



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Prof. Alfredo Balena, 190 - Bairro Santa Efigênia

CEP.: 30.130-100 - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil

Tel.: 3248-9860 FAX.: 3248-9859 *E-mail: emi@enf.ufmg.br*

Bruna Reis da Silva

**NAScer EM BELO HORIZONTE: CONtATO MãE E REcEm-
NASCIDO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA**

BELO HORIZONTE

2015

Bruna Reis da Silva

**NASCER EM BELO HORIZONTE: CONTATO MÃE E RECÉM-
NASCIDO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA**

Trabalho de conclusão da Residência em Enfermagem Obstétrica do Ministério da Saúde - UFMG apresentada para obtenção do título de Enfermeira Obstétrica.

Orientadora - Profa. Eunice Francisca Martins

BELO HORIZONTE

2015

AGRADECIMENTOS

A Deus por todas as oportunidades que tem me ofertado durante toda a minha vida, a minha mãe Niusa que com suas experiências de parto “anormal” e a cesárea eletiva, me ensinou como ser uma profissional mais dedicada, paciente e humanizada. Agradeço a minha irmã Carina, que a cada dia me ensina como amar incondicionalmente, e a trabalhar minha paciência, a meu pai Arnaldo que me ensinou a nunca desistir dos meus sonhos, a crescer profissionalmente sem perder a humildade e a humanidade.

Ao Ministério da Saúde por ter investido no meu potencial, através da Rede Cegonha e da luta de tantos Enfermeiros obstetras. A professora Torcata Amorim que teve a coragem de ousar e lutar por essa residência junto com a Professora Eunice Francisca minha orientadora, que tanto me ajudou com sua tranquilidade e amizade. Aos professores Dener e Silvia Leo por me fazerem enxergar meu potencial.

As mulheres e bebês que assisti no momento mais importante de suas vidas, aos quais sou grata por terem me permitido aprender com suas experiências. Aos meus preceptores dos campos Hospital Risoleta Tolentino Neves, Hospital das Clínicas, Centro de saúde Padre Fernando de Melo e Hospital Sofia Feldman, que mesmo na correria me proporcionaram momentos de aprendizado e enfrentamento de desafios que encontrei em cada campo.

A todos os meus familiares especialmente minha avó Lilica por suas orações e avó Sebastiana que enriqueceram meu aprendizado com suas histórias de partos domiciliares com parteiras tradicionais. A minha amiga Flávia Peres que esteve presente nos momentos difíceis.

A todos os professores que mesmo sem receber nada em troca abraçaram esse curso de Residência em enfermagem obstétrica acreditando em uma assistência ao parto, humanizada e qualificada.

RESUMO

O contato precoce entre mãe e filho, durante a primeira hora de vida, traz vantagens para a mulher e o recém-nascido (RN). Para a mulher destaca-se a superação das sensações dolorosas, o momento do desenvolvimento do apego e da criação do vínculo. Em relação ao RN, ajuda na manutenção da temperatura corporal, favorece o aleitamento materno e contribui para a adaptação à vida extra-uterina. **Objetivo:** Identificar a prática do contato precoce entre mãe e recém-nascidos na primeira hora de vida nas maternidades de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Metodologia:** Estudo transversal de base hospitalar realizada em 11 maternidades públicas e privadas de Belo Horizonte, no período de 2011 a 2013. Os critérios de inclusão foram as puérperas hospitalizadas por motivo de parto e seus conceptos vivos sem intercorrências. As variáveis estudadas referem-se ao hospital, à gestante, à assistência ao parto e ao recém-nascido. Foi realizada uma análise estatística descritiva e bivariada. O nível de significância considerado foi de 5%. **Resultados:** Foram estudadas 633 duplas de puérperas e RN e, 70,0%, tiveram contato precoce direto na primeira hora de vida. Predominaram as mulheres de cor parda, não primíparas e da classe socioeconômica C. A maioria dos nascimentos ocorreu em maternidades públicas, por parto vaginal, assistido pelo médico e as mulheres não receberam analgesia. A aspiração de vias aéreas superiores foi realizada em 80,0% dos RN e a aspiração gástrica em 48,0%. A paridade, o tipo de hospital, a utilização de analgesia durante o trabalho de parto e a realização de procedimentos com o RN foram as variáveis que apresentaram relação estatisticamente significativa com a realização do contato direto mãe recém-nascido. **Conclusões:** A realização do contato precoce entre mãe e filho na primeira hora de vida nas maternidades de Belo Horizonte é ainda insatisfatória, e relacionada às características dos serviços de atenção a mulher. As políticas e programas devem focalizar suas ações de incentivo ao contato precoce nos processos assistenciais das instituições hospitalares.

Descritores: Relações Mãe-Filho; parto humanizado; Período Pós-Parto.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	06
2. METODOLOGIA.....	09
3. RESULTADOS.....	10
4. DISCUSSÃO	15
5. CONCLUSÃO	20
6. REFERÊNCIAS	21

INTRODUÇÃO

A organização mundial de saúde recomenda, desde a década de 1980, a incorporação de tecnologias adequadas na atenção ao parto e nascimento, com o objetivo de reduzir a morbi-mortalidade materna e neonatal e humanizar o cuidado (WHO, 1985). Em 1996, foi divulgada uma categorização de práticas obstétricas baseadas em evidências científicas, sendo algumas para seu uso serem estimuladas e outras para serem eliminadas. Inseridos em práticas demonstradamente úteis, destaca-se o contato pele-a-pele precoce entre mãe e recém-nascido e avaliação da permeabilidade de vias aéreas durante esse contato, clampeamento tardio do cordão e prorrogação dos cuidados de rotina (OMS, 1996).

No Brasil, a incorporação dessas práticas na assistência obstétrica tem sido uma prioridade estabelecida nas políticas públicas de atenção materna e neonatal. No ano de 2000, foi instituído o Programa de Humanização do Pré-Natal, parto e nascimento (PHPN) (Brasil, 2000) (AMORIM, 2010), com o objetivo de melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade da assistência ao pré-natal, parto, puerpério e ao recém-nascido, com foco na humanização (AMORIM, 2010). A humanização é definida ações que aumentem o grau de corresponsabilidade dos diferentes atores da rede SUS, na produção da saúde. É preconizada a mudança cultural da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho garantindo os direitos dos usuários e seus familiares, mas é também ter melhores condições dignas de trabalho para os profissionais através de novas ações e que possam participar como co-gestores de seu processo de trabalho. (BRASIL, 2004)

No ano de 2008, a publicação da Resolução 36 da Diretoria Colegiada da Agência nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)- RDC 36/2008- que regulamenta os serviços de Atenção obstétrica e neonatal do país, preconizar o modelo de assistência perinatal com base no cuidado humanizado e práticas baseadas em evidências científicas. Nesse sentido, os serviços devem permitir a participação dos pais e da família no processo do nascimento, estimular o contato imediato pele-a-pele da mãe com o recém-nascido, e promover o aleitamento materno ainda no ambiente do parto. O atendimento imediato ao recém-nascido deve ser realizado no

mesmo ambiente do parto, para favorecer a interação mãe e filho, exceto em casos de impedimento clínico (BRASIL, 2008).

Outra medida, visando fomentar a mudança do modelo assistencial com a incorporação da assistência humanizada e segura no processo do parto e nascimento foi a Rede Cegonha, publicada pela Portaria Nº 1.459/2011 (Brasil, 2011). Propõe-se a construção de uma rede articulada de assistência e o desenvolvimento de ações para ampliação do acesso às ações de planejamento reprodutivo, melhoria da atenção ao pré-natal, vinculação da gestante à maternidade de referência, transporte seguro, implementação das boas práticas na atenção ao parto e nascimento, garantia do direito ao acompanhante de livre escolha da mulher no parto, ao alojamento conjunto no pós-parto e ao acompanhamento da saúde das crianças de 0 a 24 meses (BRASIL, 2011).

Seguindo a mesma lógica do uso de tecnologia apropriada para o parto e nascimento a Portaria 371/2014 instituiu as diretrizes para organizar a atenção integral e humanizada ao recém-nascido no âmbito do SUS. É recomendado para os recém-nascidos a termo com respiração e tônus normal: o contato pele a pele imediato e contínuo; o clampeamento do cordão umbilical após cessar as pulsações em cerca de 1 a 3 minutos (exceto quando contra-indicado); o estímulo ao aleitamento materno na primeira hora de vida, exceto em casos de mães HIV ou HTLV positivas; e postergar os procedimentos de rotina na primeira hora de vida, tais como exame físico, medidas antropométricas, profilaxia da oftalmia neonatal e vacinação (BRASIL, 2014). Esses cuidados se configuram em práticas seguras, de baixo custo e baseadas em evidências científicas, com impactos que podem ir além do aumento dos índices de sobrevivência dos recém-nascidos e puérperas, além de contribuir para uma atenção integral a estes dois grupos. (BRASIL, 2011).

Dentre os cuidados recomendados destaca-se o **contato pele a pele** entre a mãe e o recém-nascido imediatamente após o parto. Esta prática se caracteriza em colocar o bebê sem roupa, sobre o tórax ou abdome desnudo da mãe, e cobri-lo com um cobertor aquecido (VIVANCOS et al, 2010). O contato **pele a pele** precoce repercute na manutenção da temperatura corporal dos recém-nascidos (BHUTTA et al, 2005; CHRISTENSSON et al, 1998; BRASIL, 2011), promove o desenvolvimento

do afeto e vínculo da mãe para com o filho (BRASIL, 2011; McDONALD et al, 2013), reduz a ansiedade materna no pós-parto, apresenta efeitos que perduram até 2 dias após o parto, reduz os níveis de cortisol materno, reduz o risco de hemorragia pós parto (SAXTON, 2014)(MERCER, 2007) e favorece a amamentação (McDONALD et al, 2013).

Para Rosa (2010) o contato precoce entre mãe e filho, é caracterizado por três dimensões: a primeira- conhecendo e se deixando conhecer, caracterizada pelos comportamentos de reconhecimento e aproximação com o filho, um processo de identificação, de algo que até então era simbiose; a segunda dimensão - aguçando os sistemas sensoriais- refere-se ao toque, um importante ponto de superação das sensações dolorosas para a mãe; e a última dimensão - tendo preocupações e cuidados com o recém-nascido- momento em que as puérperas manifestam a preocupação quanto à coloração e o choro do bebê, reconhecem as suas necessidades e exercitam a maternagem.

Apesar das vantagens do contato pele-a-pele precoce algumas rotinas disseminadas nas maternidades prorrogam o início dessa prática e até impedem o contato mãe e filho de forma direta. Dentre as rotinas está receber o neonato em “trendelemburg” para secar, aspirar vias aéreas, avaliar o recém-nascido, realizar o exame físico seguido do banho de imersão, administrar medicamentos e verificar os dados antropométricos. A alta prevalência de cesarianas e do uso rotineiro de analgesia intra-parto, que podem reduzir o tempo de alerta do neonato após o nascimento, também pode dificultar o contato precoce pele-a-pele entre mãe e filho (MATOS, 2010). Segundo Ludington-Hoe (2014), outros fatores que interferem na realização do contato precoce mãe e filho incluem a falta de conhecimento e informações sobre o contato pele-a-pele no nascimento, a falta de método padronizado ou prática uniforme para o contato pele-a-pele, dificuldade na forma de avaliar o recém-nascido, o desconhecimento sobre como posicionar o bebê com segurança junto à mãe, a forma de atuar do profissional responsável pelo bem-estar do recém-nascido e como manejar complicações que possam advir dessa prática. A avaliação do recém-nascido deve ser contínua sem interferir no contato direto entre

o binômio, para evitar um evento raro, porém de morbimortalidade alta, que é a parada cardiorrespiratória durante o contato pele a pele (ANDRES et al, 2011).

Considerando as evidências científicas que fundamentam a importância do contato pele-a-pele para a mulher e recém-nascido, as recomendações para sua efetivação presentes na legislação e políticas públicas nacionais, como também as dificuldades relatadas na literatura para sua realização, pergunta-se: Como se encontra a prática do contato precoce direto entre mãe e recém-nascidos na primeira hora de vida nas maternidades de Belo Horizonte? Quais fatores interferem nesta prática?

Tem-se como hipótese que a situação do contato precoce entre mãe e recém-nascidos na primeira hora de vida nas maternidades de Belo Horizonte não é satisfatória e motivada pelo excesso de rotinas hospitalares no atendimento imediato ao RN de risco habitual.

Diante do exposto, este estudo propõe analisar a prática do contato precoce entre mãe e recém-nascido na primeira hora de vida nas maternidades de Belo Horizonte, Minas Gerais. A proposta justifica-se pela relevância do tema para a saúde materna e infantil, por ainda serem escassos no Brasil e em Belo Horizonte estudos específicos sobre o contato precoce entre mãe e recém-nascido. Esta análise pode contribuir para melhor entendimento da situação vigente, refletir na discussão do tema e proposição de intervenções focais capazes de ofertar uma atenção humanizada ao recém-nascido e puérpera, que contemple o contato pele-a-pele.

METODOLOGIA

Estudo transversal de base hospitalar que utilizou a base de dados da pesquisa “Nascer em Belo Horizonte: Inquérito sobre Parto e Nascimento”, realizada em 11 maternidades públicas e privadas de Belo Horizonte, no período de novembro de 2011 a março de 2013. Foram incluídos neste estudo as puérperas hospitalizadas por motivo de parto e seus conceptos vivos sem intercorrências. Foram excluídos os casos de recém-nascidos com idade gestacional < 37 semanas,

de peso ao nascer < 2.500g, com malformação congênita, necessidade de reanimação neonatal e com alguma intercorrência no trabalho de parto.

A coleta de dados incluiu a aplicação de um questionário à puérpera após, pelo menos, 6 horas depois do parto e um segundo questionário, preenchido com dados do prontuário da puérpera e do recém-nascido. A entrevista e coleta dos dados no prontuário foram realizadas por enfermeiros previamente capacitados para a pesquisa. Os dados foram digitados diretamente em net books e posteriormente exportados para o servidor da pesquisa. A partir da base de dados geral foi construído o banco específico para este estudo, com as variáveis de interesse.

A variável dependente foi a realização do contato direto da mãe com o recém-nascido na 1ª hora de vida, compreendido como segurar o bebê no colo ou amamentá-lo. Foi avaliado os outros tipos de contato na sala de parto, a saber: apenas viu o bebê e não teve nenhum contato.

As Variáveis independentes foram relacionadas: ao tipo de hospital (público ou privado); à gestante (idade, escolaridade, paridade e cor da pele); à assistência ao parto (tipo de parto, profissional que assistiu, presença de acompanhante e uso de analgesia); Ao recém-nascido: contato direto na 1ª hora de vida (se amamentou, ou carregou no colo) e intervenções realizadas durante a 1ª hora de vida (Aspiração de vias aéreas superiores e gástrica, uso de oxigênio inalatório, incubadora, administração de vitamina K, nitrato de prata e vacina para hepatite B). as intervenções foram divididas em duas variáveis: procedimentos recomendados de rotina (profilaxia oftálmica com o colírio de nitrato de prata, uso de vitamina K e vacina para hepatite B) e procedimentos não recomendados de rotina (aspiração de vias aéreas superiores e gástrica, uso de oxigênio inalatório e incubadora).

Neste estudo, não foi possível especificar o tipo de contato que a puérpera teve com seu concepto, ou seja, a partir do questionário percebe-se que há o contato direto e o indireto, não sendo específico para o contato pele a pele. Portanto não se sabe quantas mulheres tiveram contato pele a pele especificamente.

Os dados foram analisados por meio de técnicas de estatística descritiva, análises bivariadas e multivariadas. Foram calculadas as proporções e os

respectivos intervalos de 95% de confiança (IC 95%). Em todas as análises foram feitos testes de hipóteses bilaterais, com nível de significância de 5%. Os dados obtidos foram analisados com auxílio do software Statistical Package for the Social Sciences for Windows Student Version (SPSS), versão 18.0.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) protocolo CAAE – 0246.0.203.000-11, autorizado pelos dirigentes de todas as maternidades participantes e consentido por todas as puérperas. Este sub-projeto foi autorizado pela coordenação da pesquisa original.

RESULTADOS

Foi elegível para o estudo um total de 633 duplas mães e recém-nascidos, de risco habitual sem intercorrências. As formas encontradas de contato entre mãe e recém-nascido na 1ª hora de vida estão descritas na figura 1. Observa-se que a maioria das mães tiveram contato direto com o recém-nascido, ficando com o bebê no colo (57,7%) ou o colocando para mamar (11,7%). No entanto 27,6% das mulheres apenas viram o bebê e 3% não tiveram contato algum com seu recém-nascido na primeira hora de vida.

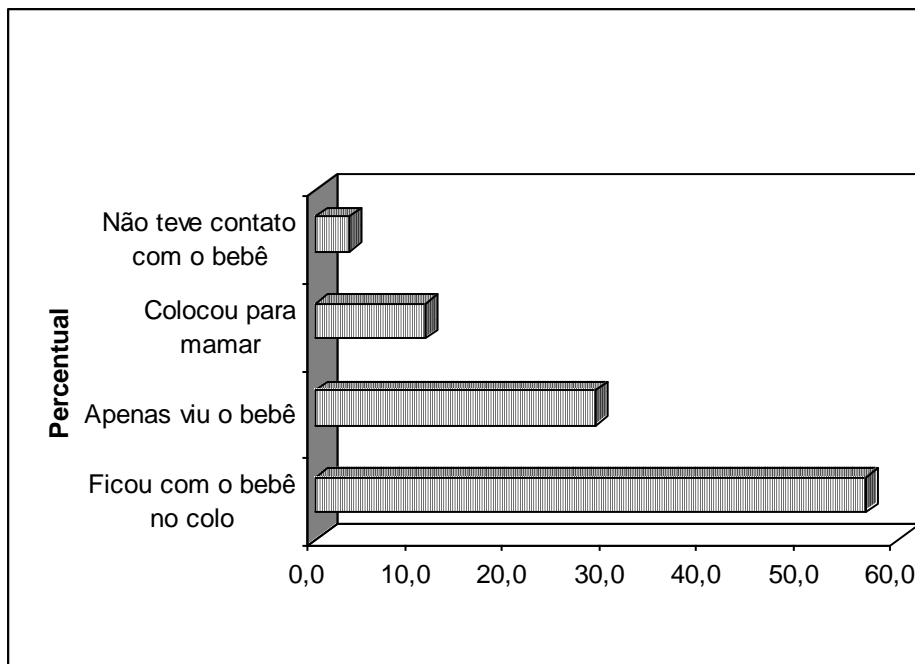


Figura 1- Formas do primeiro contato entre a mãe e o recém-nascido na primeira hora de vida. Belo Horizonte, 2011 a 2013.

Fonte: Dados da pesquisa Nascer em Belo Horizonte.

As características maternas, das mulheres que tiveram contato direto precoce com seu recém-nascido na primeira hora de vida estão descritas na tabela 1. Predominaram as mulheres não primíparas, de cor parda, com idade entre 20 e 39 anos, com ensino médio, da classe socioeconômica C e moradoras de Belo Horizonte. As mulheres primíparas tiveram menor prevalência de contato direto precoce em relação as não primíparas.

Tabela 1. Distribuição proporcional das características maternas, que segundo o contato direto precoce da mãe com o recém-nascido. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2011-2013.

Característica	Contato direto ¹			Valor de P
	Sim N(%)	Não N(%)	Total N(%)	
Cor da Pele				0,713
Branca	115 (71%)	47(29%)	162(25,6%)	
Preta	43(74,1%)	15(25,9%)	58(9,2%)	
Parda/Mulata/Morena	265(68,3%)	123(31,7%)	388(61,3%)	
Amarela/Oriental	16(64%)	9(36%)	25(3,9%)	
Idade*				0,049

14-19 anos	59 (70,2%)	25(29,8%)	84(13,3%)	
20-29 anos	222(74%)	78(26%)	300(47,4%)	
30-39 anos	144(64,3%)	80(35,7%)	224(35,4%)	
≥40 anos	14(56%)	11(44%)	25 (3,9%)	
Escolaridade				0,553
Nenhum	1(0,2%)	0	1(0,1%)	
Ensino fundamental	135(72,6%)	51(27,4%)	186(29,4%)	
Ensino médio	245(68,4%)	113(31,6%)	358(56,6%)	
Ensino superior	57(65,5%)	30(34,5%)	87(13,8%)	
Ausente no sistema	1	-	-	
Paridade*				0,023
Primípara	178(65%)	96(35%)	274(43,3%)	
Não-primípara	261(72,7%)	98(27,3%)	359(56,7%)	
Classe econômica				0,527
A ou B	117(66,1%)	60(33,9%)	177(28%)	
C	271(70,4%)	114(29,6%)	385(60,8%)	
D ou E	51(71,8%)	20(28,2%)	71(11,2%)	
Procedência				0,457
Belo Horizonte	279(69,6%)	122(30,4%)	401(63,4%)	
Outras cidades	159(68,8%)	72(31,2%)	231(36,6%)	
Ausente no sistema			1	

¹-ficou com o bebê no colo ou colocou para mamar. *P-valor ≤0,05.

Fonte: Dados da pesquisa Nascer em Belo Horizonte: inquérito sobre parto e nascimento.

Em relação à assistência ao parto da população geral, houve predomínio dos nascimentos em maternidades públicas, de parto vaginal, assistidos pelo profissional médico e sem analgesia durante o trabalho de parto. Em mais de 90,0% dos casos as mulheres tiveram acompanhantes durante o parto. Há menor prevalência do contato direto precoce na primeira hora de vida nos hospitais privados em relação aos hospitais públicos. Há menor prevalência de contato direto precoce nos partos cesariana em relação aos partos normais. Há maior prevalência do contato direto precoce nos partos assistidos pelo enfermeiro obstetra e cujas mulheres não receberam analgesia no parto normal. (TAB. 2).

A Tabela 2- Distribuição proporcional das características da assistência prestada à parturiente durante o trabalho de parto e contato direto precoce da mãe com o recém-nascido.

Contato direto¹			Valor de P
Sim	Não	Total	

Característica	N(%)	N(%)	N(%)	N
Tipo de Hospital*				0,000
Público	344(74,9%)	115(25,1%)	459(72,5%)	
Privado	95(54,6%)	79 (45,4%)	174(27,5%)	
Tipo de Parto*				0,000
Cesárea	107(45,9%)	126(54,1%)	233(36,8%)	
Vaginal	332(83%)	68(17%)	400(63,2%)	
Profissional que assistiu ao parto*				0,000
Médico	347(64,5%)	191(35,5%)	538 (85%)	
Enfermeiro Obstetra	60(100%)	0 (0%)	60 (9,5%)	
Outros	3(75,5%)	1(25%)	4 (0,6%)	
Pariu sozinha	0	1 (100%)	1 (0,2%)	
Não soube informar	28(93,3%)	2(6,7%)	30 (4,7%)	
Profissional ao assistiu e ao pré natal				0,148
Sim	61(64,2%)	34(35,8%)	95(15%)	
Não	377(70,2%)	160(29,8%)	537(85%)	
Ausente no sistema Acompanhante durante o parto				0,713
Sim	385(68,8%)	175(31,3%)	560(91,7%)	
Não	36(72%)	14(28%)	50(8,2%)	
Não sabe	1(100%)	0(0%)	1(0,1%)	
Ausente no sistema Recebeu analgesia*				0,245
Sim, no trabalho de parto	83(77,6%)	24 (22,4%)	107(27,5%)	
Sim, no parto	21 (84%)	4 (16%)	25 (6,4%)	
Não	218(84,8%)	39(15,2%)	257(66,1%)	
Ausente no Sistema				244

¹-ficou com o bebê no colo ou colocou para mamar. *P-valor≤0,05.

Fonte: Dados da pesquisa Nascer em Belo Horizonte: inquérito sobre parto e nascimento.

As intervenções realizadas com o recém-nascido na primeira hora de vida estão descritos na Tabela 3. Constatou-se que a aspiração de vias aéreas superiores (VAS) foi realizada em mais de 80,0% dos casos, o colírio de nitrato de prata e a vitamina K em mais de 95,0%, a vacina para hepatite B em 27,5%, o uso de oxigênio em 6,2% e o uso de incubadora em 13,7% dos recém-nascidos. Vale ressaltar que os recém-nascidos que não foram submetidos a esses procedimentos de rotina da instituição tiveram maior prevalência de contato direto precoce na

primeira hora de vida com suas mães em relação aos que foram submetidos aos procedimentos de rotina da instituição.

Tabela 3. Distribuição proporcional dos procedimentos realizados com os recém-nascidos na 1ª hora de vida e a presença do contato precoce da mãe com o recém-nascido. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2011-2013.

	Contato direto¹		Total
	Sim	Não	
Procedimentos realizados na 1ª hora de vida	N(%)	N(%)	N(%)
Aspiração de vias aéreas superiores*			
Sim	348(67,6%)	167(32,4%)	515(81,4%)
Não	91(77,1%)	27(22,9%)	118(18,6%)
Aspiração gástrica*			
Sim	171(57,2%)	128(42,8%)	299(47,2%)
Não	268(80,2%)	66(19,8%)	334(52,8%)
Colírio de nitrato de prata			
Sim	424(69,2%)	189(30,8%)	613(96,8%)
Não	15(75%)	5(25%)	21(2,9%)
Uso de oxigênio inalatório*			
Sim	19(48,7%)	20(51,3%)	39(6,2%)
Não	420(70,7%)	174(29,3%)	594(92,8%)
Uso de incubadora*			
Sim	52(59,8%)	35(40,2%)	87(13,7%)
Não	387(70,9%)	159(29,1%)	546(86,3%)
Vacina para Hepatite B			
Sim	126(72,4%)	48(27,6%)	174(27,5%)
Não	313(68,2%)	146(31,8%)	459(72,5%)
Vitamina K			
Sim	421(69,7%)	183(30,3%)	604(95,4%)
Não	18(62,1%)	11(37,9%)	29(4,6%)
Procedimentos recomendados de rotina			
Sim	313(68,2%)	146(31,8%)	459(72,5%)
Não	126(72,4%)	48(27,6%)	174(27,5%)
Procedimentos não recomendados de rotina*			
Sim	348(67,6%)	167(32,4%)	515(81,4%)
Não	91(77%)	27(22,9%)	118(18,6%)

¹-ficou com o bebê no colo ou colocou para mamar. *P-valor ≤0,05.

Fonte: Dados da pesquisa Nascer em Belo Horizonte: inquérito sobre parto e nascimento.

DISCUSSÃO

A prevalência do contato direto precoce na primeira hora de vida entre mãe e recém-nascido foi alta, porém não ocorreu em cerca de um terço dos nascimentos de bebês termos e sem intercorrências ao nascer. Os fatores relacionados a não ocorrência do contato direto precoce na primeira hora de vida entre mãe e recém-nascidos foram especialmente as rotinas hospitalares com intervenções não recomendadas de rotina para os recém-nascidos sem alterações. Essa realidade das maternidades de Belo Horizonte é melhor, comparada a outros estudos nacionais realizados em maternidades, em que o contato direto precoce na primeira hora de vida ocorreu em baixo percentual (MOREIRA, 2014). Contudo, comparando com um estudo nacional onde o cenário do parto foi o domicílio, todas as mulheres tiveram contato direto precoce na primeira hora de vida com seu concepto, mesmo nos casos que foram transferidos para o ambiente hospitalar (KOERTTKER et al, 2012). Constata-se que a realidade do contato direto precoce na primeira hora de vida nos hospitais de Belo Horizonte precisa ser incrementada, de forma a não privar as mulheres e seus filhos desse contato inicial que representa benefícios para ambos (ROSA, 2010; TAKAHASHI et al, 2011).

O fato das características maternas em sua maioria não estarem relacionados ao contato precoce, corrobora em outros estudos e aponta para a importância das práticas institucionais como determinantes do contato pele a pele, bem como para a amamentação precoce (Bocollini et al (2011). Independente da paridade e de suas vontades, as mulheres sofrem influência do modelo assistencial instalado na maternidade. Nesse estudo percebe-se que as mulheres não primíparas em relação as primíparas tiveram maior chance de ter contato direto com seus conceptos. Em comparação com primíparas que preferiram parto domiciliar sob os cuidados de uma enfermeira obstetra, elas foram menos propensas a intervenções no trabalho de parto, como analgesia em relação as primíparas que preferiram o parto hospitalar. E as que mesmo no parto hospitalar tiveram a presença do enfermeiro obstetra, tiveram menores chance de ter o parto induzido (TAMAR, 2015).

O fato do contato direto precoce entre mãe e filho na primeira hora de vida ter maior prevalência nas maternidades públicas, pode ser em virtude de nestas instituições a adoção de boas práticas regulamentam as diretrizes mundiais e do SUS chegam primeiro que nas instituições privadas. Os indicadores de atenção obstétrica e perinatal pactuados pela Comissão Perinatal de Belo Horizonte e as sete maternidades públicas dos municípios visam favorecer esta prática. Há discussão permanente das metas atingidas, incentivos e apoio da Rede Cegonha, tais como os apoiadores hospitalares, e a busca do cumprimento dos programas de humanização de assistência ao parto e nascimento. Destaca-se os investimentos da Comissão Perinatal de Belo Horizonte na qualificação da assistência do pré-natal ao recém-nascido, na informação para a mulher e a família, incentivando seu protagonismo no processo do nascimento, redução das intervenções no processo de parturição e cesarianas desnecessárias, incentivo ao alojamento conjunto e atuação conjunta com o movimento social organizado (LANSKY, 2010).

A maior tendência das mulheres que tiveram parto vaginal para realizar o contato precoce direto, em relação as que tiveram cesariana, também foi constatado por Moreira (2014), em estudo com dados nacionais. O parto vaginal é um fator protetor do contato precoce direto na primeira hora de vida, o que foi demonstrado também em Belo Horizonte.

Em relação à assistência ao parto, todas as mulheres assistidas por enfermeiro obstetra tiveram contato precoce com seu recém-nascido. Este fato pode ser explicado pela formação do enfermeiro que tem como foco o cuidado humanizado. Especificamente em relação ao enfermeiro obstetra, ele é capacitado para adotar medidas menos intervencionistas no processo do nascimento e tem sua atuação limitada ao parto de risco habitual (BRASIL, 1999), o que favorece a adoção de menos intervenções neste processo. Contudo, há de destacar que neste estudo todos os nascimentos foram de risco habitual. A inserção do enfermeiro obstetra na assistência ao parto visando reduzir as intervenções desnecessárias tem sido uma recomendação das políticas públicas atuais e tem sido também extensiva à rede privada (BRASIL, 2011; BRASIL, 2015). A assistência ao parto realizado por

obstetizes ou por enfermeiras obstetras já tem sido adotada em muitos países, com resultados positivos para a saúde materna e neonatal (RENFREW et al, 2014).

A analgesia foi outra intervenção que interferiu na realização do contato direto precoce na primeira hora de vida entre mãe e recém-nascido em Belo Horizonte. No estudo de SALVATORE, (2013) foi evidenciado que a analgesia quando realizada na técnica correta, não interfere na realização do contato precoce pele a pele, visto que todas as mães foram estimuladas a ter o contato pele a pele. Porém no estudo de Herrera-Gómez et al. (2015) a realização de analgesia peridural, esta ligada mesmo que de forma pequena, mas estatisticamente significativa a scores de APGAR menor e maiores intervenções no nascimento em relação aos recém-nascidos de mulheres que não receberam analgesia. O estudo mostra também que mulheres que receberam analgesia apresentam maior risco de não dar início à fase inicial da lactação do que as mães que não receberam analgesia durante o parto corroborando com os achados no presente estudo.

O acompanhante esteve presente em alto percentual dos nascimentos deste estudo, porém não houve diferença estatisticamente significativa na realização do contato direto precoce na primeira hora de vida em relação a presença do acompanhante.

Observou-se que práticas pouco recomendadas, para recém-nascidos sem intercorrências, foram utilizadas indiscriminadamente e com interferência na realização do contato direto do recém-nascido com sua mãe na primeira hora de vida. Dados da pesquisa Nascer no Brasil também evidenciaram alto percentual de aspiração de vias aéreas superiores, de aspiração gástrica, uso de oxigênio inalatório e uso de incubadora nas maternidades do país, especialmente em hospitais sem o título Hospital Amigo da Criança, em partos com pagamento privado, em mulheres com maior nível de escolaridade, brancas, primíparas e que realizaram cesariana (MOREIRA, 2014). Essas intervenções são prejudiciais ao recém-nascido, quando utilizadas indiscriminadamente, pois foi evidenciado que os bebês submetidos a aspiração de vias aéreas ao nascer tiveram chances seis vezes menores para mamar efetivamente (CANTRILL et al, 2014).

A aspiração de vias aéreas no bebê saudável e com boa vitalidade ao nascer, mesmo na presença de líquido meconial fluido ou espesso não deve ser realizada, pois esse procedimento não diminui a incidência de síndrome de aspiração de mecônio, a necessidade de ventilação mecânica quando desenvolvem a pneumonia aspirativa, nem o tempo de oxigenoterapia ou de hospitalização. Quanto às demais intervenções como oferecer oxigênio, uso de incubadora para prover calor, também não são recomendadas no recém-nascido saudável (ALMEIDA, 2013). A profilaxia oftálmica e prevenção de hemorragia por deficiência de vitamina K são recomendadas de rotina, e não apresentaram relação significativa para a não realização do contato precoce, por ser realizada em praticamente todos os bebês. É uma prática recomendada (BRASIL, 2011).

Os achados deste estudo apontam para o paradoxo perinatal (DINIZ, 2009), ou seja, há uma excessiva utilização de tecnologia e procedimentos em recém-nascidos aparentemente sem uma indicação precisa, em detrimento da utilização de tecnologias efetivas e de baixo custo, como o contato pele a pele. Assim sendo, torna-se importante discutir o modelo assistencial predominante no país. Um modelo tecnocrático ou biomédico, onde o parto é um evento de risco que precisa ser tratado com pouco espaço para aspectos afetivos e culturais, controlado pelo profissional que assiste de forma autoritária. O trabalho é hierarquizado, fragmentado e padronizado, centrado nas rotinas institucionais (AMORIM, 2010). Por outro lado, já há em construção o modelo humanístico, em que o parto é um processo fisiológico, que precisa ser acompanhado tendo uma abordagem biopsicossocial, preservando a autonomia da parturiente e de seu acompanhante de livre escolha. O profissional interage com a parturiente e a orienta sobre o processo do parto e a tomada de decisão é compartilhada. A ciência e a tecnologia são usadas associadas com as evidências científicas, e o objetivo é um nascimento seguro e livre de intervenções desnecessárias. A mulher é assistida pela equipe multiprofissional (AMORIM, 2010). Este modelo tem sido recomendado pelas organizações públicas nacionais e internacionais (Brasil, 2011; OMS, 1996).

Para efetivação do contato pele a pele nas maternidades a enfermagem pode contribuir de forma direta, por ser a responsável em iniciar os cuidados de rotina ao

recém-nascido e proporciona o início do contato pele a pele e amamentação. Uma equipe de enfermagem sensibilizada quanto a importância do contato precoce consegue prorrogar os cuidados e inserir como rotina do serviço o contato precoce pele a pele e amamentação precoce imediatamente após o nascimento. O apoio da equipe de enfermagem é importante para a mulher nessa transição e gera maior satisfação dos usuários na assistência (MATOS, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados dessa pesquisa permitem concluir que nas maternidades de Belo Horizonte o contato direto precoce entre mãe e filho na primeira hora de vida é satisfatória, e a não realização do contato direto precoce na primeira hora de vida é motivada pelo excesso de rotinas no atendimento imediato ao recém-nascido de risco habitual.

Os profissionais envolvidos na assistência ao parto e nascimento, são os facilitadores e dificultadores desse processo, assim o enfermeiro obstetra contribuiu para a realização do contato direto precoce entre mãe e recém-nascido em todos os partos que prestou assistência. A equipe de enfermagem está presente em todos os estágios do trabalho de parto, e é responsável pelos cuidados imediatos realizados no neonato, portanto cabe a ela prorrogar esses cuidados e favorecer o contato precoce pele a pele.

Restringir o contato direto precoce na primeira hora de vida é impedir que uma criança e sua mãe tenham uma adaptação a vida extra-uterina mais fisiológica. As práticas institucionais devem ser revisadas e repensadas junto à equipe multiprofissional, uma vez podem ir contra os princípios filosóficos da assistência humanizada. O modelo assistencial vigente nas maternidades de Belo Horizonte ainda baseia-se no modelo biomédico. A adoção do modelo assistencial humanizado assim como o trabalho colaborativo da enfermeira obstetra com o profissional médico, baseando sua prática nas evidências científicas disponíveis no momento, poderá promover maior satisfação dos usuários além de beneficiar a mulher e seu recém-nascido.

Há necessidade de estudos que reflitam a situação real do contato pele a pele nas maternidades e seus benefícios a longo prazo, a fim de aprimorar o cenário atual nas maternidades de Belo Horizonte no que se refere ao contato direto precoce na primeira hora de vida, desta forma é possível garantir que a mulher e seu recém-nascido tenham um cuidado focado em suas necessidades e não sejam separados após o nascimento, pelas rotinas hospitalares.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Maria F.B; GUINSBURG, Ruth. **Reanimação neonatal em sala de parto: Documento científico do programa de reanimação neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria.** SBP. 1º de abril de 2013.

AMORIM, Torcata. **O resgate da formação e inserção da enfermeira obstétrica na assistência ao parto no Brasil.** [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução RDC n. 36, 3 de junho de 2008.** Dispõe sobre regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, seção 1, n. 105, p. 50, 04 jun. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011.** Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Brasília, DF, seção 1, n.121, p.109, 27 jul.2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde.** Manual técnico: Brasília, DF; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Manual Prático para a implementação da rede cegonha.** Brasília. DF; 2011.

BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Serviços de Atenção Materna e Neonatal: Segurança e Qualidade.** Tecnologia em Serviços de Saúde. Brasília: DF; 1ª ed. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento / Ministério da Saúde**. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.465 p. – (Cadernos HumanizaSUS ; v. 4)

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). Diário Oficial da União, Brasília, DF, seção 1, p.50, 07 maio. 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução Nº 223, de Dezembro de 1999**. Disponível em: <http://www.abenfomg.com.br/site/arqs/outros/resolucao2.pdf>

BOCCOLINI, Cristiano Siqueira [et al]. **Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida**. Rev. Saúde Pública [online]. 2011, vol.45, n.1, pp. 69-78.

BHUTTA, Z.A.; DARMSTADT, G.L.; HASAN, B.S.; HAWS, R.A. **Community-based interventions for improving perinatal and neonatal health outcomes in developing countries: A review of the evidence**. Pediatrics 2005;115:519-617.

CANTRILL, RM; CREEDY, DK; COOKE, M; DYKES, F. **Effective suckling in relation to naked maternal-infant body contact in the first hour of life: an observation study**. BMC Pregnancy Childbirth. 2014 Jan 14; 14:20.

CHRISTENSSON, K.; BHAT, G.J.; AMADI, B.C.; ERIKKSON, B.; HOJER, B. **Randomised study of skin-to-skin versus incubator care for rewarming low-risk hypothermic neonates**. The Lancet 1998;352:1115.

HERRERA- GÓMEZ, A [et al]. **Retrospective study of the association between epidural analgesia during labour and complications for the newborn**. Midwifery. 2015 Mar 11.

KOETTKER, Joyce Green et al. **Resultado de partos domiciliares atendidos por enfermeiras de 2005 a 2009 em Florianópolis, SC**. Rev. Saúde Pública [online]. 2012, vol.46, n.4, pp. 747-750.

LANSKY, Sonia. **Gestão da qualidade e da integralidade do cuidado em saúde para a mulher e a criança no SUS-BH: a experiência da comissão perinatal.** Rev.Tempus Actas Saúde Coletiva,2010.v. 4, n. 4.p.191-199.2010.

LUDINGTON-HOE, Susan M.; FAAN, Kathy Morgan. **Infant Assessment and Reduction of Sudden Unexpected Postnatal Collapse Risk During Skin-to-Skin Contact.** rev. Newborn & Infant Nursing Reviews. 2014; 14(1): 28-33.

MATOS, Thaís Alves [et al]. **Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem.** Rev. bras. enferm. [online]. 2010, vol.63, n.6, pp. 998-1004.

McDONALD, S.J., MIDDLETON, P.; DOWSWELL, T.; MORRIS, P.S. **Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes (Review).** The Cochrane Collaboration, 2013.

MERCER, J.S.; ERICKSON-OWENS, D.A.; GRAVES, B.; HALEY, M.M. **Evidence-based practices for the fetal to newborn transition.** J Midwifery Womens Health 2007; 52:262-72.

MOREIRA, Maria Elisabeth Lopes [et al]. **Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil.**Cad. Saúde Pública [online]. 2014, vol.30, suppl.1, pp. S128-S139.

OREANO, Joana Moreira; BRUGGEMANN, Odaléa Maria; VELHO, Manuela Beatriz; MONTICELLI, Marisa. **Visão de puérperas sobre a não utilização das boas práticas na atenção ao parto.** Rev Cienc Cuid Saude. 2014 Jan/Mar; 13(1):128-136.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Maternidade Segura. Assistência ao parto normal: um guia prático.** Genebra: OMS, 1996.

ROSA, R [et al]. **Mãe e filho: os primeiros laços.** Esc Anna Nery Rev Enferm 2010 jan-mar; 14 (1): 105-120.

RENFREW, Mary J [et al]. **Midwifery and quality care: findings from a new evidence informed framework for maternal and newborn care.** Lancet .2014. vol 384. p.1129–1145.

SALVATORE, Gizzo [et al]. **Epidural Analgesia During Labor: Impact on Delivery Outcome, Neonatal Well-Being, and Early Breastfeeding.** Breastfeeding Medicine. August 2012, 7(4): 262-268.

SAXTON, A; FAHY, K; HASTIE, C. **Effects of skin-to-skin contact and breastfeeding at birth on the incidence of PPH: A physiologically based theory.** Women Birth. 2014 Dec;27(4):250-3.

TAKAHASHI, Yuki; TAMAKOSHI, Koji; MATSUSHIMA, Mikoyo; KAWABE, Tsutomu. **Comparison of salivary cortisol, heart rate, and oxygen saturation between early skin-to-skin contact with different initiation and duration times in healthy, full-term infants.** Early Human Development. 2011, vol 87. PP 151-157.

WHO, World Health Organization. **Appropriate Technology for Birth.** Lancet 1985; 2 (8452): 436-37.