuidados entre enfermeiros, assistência defasada no pós-parto, políticas hospitalares inadequadas e educação limitada dos profissionais de enfermagem⁹.

Buscando corrigir este déficit, é necessário repensar um novo modelo assistencial em saúde centrado no usuário, sendo fundamental ressignificar o processo de trabalho. Esta

ressignificação exige a mudança da finalidade deste processo, que passa a ser a produção do cuidado, na perspectiva da autonomia do sujeito, orientada pelo princípio da integralidade e requerendo como ferramentas: a interdisciplinaridade, a inter-setorialidade, o trabalho em equipe, a humanização dos serviços e a criação de vínculos usuário/profissional/equipe de saúde¹⁸.

As relações com o mundo exterior e os fatores determinantes da identidade da organização influenciam na evolução, mudanças e desenvolvimento das organizações¹⁶. Esse fato, apresentado em um dos partos, demonstrou que há ocasiões que são inerentes à vontade e a sistemáticas preestabelecidas. Porém, nestas situações, é oportuno que a equipe se planeje e se organize da melhor forma possível, adaptando-se aos fatores emergentes, para que desenvolva medidas de assistência coerentes com os preceitos da IHAC.

Destarte, é essencial (re)pensar práticas, a sua relação com o embasamento teórico-científico, a singularidade de cada sujeito, as políticas institucionais estabelecidas e a capacitação dos profissionais. Só assim é possível traçar estratégias que venham a suprir as lacunas que inviabilizam ou dificultam a efetivação das medidas instituídas pela IHAC, principalmente no que diz respeito ao quarto passo.

CONCLUSÃO

O estudo revelou que a prática do quarto passo está condicionada a fatores pessoais, culturais e emocionais das mães, dos profissionais envolvidos nesta vivência, além dos elementos estruturais e organizacionais da instituição. Dentro deste universo, os principais obstáculos para a efetivação do quarto passo foram a prioridade dada aos CR, o parto cesáreo e o processo de trabalho dispar das determinações da IHAC.

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

O envolvimento de vários setores do serviço, principalmente do CC e GO, e a rotatividade de profissionais na atenção dispensada ao binômio, resultaram em um cuidado fragmentado e descontinuado, que acabou por adiar e/ou interromper o contato e a amamentação precoces. Diante desta circunstância, torna-se pertinente desenvolver ações que promovam a capacitação de todos os profissionais que assistem estas mulheres em relação à importância do contato e da amamentação precoces, assim como do impacto que uma assistência imediata e de qualidade decorre para a saúde materno-infantil, de modo que se instaure um cuidado contínuo, holístico e integral ao binômio.

Além disso, são importantes o trabalho conjunto e continuado dos profissionais do CC e da GO que assistem estas mulheres, readequação organizacional, instrumental e institucional voltada às determinações do IHAC e desenvolvimento de práticas condizentes com evidências científicas. Tais medidas podem influenciar a curto e longo prazo na qualidade da assistência, contribuindo para a consolidação e/ou efetivação do quarto passo da IHAC.

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

Tem-se como limitação da pesquisa o fato de o número de sujeitos não ser passível de generalizações; todavia, os dados da pesquisa são válidos, pois instigam a um pensamento crítico-reflexivo dos profissionais sobre a importância de modificações nas práticas e saberes que modulam a atenção em relação ao fenômeno investigado. Deste modo, o estudo é pertinente para que profissionais da saúde se sensibilizem, compartilhem e contribuam para que o quarto passo da IHAC seja de fato consolidado.

REFERÊNCIAS

1. Fundo das Nações Unidas para a Infância (BR). Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: modulo 2: fortalecendo e sustentando a iniciativa hospital amigo da criança: um curso para gestores. Brasília (DF); 2009.
2. Barbosa V, Orlandi FS, Dupas G, Beretta MIR, Fabbro MRC. Aleitamento Materno na sala de parto: a vivência da puérpera. *Cienc. cuid. saude*. 2010 abr/jun;9(2):366-73.
3. Edmond KM, Zandoh C, Quigley MA, Amenga-Etego S, Owusu-Agyei S, Kirkwood BR. Delayed Breastfeeding Initiation Increases Risk of Neonatal mortality. *Pediatrics*. 2006 mar;117(3):380-6.
4. Marín Gabriel M, Llana Martín I, López Escobar A, et al. Randomized controlled trial of early skin-to-skin contact: effects on the mother and the newborn. *Acta Paediatr*. 2010 nov;99(11):1630-4.
5. Almeida EA, Martins Filho J. O contato precoce mãe-filho e sua contribuição para o sucesso do aleitamento materno. *Rev. cienc. med*. 2004 out/dez;13(4):381-8.
6. Bystrova K, Ivanova V, Edhborg M, Matthiesen AS, Ransjö-Arvidson AB, Mukhamedrakhimov R, et al. Early contact versus separation: effects on mother-infant interaction one year later. *Birth*. 2008 jun;36(2):97-109.
7. Fundo das Nações Unidas para a Infância (Brasil). Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: modulo 3: promovendo e incentivando a amamentação em um Hospital Amigo da Criança: curso de 20 horas para equipes de maternidade. Brasília (DF); 2009.
8. Vieira TO, Vieira GO, Giugliani ERJ, Mendes CMC, Martins CC, Silva LR. Determinants of breastfeeding initiation within the first hour of life in a Brazilian population: cross-sectional study. *BMC Publ Health*. 2010;10(7):60-3.
9. Weddig J, Baker SS, Auld G. Perspectives of Hospital-Based Nurses on Breastfeeding Initiation Best Practices. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2011;40:166-78.
10. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
11. White AL, Carrara VI, Paw MK, Malika, Dahbu C, Gross MM, et al. High initiation and long duration of breastfeeding despite absence of early skin-to-skin contact in Karen refugees on the Thai-Myanmar border: a mixed methods study. *Int Breastfeed J*. 2012;7(19):1-13.

12. Rosa R, Martins FE, Gasperi BL, Monticelli M, Siebert ERC, Martins NM. Mãe e filho: os primeiros laços de aproximação. *Esc Anna Nery*. 2010;14(1):105-12.
13. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC, Vasconcellos AGG. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. *Rev. saude publica*. 2011 fev;45(1):69-78.
14. Bramson L, Lee JW, Moore E, Montgomery S, Neish C, Bahjri K, et al. Effects of early skin-to-skin mother-infant contact during the first 3 hours following birth on exclusive breastfeeding during the maternity hospital stay. *J Hum Lact*. 2010;26(2):130-7.
15. Frello Frello AT, Carraro TE. Componentes do cuidado de enfermagem no processo de parto. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2010;12(4):660-8.
16. Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Syst Rev*. 2007;18(3):CD003519
17. Marx K. *O Capital: crítica da economia política*. 18ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2001.
18. Cardoso GB. *Processo de trabalho das equipes de saúde; perspectiva terapêutica: um estudo exploratório [dissertação]*. Niterói(RJ): Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense; 2008.

^a Artigo elaborado a partir da dissertação de mestrado "O contato e a amamentação precoces no contexto de um Hospital Amigo da Criança", apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, em 2012.