

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA-CEE**

**LÍLIA MÁRCIA DE ALMEIDA SALOMÃO**

**OLHO NO OLHO E PELE NA PELE: PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA  
MONITORAR O QUARTO PERÍODO DO PARTO EM UMA MATERNIDADE  
PÚBLICA DE MINAS GERAIS**

**BELO HORIZONTE- MINAS GERAIS**  
**2017**

**LÍLIA MÁRCIA DE ALMEIDA SALOMÃO**

**OLHO NO OLHO E PELE NA PELE: PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA  
MONITORAR O QUARTO PERÍODO DO PARTO EM UMA MATERNIDADE  
PÚBLICA DE MINAS GERAIS**

Trabalho apresentado ao curso de Especialização de Enfermagem Obstétrica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Rede Cegonha.

Orientadora: Profa. Dra. Eliana Aparecida Villa

**Belo Horizonte-Minas Gerais  
2017**

**OLHO NO OLHO E PELE NA PELE: PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA  
MONITORAR O QUARTO PERÍODO DO PARTO EM UMA MATERNIDADE  
PÚBLICA DE MINAS GERAIS**

Trabalho apresentado ao curso de Especialização de Enfermagem Obstétrica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Rede Cegonha.

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Professor (a) Ms

---

Professor(a) Ms

---

Professor(a) Ms

Belo Horizonte, 24 de novembro de 2017.

Dedico este projeto a todas as mulheres e seus bebês assistidos por nós especializadas, que sem saber da grandiosidade deste aprendizado, nos permitiram fazer parte de suas vidas em um momento único e inesquecível para ambas as partes.

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus, por me sustentar e dar sabedoria e direcionamento, sempre.

Aos meus pais e irmãos pela compreensão e apoio.

Aos meus filhos e nora pelo estímulo e paciência.

Ao meu companheiro e amigo João Lúcio, que com paciência e entusiasmo sempre me motivou e acreditou na minha capacidade e competência para conclusão desse curso.

Aos meus colegas que acreditam no SUS e praticam suas atividades com amor e dedicação e fizeram parte dessa jornada.

Aos professores e preceptores de campo que, com muita competência e conhecimento me instruíram e enriqueceram meus conhecimentos para a construção desse Projeto.

“Contudo, tu mesmo me tiraste do ventre;  
deste-me segurança junto ao seio de minha mãe”.  
Salmo 22:9-10

## RESUMO

O contato pele a pele entre a mãe e o recém-nascido na primeira hora de nascimento traz benefícios complementares a curto e longo prazo, uma vez que mais do que definir o processo da amamentação, ele também proporciona uma maior estabilidade do recém-nascido, auxilia na expulsão da placenta, incentivando o vínculo entre mãe e filho e reduz o risco de hemorragias. O objetivo deste estudo é elaborar um projeto de intervenção unindo a prática do contato pele a pele a atividades relacionadas ao cuidado preconizado à puérpera no quarto período do parto, em uma Maternidade Pública de Betim. Metodologia: trata-se de um estudo exploratório, com a aplicação de um questionário junto às puérperas, para realização do diagnóstico situacional e a partir dos resultados, elaborar as propostas de ação. Acredita-se que a implementação do projeto de intervenção proposto pode promover mudanças nas práticas cotidianas em relação aos cuidados preconizados na hora ouro trazendo maior sensibilização conjunta da equipe para o contato pele a pele proporcionando um movimento de mudança nas práticas do dia a dia, reconhecendo a relevância dessa prática e concorrendo ainda para redução da morbimortalidade materna e neonatal. Conclui-se que a integração das práticas de cuidado para a promoção do contato pele a pele tal como deve ser realizado na primeira hora de nascimento conta com a necessidade de se reorganizar os ambientes.

**Palavras-chave:** recém-nascido, contato, nascimento, monitoramento, parto.

## ABSTRACT

Skin-to-skin contact between the mother and the newborn in the first hour of birth brings complementary benefits in the short and long term, since more than defining the breastfeeding process, it also provides greater stability of the newborn, helps in the expulsion of the placenta, encouraging the bond between mother and child and reduces the risk of bleeding. The objective of this study is to elaborate an intervention project combining the practice of skin-to-skin contact with activities related to the care recommended to the puerperal woman in the fourth period of delivery, in a Public Maternity Hospital in Betim. Methodology: it is an exploratory study, with the application of a questionnaire to the puerperal women, to carry out the situational diagnosis and from the results, to elaborate the proposals for action. It is believed that the implementation of the proposed intervention project can promote changes in daily practices in relation to the care recommended in the golden hour bringing greater team awareness for skin-to-skin contact, providing a movement of change in day-to-day practices, recognizing the relevance of this practice and also contributes to the reduction of maternal and neonatal morbidity and mortality. It is concluded that the integration of care practices to promote skin-to-skin contact as it should be performed in the first hour of birth counts on the need to reorganize the environments.

**Keywords:** newborn, contact, birth, monitoring, childbirth.





## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1- Distribuição dos óbitos infantis segundo componente – Brasil, 2000 a 2010.....	29
Figura1- Enfermaria “olho no olho, pele na pele”.....	43
Quadro1-Conteúdo para ação educativa.....	45
Quadro 2- Cronograma 1 – Proposta Educativa “ Olho no olho e Pele na Pele – um momento de ouro para a mãe e seu bebê”.....	46
Quadro 3- Cronograma 2– Atividades e tarefas complementares da Proposta Educativa “ Olho no olho e Pele na Pele – um momento de ouro para a mãe e seu bebê”.....	47

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	12
2 APRESENTAÇÃO DO SERVIÇO .....	15
3 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ATUAL E PERSPECTIVAS .....	18
4 REVISÃO DE LITERATURA .....	20
4.1. Políticas públicas de atenção à gestante e ao recém nascidos .....	20
4.2 O olhar sobre a amamentação .....	24
4.3 Os cuidados com a saúde do recém-nascido .....	27
4.4 Mortalidade infantil .....	28
4.5. Primeira hora pós-parto- hora de ouro .....	33
4.6 Hospital Amigo da Criança .....	35
4.7. A enfermagem e a hora ouro para o contato pele a pele .....	36
5. OBJETIVOS .....	37
6. PÚBLICO ALVO .....	38
7. METAS .....	38
8 Estratégias Metodológicas .....	39
8.1 Acompanhamento avaliativo do projeto .....	42
8.2 Cronograma de atividades .....	45
9 IMPACTOS GERADOS .....	48
10 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	50
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	53
ANEXOS .....	59

## 1 INTRODUÇÃO

O estabelecimento do contato pele a pele na primeira hora após nascimento entre a mãe e o filho, é preciso haver o cumprimento do chamado quarto passo para o sucesso do aleitamento materno amplamente divulgado pela OMS e pela Unicef, entretanto, muitas vezes, em razão do despreparo dos profissionais ou mesmo da própria condição da dinâmica de uma maternidade pública, como é o caso da entidade, objeto do estudo, este momento ainda não ocorre como preconizado (PINHEIRO; CECCIM, 2005)

A ação intervencionista desse projeto, busca promover mudanças necessárias para qualificar a assistência, a partir de diagnóstico identificado, dentro da própria Instituição em que o aluno em formação atua.

Frequentemente, o cotidiano de extremo estresse, elevado número de atendimentos, recursos físicos e humanos limitados, condições estruturais comprometidas, influenciam de forma negativa no atendimento prestado à mãe e ao recém-nascido, e até mesmo, uma postura negligente de alguns profissionais de saúde, fazendo com que o tempo estimado mínimo, de uma hora de contato pele a pele entre mãe e o bebê na sua primeira hora de vida, seja inferior ao que determina a Iniciativa Hospital Amigo da Criança. O resultado é o distanciamento entre o modelo proposto, baseado nas boas práticas para o parto e nascimento, e as práticas atuais consolidadas do cotidiano dos profissionais de saúde, especialmente aqueles que atuam em maternidades (ROSA, 2010).

O presente estudo é uma proposta de intervenção focada no contato pele a pele entre a mãe e o filho na primeira hora após o nascimento. Trata-se de um contato que se dá de forma precoce que significa colocar o recém-nascido, se o mesmo estiver em condições de saúde, sem roupa e diretamente disposto no tórax ou no abdômen de sua mãe, em posição prona, imediatamente depois do parto e que permaneça assim na primeira hora de vida. Tal procedimento irá promover a adaptação do recém-nascido à sua transição do espaço intra para o meio extra uterino, considerando que esta é uma das formas mais importantes de se incentivar e promover cuidados ao recém-nascido e também à mãe (BORDENAVE, 2002).

O contato pele a pele entre a mãe e o recém-nascido na primeira hora de nascimento traz benefícios complementares a curto e longo prazo, uma vez que, mais do que definir o processo da amamentação, ele também proporciona uma maior estabilidade térmica do recém-nascido, auxiliando na expulsão da placenta e incentivando o vínculo entre mãe e filho (PINHEIRO; CECCIM, 2005).

Caron e Silva (2002) mencionam o contato pele a pele como efeito de proteção do aleitamento ao longo da primeira hora de vida e o impacto disso sobre a redução da mortalidade neonatal constatada nas mais diversas pesquisas e estudos, indicando a importância desse contato como um cuidado que precisa ser garantido e assegurado em unidades obstétricas, sugerindo que todas as maternidades devam aderir a esta prática.

O Projeto de Intervenção traz a importância do contato pele a pele na chamada “Hora Ouro” também referenciado como “Golden Hour” tal como mencionou Rosa (2010)

Para contribuir com a redução das taxas de morbimortalidade e a obtenção evolução positiva em relação à qualidade de vida das crianças menores de 5 anos, especialmente nos países em desenvolvimento, a Organização Mundial de Saúde – OMS em conjunto com a Organização Pan-americana de Saúde - OPS, apoia o incentivo a todos os cuidados necessários à primeira hora após nascimento do bebê (BORSA; DIAS, 2004).

Dentre as diversas iniciativas do fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF, em conjunto com a Iniciativa Hospital Amigo da Criança – (IHAC), o chamado “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno - 2002” incentiva, no quarto passo, o contato pele a pele, que se refere a colocar o recém-nascido em contato com a pele de sua mãe, imediatamente depois do nascimento por, no mínimo, uma hora (BORDENAVE, 2002).

Na hora ouro, o contato pele a pele busca promover o reconhecimento natural entre mãe e filho de forma tranquila para o bebê se mostrar pronto para ser amamentado, sendo esse o momento propício para que o profissional ofereça as orientações à mãe, se forem necessárias.

Segundo a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher em 2006, a prática do contato pele a pele e aleitamento na primeira hora de vida entre as unidades de atendimento à saúde do Brasil, considerando as condutas desta primeira hora de vida do recém-nascido foram cumpridas apenas em 58% das maternidades públicas brasileiras (COUTO; PRAÇA, 2012).

Ações e políticas públicas, segundo Cruz et al (2007), vêm buscando a melhoria da qualidade da atenção à saúde prestada à gestante e também ao recém-nascido, com o objetivo maior de reduzir a mortalidade materna e infantil. O pacto pela redução da mortalidade materna e neonatal lançado no ano de 2004, buscou articular os diversos agentes sociais com foco na melhoria da qualidade de vida de mulheres e crianças. (Gomes et al, 2007).

No âmbito internacional, Rodrigues (2006) explica que o Brasil também se comprometeu com as metas dos objetivos do desenvolvimento do milênio entre os quais estão a redução da mortalidade de crianças menores de 5 anos de idade em dois terços entre os anos de 1990 até 2017.

O Ministério da Saúde, segundo Rosa (2010), reconhece iniciativas e também as experiências que priorizem a qualificação das redes de atenção materno-infantil em todo o país com o objetivo máximo de reduzir as taxas ainda preocupantes da morbimortalidade materna e infantil.

Em anos anteriores à década de 80, Pinheiro e Ceccim (2005) expõem que a prioridade era a execução de procedimentos não alinhados à uma assistência humanizada. A primeira mamada era estimulada simplesmente para cumprir um protocolo institucional, porém, isso ocorria num momento tardio, apresentando pouca eficácia de aprendizado e benefícios alcançados para

mãe e filho. Era comum que profissionais de enfermagem só apresentassem o recém-nascido à sua genitora, segundo esclarecem Cruz et al (2007), depois da realização dos cuidados imediatos, os quais constituíam prioridade na assistência, levando cerca de uma hora ou mais para estabelecer o primeiro contato com a mãe.

Ocorre que, ainda nos dias atuais, a conduta acima descrita acontece e tais constatações, de um cotidiano vivenciado em uma maternidade pública fizeram emergir a seguinte questão: É possível propiciar o contato pele a pele entre mãe e filho na hora ouro após o nascimento considerando as contribuições dos profissionais envolvidos no cuidado enquanto uma proposta intervencionista?

Desse modo que, a partir da vivência acadêmica e também profissional da autora deste estudo em uma maternidade pública na cidade de Betim, Minas Gerais, foi possível perceber, de forma empírica, que o incentivo ao Quarto Passo das diretrizes do IHAC se dava de maneira subjetiva e muitas vezes irregular. A falta de investimento no serviço público no decorrer de anos, implica na precariedade da estrutura física e na ausência de um espaço adequado na referida maternidade, que efetivamente pudesse promover o contato pele a pele entre mãe e recém-nascido.

Assim, o presente estudo tem por objetivo elaborar um plano de intervenção que considere as bases para a implementação de ações que viabilizem o contato pele a pele entre mães e recém-nascidos em uma maternidade pública de Minas Gerais.

A referida proposta conta com a organização de um espaço mais adequado para garantir o contato pele a pele e o monitoramento de dados vitais da puérpera no quarto período do parto, de forma a prevenir também os riscos de hemorragias e complicações no pós-parto imediato na Maternidade.

## **2 APRESENTAÇÃO DO SERVIÇO**

A maternidade Pública Municipal de Betim (MPMB) - Haydée Espejo Conroy foi fundada em 08 de maio de 1994 e foi a primeira instituição hospitalar

construída na Rede SUS/Betim destinada à assistência ao parto de risco habitual. A maternidade está localizada na periferia do município, próximo a FIAT automóveis, em região que compõe o maior aglomerado urbano de Minas Gerais e o 24º do país, com mais de 23 mil habitantes (IBGE 2010), cuja população vive em situação de vulnerabilidade social, grande índice de criminalidade, desemprego, altas taxas de violência e precárias condições socioeconômicas (BETIM, 2016).

A maternidade segue as Diretrizes da Política Nacional de Humanização da atenção e da gestão no SUS ou o número da referência e as propostas de assistência pactuadas pela Portaria Nº 569 de 01 de junho de 2000 e as Estratégias da Rede Cegonha/Ministério da Saúde (BETIM, 2016).

Além de ser referência para a gestante de risco habitual da população de Betim, é também referência para o risco habitual, desde 1996, para onze cidades do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraopeba (ICISMEP), a saber: Bonfim, Brumadinho, Crucilândia, Florestal, Igarapé, Juatuba, Mário Campos, Mateus Leme, Piedade Gerais, Rio Manso e São Joaquim de Bicas (BETIM, 2016).

A maternidade tem como missão, oferecer assistência hospitalar de qualidade, integral e humanizada a gestante, parturiente e puérpera de risco habitual e ao seu recém-nascido, respeitando os princípios do SUS. Tem como Visão ser reconhecida pelos usuários, funcionários e nacionalmente como uma maternidade que valoriza o trabalhador, realiza a gestão participativa e possibilita a família vivenciar uma experiência feliz e segura do parto e nascimento. Quanto aos valores: Respeito, ética, honestidade, compromisso, competência (BETIM, 2016).

A maternidade detém várias premiações por sua atuação na humanização da assistência e promoção do aleitamento materno, tais como:

- 1998- Título Hospital Amigo da Criança-UNICEF/MS
- 2002- III Prêmio Galba de Araújo- MS como reconhecida atuação com assistência humanizada ao parto e nascimento, referência no atendimento a mulheres vítimas de violência sexual, acima de 12 anos,



Projeto Nascer- redução da transmissão vertical HIV, hepatite B e sífilis congênita.

- 2005- Título Maternidade Segura- MS/SES.

Portanto, buscamos trabalhar com as Boas Práticas para o parto e nascimento, visando todo o processo de humanização na assistência prestada e integração com toda a rede SUS/Betim.

A Instituição possui o modelo de gestão participativa, centrada no gerenciamento de Linhas de cuidado da mulher e da criança, Linha de cuidado de Apoio (hotelaria, CME, SCIH, PGRSS, Nutrição) tendo como eixo estruturante a humanização da assistência em todos seus processos.

#### Estrutura Física

A recepção possui amplo balcão onde a usuária é recebida e acolhida. É confeccionada ficha de atendimento e a usuária é então encaminhada à sala de Acolhimento e Classificação de Risco Obstétrico (ACRO). Este serviço é realizado por enfermeiro qualificado e classificada por cores conforme protocolo.

A partir de sua classificação a gestante ou usuária é encaminhada para o atendimento com médico obstetra nos consultórios da admissão.

A admissão é contígua ao pré-parto, com dois consultórios, um banheiro e uma área de chuveiro separada.

O Pré-parto é convencional e possui 5 box's individualizados e um banheiro com chuveiro. Como estratégias para promoção da verticalização, dispomos de uma área de deambulação, anexa, com jardim, Bola de Bubbat e banquinho.

Como formas alternativas de alívio da dor, de forma não farmacológica, dispomos do atendimento de doulas, massagens, banho de chuveiro. Oportunamente são oferecidos chás adoçados às gestantes em trabalho de parto.

Possuímos 32 leitos credenciados para alojamento conjunto, porém estamos com apenas 27 leitos ativos devido interdição da Defesa civil desde 2016, em

decorrência de acomodação do terreno que comprometeu a estrutura física de uma parte da maternidade.

A Unidade Neonatal é caracterizada como UCINCO (Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional) com credenciamento de 14 leitos e 05 leitos de UCINCA (Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru).

O bloco obstétrico possui 03 salas preparadas para o atendimento às parturientes e são realizados procedimentos de parto normal, cirurgia cesariana, curetagens ou AMIU (Aspiração Manual Intrauterina), drenagens de abscessos mamários, drenagens de Bartholinites, e pequenos procedimentos relacionados à saúde da gestante, puérpera ou mulher. Não possuímos sala de recuperação anestésica, o que compromete o tempo de permanência da parturiente no bloco obstétrico, fazendo com que a equipe precise atuar de forma rápida e dinâmica para não comprometer a assistência às demais usuárias e possíveis urgências durante o plantão.

A Unidade conta ainda com serviços de apoio e diagnóstico (raio X - para os RN e Ultrassom obstétrico e de mama agendados pelas Unidades Básicas. Realizamos também ecocardiogramas de RN internado, que apresente alteração no teste do coraçãozinho. O exame é feito pela cardiologista infantil, às terças e quintas-feiras, buscando assim, alta segura para o bebê. Possuímos ainda, laboratório próprio, farmácia, sala de vacinas e lactário.

Os servidores são efetivos e concursados pela Secretaria Municipal de Saúde do município, porém estamos vivenciando um período de crise no quadro de recursos humanos de todos os setores, principalmente no quadro funcional de enfermagem e médico, com déficit importante na escala para cobertura dos setores, o que tem comprometido, muitas vezes, a assistência e dificultado a execução, inclusive, do projeto em questão.

### **3 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ATUAL E PERSPECTIVAS**

Apesar de trabalharmos com as boas práticas para o parto e nascimento e adotarmos medidas menos intervencionistas no trabalho de parto, o modelo de

atenção à gestante em trabalho de parto no município de Betim, ainda é centrado no médico obstetra.

Um dos impasses observados está no fato de que o cargo de Enfermeiro obstétrico ainda não é regulamentado no município. Portanto, apesar de possuímos três enfermeiras obstétricas na equipe da maternidade, essas não são atuantes. Dessa forma, os partos normais ainda acontecem, preferencialmente, dentro do bloco obstétrico e em posição de litotomia, definida pelo médico e não em posição de livre escolha da mulher.

No período de 2015 a 2016, Betim vivenciou um triste cenário com um somatório de oito óbitos maternos. Três desses óbitos ocorreram com puérperas que tiveram seus bebês na maternidade em questão, duas transferidas para Centro de Terapia Intensiva, vindo a falecer 24 a 72h após e uma delas, indo à óbito no próprio estabelecimento poucas horas após o parto, mesmo com todo empenho da equipe em assistí-la. Dois desses óbitos ocorreram em consequência de complicações hemorrágicas no pós-parto imediato.

Mediante os agravos acima citados, uma ampla discussão dos casos foi necessária junto ao Ministério Público, Secretaria Estadual de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, Comitê Municipal de Mortalidade, Comitê Estadual de Mortalidade, Hemominas, Instituições Hospitalares envolvidas (Hospital Público Regional de Betim e Maternidade Pública Municipal de Saúde) e vários outros setores envolvidos, como o Transporte do município, Unidades de Urgência e Emergência, SAMU, e municípios do ICISMEP.

O resultado dessas discussões foi a elaboração de um plano de ação com uma série de atividades, como oficinas, fluxogramas, atualizações, capacitações e intervenções que foram realizadas, tanto no campo da assistência pré-natal para identificação de risco e encaminhamentos, quanto da capacitação da equipe para atuação eficaz no controle da hemorragia.

#### **4 REVISÃO DE LITERATURA**

#### **4.1. Políticas públicas de atenção à gestante e ao recém nascidos**

A assistência à gestante, segundo Gomes et al (2007), ao longo de diversas décadas, recebeu uma orientação baseada na melhoria dos indicadores de saúde infantil, especialmente nos anos 80, quando houve um movimento de mulheres que indicou uma nova metodologia de atenção dada à Saúde da Mulher em que se primou pela autonomia e respeito aos direitos reprodutivos, principalmente no ano de 1983.

Buscando reforçar essa concepção, foi instituído pelo Ministério da Saúde, o chamado Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que contava com pilares filosóficos e conceituais voltados à integralidade e autonomia corporal. Estes foram estimulados e discutidos nas ações educativas ao longo do referido programa (COUTO.PRAÇA, 2012).

O foco centrou-se no cuidado, na perspectiva da *integralidade* considerando que os profissionais e gestores necessitavam de ampliar o olhar acerca da maneira de se relacionar com as mulheres, seja para tratá-las enquanto sujeitos detentores de direitos, seja para as questões sexuais e reprodutivas conforme mencionado por (PARPINELLI; OSIS, 2005).

Não obstante, Pinheiro e Ceccim (2005) assinalam que, considerando uma perspectiva de direitos e cidadania, no ano 2000, o Ministério da Saúde do Brasil instituiu o chamado programa de humanização do pré-natal e nascimento através da Portaria GM nº 569 de 1º de junho de 2000.

O referido programa<sup>10</sup> determinou uma melhor atenção dada à saúde da mulher e também do recém-nascido, buscando a redução das elevadas taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatais registradas no país buscando garantir a melhoria do acesso, da cobertura e, também, da qualidade do acompanhamento pré-natal, parto e puerpério, às gestantes e aos recém-nascidos.

Considera-se como uma das premissas básicas do programa a humanização da assistência obstétrica e neonatal<sup>11</sup>. Assim, dois critérios foram considerados essenciais: o acolhimento a mulher e seus familiares e o emprego de métodos não farmacológicos para alívio à dor, evitando práticas intervencionistas desnecessárias (VENÂNCIO et al, 2010).

A operacionalização do referido programa contou com a previsão da inclusão de novos exames laboratoriais, além da captação precoce da gestante, considerando os incentivos financeiros, regulação, investimentos na assistência obstétrica e neonatal, contemplando as três esferas de governo: Municipal, Estadual e Federal (COUTO; PRAÇA, 2012).

Para o fortalecimento aos critérios da humanização da atenção obstétrica e neonatal, no ano de 2004, o Ministério da Saúde transformou o programa de assistência integral à saúde da mulher em política nacional de atenção integral à saúde da mulher como afirma Rodrigues (2006).

Nesse sentido, Velho et al (2010) afirmam os objetivos passaram a ser efetivamente a promoção da melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras face à segurança dada aos direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos bens e serviços de promoção, prevenção, assistência e também, a recuperação da saúde, em todo o território brasileiro:

Buscou-se contribuir com a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, principalmente as consideradas situações evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos mais variados grupos populacionais, sem qualquer distinção. Além disso, primou-se por ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no SUS - Sistema Único de Saúde.

Ainda que as propostas instituídas pelo Ministério da Saúde face à realidade no atendimento à mulher não promova mudanças mais expressivas, o cuidado integral, fundamentado nos direitos da mulher como pessoa dotada de

necessidades individuais e também pertencente a uma rede de apoio, revela-se como uma questão ainda incipiente de acordo com Rosa (2010).

Deste modo é que, para assegurar a mulher um cuidado mais humanizado e responder às suas concepções propostas, a portaria GM nº 2418 do Ministério da Saúde, em 2 de dezembro de 2005, alinhado ao artigo 1º da Lei 11108 de 7 de abril de 2005 possibilitou que todas as gestantes tivessem direito a um acompanhante de sua livre escolha, por todo o período de pré-natal, parto e pós-parto, nos hospitais públicos e conveniados ao Sistema Único de Saúde<sup>10</sup> e privados ((PARPINELLI; OSIS, 2007).

Buscando implementar uma prática mais integrada, Pinheiro e Ceccim (2005) citam que no ano de 2008 foi lançado a Rede Amamenta Brasil como uma estratégia de promover proteger e apoiar o aleitamento materno. A referida Rede tem como proposta, o aumento dos índices de amamentação no Brasil, capacitando os profissionais atuantes nas Unidades Básicas de Saúde – UBS e Saúde da Família, para que se tornem agentes de mudança no ensino e também na aprendizagem sobre a questão da amamentação (LANA, 2016).

Em 2012, foi lançada a Estratégia Nacional para a Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS – Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Tal medida objetiva qualificar o processo de trabalho dos profissionais da atenção básica, incentivando a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável para crianças menores de dois anos de acordo como menciona (COUTO; PRAÇA, 2012).

Vale citar a iniciativa do Ministério da Saúde brasileiro que lançou a Rede Cegonha, mediante Portaria n 1.459, em 2011, assegurando às mulheres a possibilidade de acesso ao planejamento reprodutivo, atenção humanizada à gravidez, parto, abortamento e puerpério como citou Lana (2016). A Rede Cegonha assumiu o papel de estimular a transformação do modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança focando na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de 0 a 24 meses. Para tanto, traz a proposta de reformulação da Atenção à Saúde Materna e

Infantil buscando assegurar o acesso, acolhimento e resolutividade e, deste modo, reduzir a mortalidade materna e infantil destacando componente neonatal (LANA, 2016).

A Rede Cegonha traz em seu escopo a importância da qualificação dos profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento às mulheres ao longo da gestação, parto e puerpério, tal como a criação de estruturas de assistência, como a Casa da Gestante, Bebê e Puérpera, e os Centros de Parto Normal, que devem ter funcionamento em conjunto com a maternidade, para humanizar o nascimento (BARONI, 2010).

O aspecto da implantação das boas práticas de atenção ao parto e nascimento nas maternidades, Duarte et al (2012) assinalam que é determinado como critério máximo da rede, considerando dentre as práticas, o direito a acompanhante de livre escolha da mulher no decorrer de todo o trabalho de parto, parto e puerpério, o incentivo a participação do pai no nascimento do filho, estímulo dado aos vínculos. Para tanto conta com o investimento em ambiência, considerando a importância do local onde a parturiente dará à luz ser adequado para ofertar privacidade e conforto para ela e seu acompanhante como citam Duarte et al (2012).

De acordo com Lana (2016), também são ofertadas alternativas não farmacológicas para o alívio da dor e estruturação do cuidado, proporcionando o contato pele a pele da mãe com seu bebê imediatamente após o nascimento, práticas já consolidadas como benéficas para os dois. O programa também traz a proposta de se ter sempre um leito disponível para a mãe e o recém-nascido nas unidades de saúde, buscando evitar a peregrinação das mulheres e recém-nascidos nos diversos serviços como descreveram os mesmos autores.

Fortalecendo os propósitos da Rede Cegonha, em 2012, o MS publicou a portaria 930 definindo as diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os parâmetros de classificação e habilitação de leitos de Unidades Neonatais no âmbito do Sistema Único de Saúde (GOMES; MELCHIORI, 2012).

## 4.2 O olhar sobre a amamentação

Para a OMS, Pinheiro e Ceccim (2005) mencionam a amamentação é considerada uma prática imprescindível à promoção do crescimento e desenvolvimento infantil e para a reduzir a mortalidade infantil. O aleitamento materno conta com benefícios diversos à saúde da criança, entre eles, a redução de doenças infecciosas e alérgicas e melhoria do desenvolvimento cognitivo e intelectual. Para a mãe, os benefícios contemplam a menor incidência de hemorragia pós-parto e a recuperação adequada no pós-parto.

A amamentação oferece melhoria na interação física e psicológica entre mãe e filho, promove o vínculo mãe-bebê e potencializa o desenvolvimento infantil saudável. Uma das medidas do Ministério da Saúde no fortalecimento e prolongamento do tempo do aleitamento materno é IHAC, idealizada pelo UNICEF e pela OMS em 1989 tal como assinalam Pasqual et al (2009).

Tal iniciativa mundial definiu como objetivos máximos a promoção, proteção e apoio à prática do aleitamento materno, reduzindo a morbimortalidade infantil, melhorando as práticas hospitalares e reduzindo as taxas de desmame precoce como descreve (ZIMMERMANN, 2010).

De acordo com Pinheiro e Ceccim (2005), uma das premissas básicas da “Iniciativa do Hospital Amigo da Criança”, é a transformação no processo de trabalho, sob o entendimento de que as práticas para a promoção do aleitamento materno das instituições hospitalares não proporcionavam uma ação eficiente. Assim sendo, Souza (2012) cita a proposta considera o cenário das maternidades para a reestruturação das ações de promoção do aleitamento materno, fomentando padrões de qualidade da amamentação, para atendimento e cumprimento de diretrizes definidas pelos “Dez Passos do Aleitamento Materno” .

De acordo com Klaus et al (2016), atendendo aos critérios da referida proposta, adquire-se padrão de excelência nos aspectos de incentivo ao aleitamento materno e na atenção obstétrica e neonatal, fazendo com que se tenha



referência em aleitamento materno, no atendimento humanizado ao recém-nascido e local de capacitação de equipes multidisciplinares. Não obstante, a proposta da Iniciativa do Hospital Amigo da Criança passou por revisões sendo atualizada e ampliada para o cuidado integrado.

As políticas exigem práticas amigas da mãe, Lana (2016) defende incorporando ações de encorajamento às mulheres a terem ao seu lado acompanhantes, de sua livre escolha, ao longo do trabalho de parto e parto; encorajamento às mulheres a caminharem e a se movimentarem durante o trabalho de parto e a assumirem as posições por elas desejadas na hora de parir; não fazer uso de procedimentos invasivos desnecessários e estimulando as mulheres a considerarem o uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor.

Reforçando a Iniciativa do Hospital Amigo da Criança, a Organização Internacional MotherBaby Childbirth Organization (IMBCO), criou a Iniciativa Internacional para o Nascimento Mãe-bebê (IMBCI) em 2008, objetivando melhorar os serviços de atendimento à gestação e maternidade, de modo a salvar vidas, prevenindo doenças e danos decorrentes do abuso das tecnologias obstétricas, assim como promover a saúde de mães e bebês em todo mundo (GOMES; MELCHIORI, 2014).

Azevedo e Stamatto (2010) citam que um dos importantes passos da Iniciativa do Hospital Amigo da Criança que contribui com a construção do vínculo é o Passo 4, propondo o contato pele a pele entre a mãe-bebê e o estímulo à amamentação na primeira meia hora após o parto, foco desta proposta. Estudos como os de Nassif (2009) e Matos (2010), revelam que logo após o parto a mãe está pronta para tocar o recém-nascido e ambos estão envoltos de substâncias que os deixam biologicamente preparados para uma interação mãe-filho.

Santos (2014) esclarece, o bebê imediatamente depois de nascer permanece em estado de alerta por cerca de quarenta (40) minutos. A mulher revela um comportamento maternal, provocado por ação hormonal, simplificando as

trocas fisiológicas do estado gravídico para o estado puerperal. O dado momento é visto como ideal para o estabelecimento e fortalecimento do vínculo afetivo e promoção da lactação.

O contato pele a pele auxilia a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina, auxilia no estabelecimento da amamentação, pois contempla o primeiro período de alerta e o comportamento inato do bebê de tentar pegar a mama durante a primeira hora de vida (GOMES; MELCHIORI, 2014).

Deve ser feito de forma precoce para que o bebê seja disposto em contato com a flora cutânea de sua mãe, antecedendo o contato do recém-nascido com os microrganismos hospitalares. O referido momento entre o binômio estimula a aproximação da mãe e do bebê propiciando a construção do vínculo entre eles (SCHOLZE et al, 2010).

No incentivo à promoção da amamentação na primeira meia hora pós-parto a família e a equipe assistencial tem um papel determinante para a realização do contato pele a pele- mãe-bebê na promoção do cuidado humanizado na atenção obstétrica e neonatal (GOMES; MELCHIORI, 2014).

Os profissionais do cuidado, que atuam na assistência direta à parturiente e ao recém-nascido tem uma função imprescindível no estímulo ao contato precoce podendo agir como facilitadores ou complicadores desta ação se acordo com. Azevedo e Stamatto (2010).

A partir do instante que se tem a compreensão sobre as percepções das puérperas no parto e das necessidades imediatas dos recém-nascidos no pós-parto, depara-se com a importância em prestar um cuidado humanizado e integral, coerente com os direitos das famílias, em serem acolhidas e assistidas nas suas necessidades como mencionaram Nassif (2009).

Outra proposta pertencente ao rol das práticas da IHAC, trata-se do Alojamento Conjunto, permitindo que mães e bebês permaneçam juntos, vinte e quatro horas por dia. Mais do que um espaço de promoção ao aleitamento materno de

forma livre, configura-se um lugar de construção e fortalecimento de vínculos após o nascimento, de forma continuada, processo este, essencial à vida humana tal como menciona MOREIRA et al. (2012).

No Alojamento Conjunto a família sente-se mais segura, tranquila e confiante, uma vez que participa ativamente de todos os cuidados com o recém-nascido, orientados por uma equipe preparada e qualificada. Seguindo as premissas de incentivo ao aleitamento materno, tem-se a proposta de educação permanente de toda a equipe composta por normas e rotinas disseminadas para o conhecimento de todos, demonstrando à mãe como amamentar e manter a lactação e incentivar o aleitamento materno sob livre demanda (SCHOLZE et al, 2010).

Assim sendo, a equipe de enfermagem precisa refletir e assumir uma postura profissional de refletir até que ponto o seu cuidado valoriza a integração entre mãe e filho, para que a sua prática não se dê de modo pessoal e fragmentada, mas se fundamente no respeito e acolhimento, objetivando a construção e fortalecimento do binômio mãe-filho (GOMES; MELCHIORI, 2014).

#### **4.3 Os cuidados com a saúde do recém-nascido**

No que se refere ao cuidado com recém-nascido, o mesmo é visto com grande importância para a redução da mortalidade infantil, assunto que ainda é uma preocupação para os gestores de saúde no Brasil, tal como a promoção de uma melhor qualidade de vida e, também, na redução das desigualdades no atendimento da saúde (SILVA; CLAPIS, 2011).

.

No período neonatal tem-se uma fase de expressiva vulnerabilidade na vida, em que se tem uma maior fragilidade aos riscos biológicos, ambientais, socioeconômicos e culturais, deparando-se com a necessidade de se ter cuidados especiais, além de uma atuação proativa e oportuna, buscando a integralidade e a qualificação de proteção social de saúde no âmbito dos direitos assegurados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA. Vale

reforçar que é na primeira semana de vida, principalmente a do primeiro dia de vida, que se tem a representatividade de 25% das mortes infantis que ocorrem no Brasil (LANA, 2016).

As ações de promoção, prevenção e de assistência à saúde, direcionadas às gestantes e também ao recém-nascido são determinantes para a condição de saúde dos indivíduos no período neonatal até a vida adulta como visto nos estudos de Azevedo e Stamatto (2010).

Esta temática gradativamente tem aumentado as ações que focam na saúde intrauterina além das próprias condições do nascimento e no período neonatal, evitando problemas crônicos degenerativos da vida adulta tal como obesidade, diabetes, doenças cardiovasculares, dentre outras (MOREIRA et al. 2012).

É importante considerar o que assinala Klaus et al (2016), a gestação e o nascimento precisam ter prioridade na atenção à saúde da população e, a partir deste contexto, que se tem a definição de medidas para melhoria da saúde da gestante e, também, do recém-nascido.

Trata-se de grande desafio para a redução da mortalidade infantil no Brasil, além disso, a promoção da qualidade de vida de sua conduta como elemento imprescindível para conformação de redes regionalizadas e também efetivas de atenção perinatal em que se tem a unidade hospitalar, demonstrando-se como um dos pontos de atenção, uma vez que, de forma isolada, não é o bastante para prover o cuidado integralizado (SCHOLZE et al, 2010).

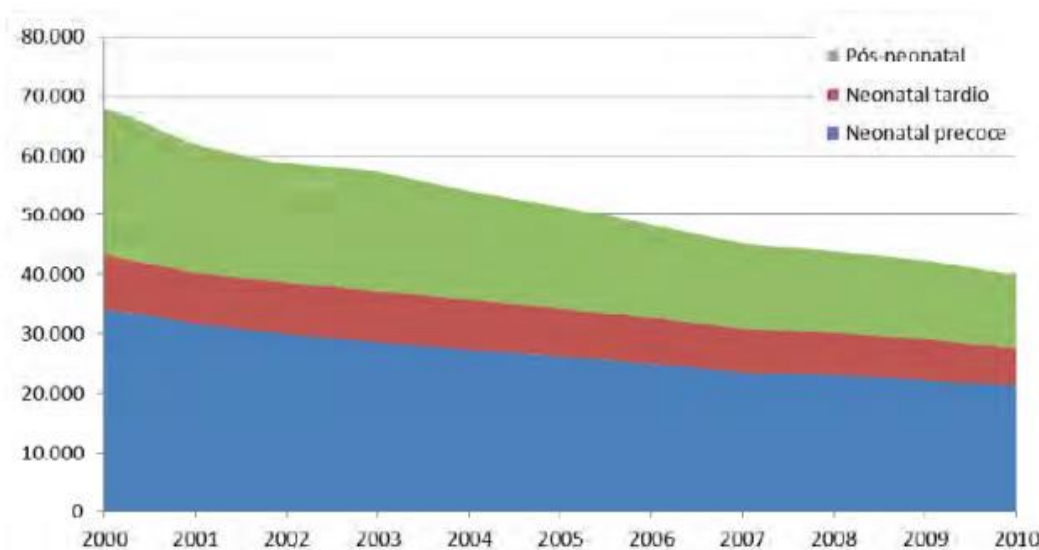
#### **4.4 Mortalidade infantil**

A mortalidade infantil refere-se a um indicador da condição de vida e saúde da população que no Brasil vem reduzindo progressivamente em razão dos esforços direcionados por parte de toda a sociedade, principalmente dos serviços e profissionais de saúde, acelerando esta redução e alcançando índices mais satisfatórios para a população brasileira (NASSIF, 2009).

Especificamente em relação à mortalidade neonatal que é aquela que ocorre entre (entre zero e 27 dias de vida), esta representa cerca de 60% a 70% da mortalidade infantil e, portanto, maiores avanços na saúde da criança brasileira exigindo maior atenção à saúde do RN (BRASIL, 2015).

Foram 39.870 crianças que morreram no País antes de completar 1 ano de vida em 2010, correspondendo a uma taxa de mortalidade de 16,2 por mil nascidos vivos (dado corrigido). Considera-se que a queda da mortalidade infantil no País é expressiva, com menor velocidade no componente neonatal precoce (zero – 6 dias de vida) como se vê no Gráfico 1:

Gráfico 1 – Distribuição dos óbitos infantis segundo componente – Brasil, 2000 a 2010



Fonte: Brasil, 2015.

Considera-se que para promoção de equidade, portanto, tem-se a necessidade de se ter maior empenho dirigido à população com maior limitação no acesso aos serviços de saúde, menor escolaridade, maior vulnerabilidade e maior necessidade de atenção integral qualificada, resolutiva e continuada de saúde (NASSIF, 2009).

As afecções perinatais têm uma representatividade de causa mais frequente de óbito no primeiro ano de vida e de óbito de crianças menores de 5 anos. A maioria das mortes infantis se dão nos primeiros dias de vida da criança, e em razão das patologias consideradas evitáveis, como infecção, asfixia ao nascer e complicações da prematuridade (MOREIRA et al. (2012).

O elevado número de morte por asfixia intraparto, especialmente em crianças com peso ajustado ao nascer e em gestação de baixo risco, revelando o grande potencial de evitabilidade das referidas mortes. A asfixia neonatal apresenta-se como uma das principais causas de morbidade hospitalar em RN, deixando sequelas graves para o ser. Porém, os obtidos decorrentes de pneumonia, diarreia e desnutrição continuam sendo as causas importantes e evitáveis de mortes de crianças, atingindo especialmente o período pós-neonatal (28 dias a 1 ano de vida) (GOMES; MELCHIORI, 2014).

De acordo com Azevedo e Stamatto (2010), o atendimento prestado à gestante, à puérpera e ao RN precisa ter prioridade com acolhimento, avaliação de risco e monitoramento pelos serviços de saúde. A denominação de RN de risco significa àquele exposto a situações em que se tem maior risco de evolução desfavorável, devendo ser imediatamente reconhecidas em todos os seguimentos de atenção à saúde, uma vez que exige atenção especial e prioritária. Tais situações podem se fazer presentes no nascimento – RN de risco ao nascer – ou ocorrer no decorrer da vida da criança.

A Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e a Redução da Mortalidade Infantil preconiza critérios para identificação do RN de risco, os quais podem ser assim descritos como descrevem Matos (2010)

- Baixo nível socioeconômico.
- História de morte de criança menor de 5 anos na família.
- Criança explicitamente indesejada.
- Mãe adolescente (<20 anos).
- RN pré-termo (<37 semanas).
- RN com baixo peso ao nascer (<2.500g).

- Mãe com baixa instrução (<oito anos de estudo).

Importante mencionar Matos (2010), sobre as condições de risco adquiridas ao longo da vida, como desnutrição e internações recorrentes, dentre outras, serem consideradas pela atenção básica para vigilância em saúde da criança. Ademais, o RN de alto risco precisa receber maior atenção face à necessidade de cuidados pela equipe da atenção básica de saúde, frequentemente demandando atendimento especializado por equipe multiprofissional, devidamente qualificados e capacitados.

São crianças que precisam de acompanhamento preferencial na atenção secundária, além de terem acompanhamento pela atenção básica, de acordo com a rede de atenção regional. São relacionados os seguintes critérios para identificar o RN de alto risco tal como assinala Azevedo e Stamatto (2010):

- RN com asfixia grave ao nascer (Apgar <7 no 5<sup>o</sup>min).
- RN pré-termo com peso ao nascer <2.000g.
- RN <35 semanas de idade gestacional.
- RN com outras doenças graves.

É de suma importância contar com a interlocução entre os serviços de saúde em todos os níveis de complexidade, alinhamentos para a dinâmica dos serviços e definição de atribuições e responsabilidades dos profissionais<sup>40</sup>.

Deste modo é que se tem a possibilidade de atenção integral que assegure a continuidade potencializando a assistência, os recursos e fomentando a atenção focada na redução da mortalidade por situações evitáveis e sequelas passivas de comprometimento da vida destas crianças e suas famílias como desta pondera (SILVA; CLAPIS, 2011).

Para definir o fluxo para assistência dessa população é imprescindível a orientação da necessidade de planejamento da prestação de serviços na rede de saúde. Consideram-se os princípios assistenciais na lógica de cuidado perinatal, sendo os seguintes citados por Klaús et al (2016):

- Qualidade, integralidade, resolutividade e continuidade do cuidado, com responsabilização até a resolução completa dos problemas.
- Promoção de vínculo entre o profissional e o usuário do sistema de saúde, estreitando as relações de confiança e de corresponsabilidade, incentivando o autocuidado e o reconhecimento de risco.
- Prática de ações de promoção integral da saúde e prevenção de agravos, para além do atendimento apenas às demandas colocadas.
- Integração da rede de saúde e outros setores de assistência e desenvolvimento social para incremento das condições de vida da família.
- Acolhimento.

Parte-se da premissa de que todo RN e gestante com intercorrências e/ou em trabalho de parto precisam ser priorizados no atendimento, além disso, devem ser acolhidos, ter sua avaliação e assistência em qualquer ponto de atenção na rede de saúde no qual buscam assistência, quer na Unidade Básica de Saúde, o serviço de urgência, maternidade ou o hospital, de maneira a não se ter perda de oportunidade de fomentar cuidados adequados a cada caso (MATTOS, 2010).

Parte-se para uma avaliação da necessidade de realização de determinado tratamento, internação e/ou transferência responsável para serviço de maior complexidade, diante da necessidade. A peregrinação das gestantes por assistência não é incomum, a vigilância dos óbitos infantis no País vem demonstrando que na maior parte dos casos, a gestante passa pelo serviço de saúde ao longo da doença que a conduz à morte e não conseguem resposta adequada e em tempo oportuno (SILVA; CLAPIS, 2011).

..

É preciso considerar que o acolhimento à gestante e a resposta de modo qualificada e responsável, enquanto um compromisso de todo profissional no



serviço de saúde é essencial para a prevenção da morbidade e de mortes maternas e infantis evitáveis (MOREIRA et al, 2014)

#### **4.5. Primeira hora pós-parto- hora de ouro**

O processo do nascimento é considerado um evento importante e que pode envolver extremo estresse para o ser que está vindo à luz. No recém-nascido tímido e cansado, ingresso em um contexto bastante distinto das antigas condições uterinas traz a necessidade de se ter consciência da importância deste instante para toda a vida do ser humano. Tal postura tem sido cada vez mais abordada nos estudos e pesquisas dos profissionais da área de saúde (LONGO et al, 2014).

A promoção do contato pele a pele entre a mãe e o filho tem sido objeto de diversos trabalhos científicos comprovando as variadas vantagens e benefícios, seja sobre a esfera fisiológica, seja sobre psicossocial na saúde da mãe e também na saúde do recém-nascido. A mesma precisa ser estimulada desde os primeiros minutos de vida, necessitando ser respeitada a sua individualidade e a singularidade envolvendo binômio mãe e filho (MOREIRA et al. 2012)..

Após o nascimento, o recém-nascido passa por uma fase denominada inatividade de alerta, com a duração média de 40 minutos em que se tem a preconização da redução dos procedimentos de rotina com manipulação mínima do recém-nascido de baixo risco<sup>47,48,49</sup>. Nessa fase, o contato mãe e filho precisa ser estimulado, uma vez que se refere a um período de alerta, que tem a função de trazer o reconhecimento das partes, dando início a exploração do corpo da mãe pelo bebê (LONGO et al, 2014).

O contato pele a pele de mãe e filho precisa iniciar imediatamente após o nascimento, devendo ser constante, prolongado e definido entre a mãe e o filho, numa condição saudável. O contato pele a pele produz vantagens como a tranquilidade do bebê e da mãe que entram em uma sintonia única proporcionada por este momento assim como pondera (LONGO et al, 2014)

O auxílio que se dá na estabilização sanguínea, os batimentos cardíacos e a respiração da criança entram em nível de maior tranquilidade e calma, com a redução do choro e do stress do recém-nascido, além de menor perda de energia, mantendo o mesmo aquecido através da transmissão do calor de sua mãe (KLAUS et al, 2016).

É importante falar também da amamentação, que neste primeiro momento, promove-se entre a mãe e o filho um contato íntimo, frequente e prolongado, repercutindo na estreita e intensa relação de união entre os dois. Essa maior ligação entre mãe e filho oferece uma condição de melhor compreensão das necessidades do bebê, facilitando o desempenho do papel materno e auxiliando a transição gradual do recém-nascido na condição intra para a extra uterina (LANA et al, 2016).

Nessa primeira hora depois do parto, todos os esforços devem ser centrados de forma a não separar a mãe do bebê, considerando que ambos estão clinicamente estáveis. É possível esperar para os procedimentos de pesagem, antropometria, exames clínicos, administração de injetáveis e colírios, assim como o banho e colocação das vestimentas, sejam postergadas, sendo consideradas ações secundárias. Neste sentido é que se fala no contato pele-a-pele como sendo um momento único que pode ser decisivo para o binômio mãe-filho, do ponto de vista fisiológico e psicológico (LONGO et al, 2014).

O contato pele a pele promove o estímulo e a liberação de ocitocina, provocando a contração uterina, respondendo pela ejeção do leite. Além disso, também auxilia na estabilização de temperatura corporal do recém-nascido e possibilita a estabilização dos batimentos cardíacos e da respiração, diminuindo a frequência do choro e do estresse, além de aumentar e estabilizar os níveis de glicose no sangue do bebê (LONGO et al, 2014).

Para Klaus et al (2016), é importante considerar que, por meio deste contato do recém-nascido com a mãe na hora ouro é uma condição que viabiliza a colonização da pele do bebê com a flora materna, contribuindo para redução

dos riscos de infecções por bactérias hospitalares e melhorando expressivamente o estabelecimento do vínculo da mãe e filho.

Observa-se que, em alguns hospitais, todos esses cuidados secundários como pesar, medir, dar banho e etc., são considerados mais prioritários que o contato pele a pele. Muitas vezes é comum que logo após o nascimento, o recém-nascido seja levado para a mãe dar apenas uma olhada por poucos minutos e já conduzi-los aos cuidados não tão importantes como o contato pele a pele (MOREIRA et al, 2014).

Nesse tempo de cuidado distante da mãe na fase de alerta durante aproximadamente 40 minutos de vida é que deveria se estabelecer o importante contato pele a pele, em que o bebê chora vigorosamente e apresenta um reflexo de sucção intenso, procurando incentivar a mamada por meio do cheiro, dando início aos reflexos de procura sucção e deglutição (LANA, 2016)

Nesse sentido, se forem prioritários os cuidados com a higienização do bebê, bem como os cuidados estéticos faz com que o recém-nascido chegue ao contato com a mãe, mais sonolento, sem o instinto de mamar, em que o contato pele a pele passa a ser suprimido por rotinas hospitalares, totalmente contra indicadas (LONGO et al, 2014).

Sendo comprovados os benefícios fisiológicos, imunológicos, nutricionais e psicossociais da amamentação, seja para a mãe, seja para criança, todos os esforços precisam ser empreendidos com o propósito de promoção de proteção e apoio à prática do aleitamento materno. São enfatizados, também, a implementação das práticas e políticas de ações de estímulo dado ao recém-nascido ao seu melhor início de vida possível, sendo importante considerar que o contato pele a pele com a mãe pode encorajá-la a reconhecer que o bebê está pronto para dar início a amamentação, recebendo todo o apoio e orientação adequado ((LONGO et al, 2014).

#### **4.6 Hospital Amigo da Criança**

Para o sucesso do credenciamento e manutenção do título de uma instituição de saúde enquanto o hospital amigo da criança, depara-se com alguns critérios tidos como imprescindíveis ao processo, dentre eles o treinamento de toda a equipe que trabalha com mães e bebês (NASSIF, 2009).

A sensibilização dos gestores dos serviços da maternidade, assim como de todos os profissionais envolvidos, de forma direta ou indireta na assistência, precisam estar conscientes e empenhados em ter rotinas escritas e práticas profissionais adequadas aos critérios visando promoção do aleitamento materno e boas práticas no parto e nascimento evitando assim o aumento da morbi mortalidade materna, fetal e infantil, assim como evitar o desmame precoce (MATTOS, 2010)

É preciso ressaltar que os altos índices de cesarianas, assim com uma larga disseminação de analgesia para o parto natural, também pode contribuir negativamente para o estado de alerta do bebê após o nascimento. Tal fato, pode resultar em sonolência, dificultando também a realização do contato pele a pele de mãe e filho (SILVA; CLAPIS, 2011).

Os profissionais de saúde possuem um papel determinante na realização deste contato pele a pele na hora ouro, uma vez que podem estimular e facilitar considerando a prolongação dos cuidados de rotina e o suporte profissional. Estes trazem a proteção contra aos prejuízos causados pelo desrespeito dos mecanismos fisiológicos do recém-nascido e, também, as evidências científicas acerca do aleitamento materno na hora ouro (SILVA; CLAPIS, 2011)

#### **4.7. A enfermagem e a hora ouro para o contato pele a pele**

Teles (2010) descreve que o principal objetivo do profissional de enfermagem e se ater ao cuidado com o ser humano consistindo na essência da profissão se dando em um contexto de experiências. É imprescindível compreender a natureza do cuidado no âmbito da enfermagem considerando a complexidade e também o dinamismo das questões que contemplam o bem-estar a saúde à

população; as questões técnicas e científicas; os preceitos éticos estéticos e, também, filosóficos, além de uma visão humanista e cultural, configurando a enfermagem como a mais antiga prática da história do mundo.

A particularização da enfermagem no âmbito do nascimento tem um cuidado direcionado, especialmente, ao bem-estar do recém-nascido e da parturiente, considerando a primazia das ações da enfermagem na hora ouro, considerando que o pele a pele consegue o alcance de uma maior integridade a saúde de ambos, sendo necessário primar por um modelo de atenção que fortaleça práticas de cuidado da equipe de enfermagem e o seu papel na promoção do vínculo entre a mãe e o filho (TOMA; REA, 2008).

É importante ressaltar para a equipe que o “não fazer” nesse momento, o “postergar” ações cuidadoras nesse instante é fazer corretamente seu trabalho e cumprimento de uma ação de extrema importância. É conseguir enxergar seu real papel e responsabilidade para com aquele binômio sob seus cuidados.

Tem-se o reforço deste binômio, reconhecendo a necessidade de cuidados entre as mães e seus recém-nascidos, modificando rotinas hospitalares, valorizando a dimensão individual e também, as ações para construir e fortalecer toda a experiência proporcionada pela hora ouro após o nascimento (TOMELERI, 2007).

## 5. OBJETIVOS

**Objetivo Geral:** Implementar a prática do contato pele a pele em sala de parto, logo após o nascimento e viabilizar local adequado que permita o monitoramento sistemático do binômio mãe-filho, no quarto período do parto.

### **Objetivos específicos:**

1. Melhorar os indicadores referentes ao Contato Pele a Pele pactuados com a Rede Cegonha para manutenção do título de Iniciativa Hospital Amigo da Criança e diretrizes de humanização na assistência ao parto e nascimento;

2. Melhorar os indicadores do aleitamento materno na primeira hora de vida;
3. Favorecer a criação do vínculo afetivo entre mãe-bebê nas primeiras duas horas após o parto;
4. Melhorar a qualidade da assistência de enfermagem, prestada no quarto período do parto com acompanhamento adequado da puérpera nas duas primeiras horas de pós-parto imediato, conforme as diretrizes da CONITEC/2017.
5. Reduzir a morbimortalidade por hemorragias no quarto período do parto com identificação precoce de sinais de alerta e comunicação efetiva com equipe em tempo hábil.
6. Favorecer a alimentação do banco de dados para o monitoramento de indicadores de qualidade da assistência por meio do registro, em livro próprio, das ações praticadas no contato pele a pele.
7. Monitorar os indicadores de qualidade da Rede Cegonha e Iniciativa do Hospital Amigo da Criança.

## **6. PÚBLICO ALVO**

Serão beneficiados com o contato pele a pele todas as puérperas que desejarem e aquelas que os recém-nascidos forem a termo e apresentarem tônus normal e ritmo respiratório normal após o nascimento, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, seja parto normal ou cesariana. Os recém-nascidos pré-termos, poderão receber o benefício do contato pele a pele, conforme avaliação e recomendação profissional, em sala de parto.

## **7. METAS**

- Sensibilizar 100% da equipe para adesão a prática do contato pele a pele em sala de parto.
- Capacitar 100% da equipe profissional para a prática do contato pele a pele.
- Implementar a prática do contato pele a pele em 100% dos partos normais em que haja o desejo da mãe e condições de nascimento favoráveis, conforme recomendações do Ministério da Saúde,

IHAC e Normas do CONITEC 2017 (Comissão Nacional de incorporação de tecnologias no SUS).

- Melhorar a prática do contato pele a pele no parto cesárea, em pelo menos 60% dos partos.
- Sensibilizar gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Betim sobre a importância e benefícios que teríamos na melhoria da qualidade da assistência com a promoção do contato pele a pele e monitoramento do quarto período do parto com a reforma das enfermarias que estão interditadas na unidade.
- Qualificar o monitoramento de dados dos indicadores da Rede Cegonha com registro adequado dos mesmos.

## **8 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS**

Trata-se de um projeto de Intervenção proposto pelo Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica-CEEQ-UFMG realizado na Maternidade Pública Municipal de Betim-Haydeé Espejo Conroy.

A elaboração de um Projeto de Intervenção pode ser classificado como uma pesquisa ação que, em função da sua amplitude de sua aplicação, tornou-se atualmente um termo aplicado a qualquer tipo de tentativa de melhora ou de investigação da prática. Porém, é importante destacar a questão do rigor e da qualidade desse método de pesquisa, defendendo que se encare a pesquisa-ação como uma das diversas maneiras de investigação-ação, que segundo o autor deve ser visto como uma investigação continuada, sistemática e empiricamente fundamentada de aprimorar a prática (MOREIRA, SILVEIRA E ANDREOLI, 2006).

O conceito acima exposto reflete a realidade da autora que trabalha em uma maternidade, e vivencia essa realidade, por meio de visitas ao alojamento conjunto, bem como a observação da rotina de assistência às gestantes, atuação nas salas de parto e pré-parto.

Assim, como estratégias, inicialmente foi realizada a observação direta e participativa, com o objetivo de realizar o diagnóstico situacional e, a partir dos

resultados, elaborar as propostas de ação. Vale lembrar que a observação participante é uma das possíveis técnicas de coleta de dados na pesquisa-ação e, processar a informação e o conhecimento obtido em situações interativas não constitui uma infração contra a ciência social.

A observação foi realizada com aplicação de instrumento próprio fornecido pelos instrutores do curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica (CEEQ-UFMG-MS), para diagnóstico e análise dos dados que apontaram o foco principal para o Projeto de Intervenção.

Desta forma iniciou-se uma rotina de acompanhamento dos atendimentos e assistência prestada às gestantes que tiveram seu parto na maternidade em questão no período de 04/04/2017 a 25/04/17, acompanhadas por profissionais que trabalham na referida entidade hospitalar. Os registros foram feitos por meio de diário pessoal.

A partir dos dados coletados, pode ser evidenciada a deficiência na prática do contato pele a pele.

A partir dessa análise, traçamos então uma proposta de intervenção unindo a prática do contato pele a pele a atividades pertinentes ao cuidado preconizado à puérpera no quarto período do parto, visando assim, também, a prevenção da hemorragia puerperal ou demais complicações que possam surgir no período, relacionadas à observação criteriosa do binômio.

Para subsidiar teoricamente o projeto, foi realizado levantamento bibliográfico acerca da temática da importância da atuação do profissional na assistência prestada à mãe e filho no momento imediatamente pós-parto, considerando especialmente à hora ouro e o contato pele a pele na maternidade. Foram pesquisados livros, artigos científicos, guias hospitalares e cartilhas direcionadas aos profissionais de saúde com relação ao tema da importância da enfermagem nas ações educacionais em saúde ao quarto passo preconizado pelo IHAC.

Com base na exposição dos autores acerca do tema proposto neste estudo, elaborou-se um plano de ação denominado como: “Olho no olho e Pele na Pele



– um momento de ouro para a mãe e seu bebê”, proposta voltada para a maternidade pública, visando a melhoria da assistência prestada à mãe e filho na primeira hora de vida e seus benefícios, que passamos a descrever abaixo:

- a) Como a estrutura física do bloco obstétrico é muito restrita, sugerimos a adaptação, oportunamente, de uma enfermaria próxima a área do pré-parto e bloco obstétrico para dar continuidade ao processo de contato pele a pele que se inicia logo após o nascimento, buscando a manutenção do processo durante as duas primeiras horas de vida, beneficiando assim, a mãe e o bebê.
- b) Elaborado material de divulgação distribuído internamente para sensibilização dos profissionais envolvidos.
- c) Participação em várias reuniões de gestores da maternidade, para discussão da proposta e sensibilização dos mesmos.
- d) Realização de rodas de conversa com colaboradores da unidade para discussão da proposta e busca conjunta de soluções para problemas pontuais na prática assistencial.
- e) Posteriormente, em uma segunda etapa, focando especialmente na a hora ouro e os cuidados para garantir o contato pele a pele do binômio mãe-filho e os profissionais envolvidos, foi construída uma proposta educativa a ser implementada em futuro próximo, descrita abaixo:

Ação educativa: “ Olho no olho e Pele na Pele – um momento de ouro para a mãe e seu bebê”. (ANEXO I)

Será realizada por meio de slides dialogados com os participantes e distribuição de brindes (camisas) visando uma maior participação dos envolvidos que são todos os funcionários da assistência, enfermeiros, auxiliares, técnicos, obstetras e neonatologistas.

Nesse sentido, a ação educativa, parte desse plano de intervenção que contou com a elaboração das diretrizes para os cuidados preconizados na hora ouro e o contato pele a pele, considerando as contribuições de todos os profissionais envolvidos na assistência e suas percepções e problemáticas sobre a prática

do contato pele a pele. Também foram consultadas as publicações de autoria das entidades que apoiam a IHAC, e das cartilhas e artigos da Sociedade Brasileira de Enfermagem (SOBE).

O conteúdo da ação educativa teve seu conteúdo definido e traçado de modo a reforçar a demanda de atualização dos profissionais em relação ao fortalecimento das conquistas da hora ouro e o contato pele a pele. A atualização dos profissionais é importante para dar segurança à prática e apoio às tomadas de decisão no momento oportuno, garantindo a continuidade do cuidado.

### **8.1 Acompanhamento avaliativo do projeto**

A ambiência da sala de parto para promover o contato pele a pele tem seu layout com base nas premissas definidas em conjunto com a Comissão Perinatal da Secretaria Municipal de Saúde considerando as propostas de adequação da ambiência das maternidades como estratégia para qualificação da atenção obstétrica e neonatal e implementação das práticas assistenciais baseadas em evidências científicas na Ambiência para Parto e Nascimento.

Uma consultoria baseada no Plano Nacional de Humanização, do Ministério da Saúde para proteção e promoção do nascimento saudável foi também considerada, no momento de visita dos auditores da IHAC ocorrida previamente ao diagnóstico, em novembro de 2016.

Neste sentido, uma enfermaria foi repensada para o programa “Olho no olho e Pele na Pele – um momento de ouro para a mãe e seu bebê”, como ambiente principal que propicia a mãe, o recém-nascido e ao seu acompanhante escolhido um espaço próprio para manutenção do contato pele a pele e observação criteriosa nas duas primeiras horas pós parto imediato antes de ser encaminhada ao alojamento conjunto.

O exemplo pode ser visto na Figura 1: Enfermaria “olho no olho, pele na pele”



Figura 1: Arranjo proposto  
 Fonte: dados primários da pesquisa, 2016.

A enfermaria será a destinada à transição da puérpera e seu recém-nascido saudáveis e contemplados com critérios para realização do contato pele a pele, proporcionando ambiente com leito para a mãe e filho no contato pele a pele, com local para guarda de pertences e poltrona para o acompanhante.

O espaço conta ainda com mobiliário necessário ao atendimento de intercorrência materna ou neonatal com KITS próprios e berço aquecido, assim como todo o material e equipamentos necessários para a realização de pesagem, antropometria e administração de medicações preconizadas após uma hora de contato pele a pele e livros de registro.

Nesse espaço seria realizada a avaliação criteriosa da involução uterina e dados vitais maternos e neonatais, conforme preconizado pelas normas CONITEC/2017 e em espaço dividido por biombos que garantissem a privacidade da puérpera e seu acompanhante. Após as duas primeiras horas

de observação, seria solicitado vaga no Alojamento Conjunto para continuidade dos cuidados do binômio.

A elaboração criteriosa e cuidadosa da capacitação profissional para a prática do contato pele a pele e monitoramento do quarto período do parto é essencial para o sucesso da implementação da prática. Dessa forma destacamos os seguintes aspectos:

- Realização da prática do parto normal e natural no âmbito de uma abordagem humanizada e sintonizada com as propostas do Ministério da Saúde;
- Prestar uma assistência à gestante, parturiente e puérpera com monitoramento do feto, do parto e quarto período do parto, assim como o recém-nascido na hora ouro em contato pele a pele;
- Identificação dos sinais de riscos obstétricos e perinatais precocemente;
- Desenvolvimento de um trabalho educativo, preventivo e assistencial de forma continuada.

Ao fim do treinamento acredita-se que as equipes multidisciplinares da maternidade de Betim poderão desfrutar da oportunidade de participar de práticas assistenciais relacionadas ao Parto Humanizado, proporcionando aos colaboradores uma vivência mais prazerosa do trabalho e benéfica para as usuárias.

#### **Quadro 1 – Conteúdo proposto para Ação Educativa**

<b>Obstetrícia fisiológica e perinatologia</b>	<b>5 horas</b>
<b>Boas Práticas no parto e nascimento</b>	2 horas
<b>Conceito e benefícios do Contato pele a pele</b>	2 horas
<b>Apresentação e discussão do protocolo construído a partir das práticas assistenciais para implementação do contato pele a pele.</b>	2 horas
<b>Monitoramento do quarto período do parto</b>	2 horas
<b>Controle de hemorragias</b>	2 horas

<b>Total</b>	<b>10 horas</b>
--------------	-----------------

## 8.2 Cronograma de atividades

- Equipe da elaboração e execução da Proposta Educativa: Enf<sup>a</sup> Lília Márcia, Enf<sup>a</sup> Obst. Denise Faria, Fonoaudióloga Elaine Travenzoli e Dra Paula Tempone.
- Profissionais dos módulos das Propostas Educativas: Coordenadora de Enfermagem de Maternidade de referência credenciada como IHAC, enfermeiras graduadas e especialistas em Enfermagem na assistência à gestante

Tem-se nesta seção, uma demonstração do Plano de Ação desenvolvido na maternidade de Betim conforme Cronograma 1 abaixo:

### **Cronograma 1 – Proposta Educativa “ Olho no olho e Pele na Pele – um momento de ouro para a mãe e seu bebê”.**

<b>Atividade/ momento</b>	<b>Duração</b>	<b>Responsável</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Descrição</b>
<b>Boas vindas</b>	0:20m	Enfermeiros da unidade e gestor local; Equipe de humanização da unidade	Expor fotos Recados Murais E material de divulgação	É um momento de chegada, onde as pessoas se descontraem, podem ler as frases nas paredes, ver materiais relacionados ao tema nas paredes, fotos, profissionais, pacientes e familiares sobre o momento do parto e a importância da hora ouro.
<b>Apresentação da Proposta Educativa</b>	0:20m	Coordenador da equipe de enfermagem da maternidade	Apresentar a importância da assistência prestada à gestante no momento pré, durante o parto e pós-parto, considerando as atividades e a importância da Proposta Educativa.	Expor os objetivos e as metas que se espera alcançar, a importância do assunto, quem são os profissionais responsáveis, a quem eles podem se dirigir um breve relato do dia a dia e qual a proposta central da Proposta Educativa.
<b>Início da</b>	00:20m	Enfermeira	Dispor as	Fazer uma breve

<b>abordagem sobre o tema</b>		responsável Lília	considerações iniciais	abordagem sobre o UNICEF e o Ministério da Saúde e os Direitos da Gestante e do Bebê, A Rede Cegonha e os 10 passos da IHAC
<b>Ponto demonstração</b>	0h: 30m,	Enfermeira responsável Lília	Relacionar a enfermagem e as diferentes terapias, focando na prioridade do contato pele a pele na hora ouro.	Identificar a prevalência do cumprimento do quarto passo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança - dispor os bebês em contato pele a pele com suas mães imediatamente após o parto, por no mínimo meia hora - em uma maternidade pública.
<b>Relato de pacientes</b>	0: 10m	Dois pacientes acompanhados de seus familiares	Expor a percepção das gestantes e de seus familiares sobre o cotidiano que enfrentam	Demonstrar, através do olhar das puérperas e de seus familiares, como as ações da enfermagem podem contribuir para minimizar os efeitos do parto e as dificuldades comuns ao pós parto. Sensibilizá-los na sua importância em diminuir o sofrimento dos envolvidos mão-filho e promover o contato pele a pele na primeira hora
<b>Roda de debate</b>	0: 20m	Coordenadora de enfermagem Supervisora de enfermagem	Propor melhorias no relacionamento entre a equipe, a gestante e a recém nascido	Discutir o quarto dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno - recomendados pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) – enquanto prática essencial para a promoção e incentivo ao aleitamento materno (AM).
<b>Fechamento</b>	0h: 20m	Escolhidos dois participantes e dar à palavra final a coordenadora de enfermagem	Sugestões para a gestão local de melhorias na assistência	Relato de experiências vivenciadas pelos próprios profissionais.

Fonte: elaborado pela autora, 2017.

Com relação à periodicidade da educação continuada, é importante esclarecer que ela ocorrerá trimestralmente, sendo um conteúdo específico para novos profissionais admitidos na maternidade pública e outro conteúdo quando for

para atualização dos profissionais já pertencentes à instituição hospitalar. As atividades complementares bem como a data prospectada para a realização das mesmas. A partir dessa proposta foi elaborado um cronograma para dar sequência ao projeto de Educação continuada em 2018.

**Cronograma 2 – Atividades e tarefas complementares da Proposta Educativa “ Olho no olho e Pele na Pele – um momento de ouro para a mãe e seu bebê”.**

ATIVIDADES	Mês 01/18	Mês 02/18	Mês 03/18	Mês 04/18	Mês 05/18	Mês 06/18	Mês 07/18	Mês 08/18	Mês 09/18	Mês 10/18	Mês 11/18	Mês 12/18
Proposta Educativa para novos integrantes	Sempre que chegarem ao serviço, mesmo que pontualmente.											
Proposta Educativa para funcionários do setor / reciclagem		X				X				X		
Reformulação dos cursos			X			X			X			X
Aleitamento materno			x					x				

Fonte: elaborado pela autora, 2017.

É importante considerar que, de acordo com o que demonstra o quadro acima, tem-se uma demonstração de todas as atividades relacionadas à realização de educação permanente. Isso inclui a reformulação do conteúdo para ser ministrado para novos integrantes na equipe de enfermagem e de reciclagem dos profissionais atuantes na assistência prestada à gestante e ao recém-nascido.

Estão também descritas as atividades paralelas, necessárias ao funcionamento adequado do serviço, podendo se tornar uma prática da própria gestão local. Além disso, é importante reforçar que o conteúdo deve ser elaborado em conjunto com a coordenação da equipe de enfermagem e representante da saúde da mulher, de dois profissionais de enfermagem atuantes na instituição hospitalar e profissional coordenador médico da Obstetrícia e Neonatologia.

## 9 IMPACTOS GERADOS

O aspecto de maior ênfase e, portanto, sentido como impacto, na questão da assistência prestada a gestante e ao recém-nascido, considerando também seus familiares, especialmente no contexto hospitalar e da prática do contato pele a pele na hora ouro.

Outro impacto gerado está na integração entre os membros da equipe de profissionais, sejam recém-ingressados, seja na atualização daqueles que já formam o quadro de funcionários da unidade observada. É dado um maior destaque no que se refere ao atendimento mais humanizado às gestantes e os recém-nascidos e seus parentes focando em orientações para o contato pele a pele e monitoramento adequado do quarto período do parto.

Para a equipe de profissionais da assistência, os impactos são sentidos especialmente nos relatos e nas particularidades vivenciadas por eles próprios nas atividades do cotidiano e satisfação do cliente. Para os profissionais de supervisão e coordenação, os impactos podem ser percebidos em um conhecimento cada vez mais global do setor, obtendo uma opinião seja do corpo de enfermagem e também da percepção dos usuários em relação aos cuidados recebidos, além de melhoria na coleta de dados para construção dos indicadores de qualidade do serviço e estatísticas.

A melhoria que se objetiva com o cuidado “ Olho no olho e Pele na Pele – um momento de ouro para a mãe e seu bebê”, com maior destaque na forma, nos detalhes do atendimento a esta clientela específica, e como o profissional pode auxiliar a gestante, parturiente e o recém-nascido na sua primeira hora de vida. O cuidados dispensados nesse momento, a avaliação cuidadosa da retração uterina e do sangramento vaginal, assim como o monitoramento dos dados vitais da puérpera e do bebê e são essenciais para atuação oportuna da equipe de assistência que poderá intervir prontamente, se necessário, reduzindo índices de morbi mortalidade materna e neonatal.

Em síntese, os impactos do projeto de intervenção serão em curto e médio prazo, assim descritos:



- Aperfeiçoamento do conhecimento científico sobre a assistência ao binômio mãe-filho;
- Aprimoramento das ferramentas práticas na assistência do enfermeiro focando no cuidado humanizado das gestantes e recém-nascidos.
- Oferta às gestantes, de uma assistência baseada na humanização presentes no cuidado e nas Boas práticas do parto e nascimento focando nos 10 passos para o sucesso do aleitamento materno.
- Destaca-se a possibilidade de colaborar com a elaboração de diretrizes que possam oferecer orientações às equipes multiprofissionais sobre o quarto passo para o sucesso do aleitamento materno considerando todos os benefícios do contato pele a pele na hora ouro após nascimento, especialmente com relação ao manejo clínico para assegurar esse cuidado.

Em geral, o projeto de intervenção busca a constante melhoria e integração da equipe de profissionais como provedora do cuidado humanizado na promoção do contato pele a pele na primeira de nascimento do recém-nascido e dos cuidados dispensados à mulher no quarto período do parto.

## **10 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Na realização deste trabalho foi possível compreender o real significado do contato precoce pele a pele mãe e filho na hora ouro, destacando os seus desdobramentos acerca da vivência de uma maneira plena do momento do nascimento, ainda na sala do parto. Este momento natural é imbuído de características únicas e exclusivas de reconhecimento familiar, em que se tem um significado de vínculo, intimidade, confiança e de amor para os seres envolvidos – especialmente o binômio mãe-filho.

Os autores que foram relacionados ao longo deste estudo possibilitaram a identificação da forma com que se tem a definição do contato pele a pele do binômio mãe-filho. Considerou-se, desde o tempo de início de duração até as razões para que se interrompa este contato, sendo entendido também, as

contribuições dos profissionais para o processo da primeira hora após o nascimento.

O Plano de Ação aqui proposto, contempla algumas diretrizes relacionadas a construção de um local específico para a promoção de todos os cuidados preconizados para hora ouro e uma proposta de capacitação para os profissionais de saúde da Maternidade de Betim considerando a identificação e avaliação da equipe de profissionais, sendo plenamente positiva para este propósito.

Buscou-se promover uma maior integração entre a equipe possibilitando a percepção das dificuldades inerentes à prática assistencial, considerando também, uma relação muitas vezes conflituosa. Repensou-se o desenvolvimento de atividades com outros profissionais para atuar de maneiras diversas no evento do nascimento, fortalecendo a consciência da importância e de mecanismos que facilitem o contato pele-a-pele precoce entre mãe e filho na primeira hora após nascimento.

O diálogo com a equipe multidisciplinar mostra-se necessário para que a coleta de dados possa se dar de maneira a conhecer as dificuldades vivenciadas pelos profissionais e, deste modo, propor ações para solucioná-las. Além disso, é lançado um olhar de oportunidade às mães atendidas na maternidade, subsidiando as ações complementares que possam estimular, tanto os profissionais, quanto às pacientes atendidas sobre a realização do contato pele a pele na hora ouro. É preciso proporcionar maior vínculo entre o binômio mãe e filho, alcançando todos os benefícios citados e já consolidados sobre o pele a pele.

Várias atividades foram implementadas com o intuito de favorecer a implementação do contato pele a pele:

- Foram realizadas várias reuniões com diretoria local para apresentação das propostas ;
- A proposta foi apresentada para entidades políticas do município, buscando priorização de ações;

- Revisamos a cartilha de orientação às gestantes e seus acompanhantes, que são disponibilizadas no pré-parto, que além de explicar e orientar sobre o processo de trabalho de parto e nascimento, enfatiza a importância do contato pele a pele (anexo 2).
- Recebemos visita da Secretaria de assistência social que nos apoiará na reforma e construção de um espaço para as práticas integrativas no pré parto;
- Iniciamos a viabilização do contato pele a pele no parto cesárea;
- Solicitamos à secretaria Municipal de Saúde a locação de imóvel anexo à maternidade com intuito de liberar espaço físico na área contígua ao pré parto e bloco obstétrico para viabilizar a instalação da enfermaria para monitoramento do quarto período do parto e contato pele a pele de forma efetiva;

A equipe de enfermagem responde pelas mais diversas ações que contribuem para a construção do vínculo entre o binômio mãe e filho, entretanto, esse cuidado necessita ser integrado e constantemente aprimorado e fortalecido em bases que busquem a construção do vínculo da mãe e o recém-nascido como uma rede de cuidado institucional.

As oficinas de práticas educativas podem proporcionar ao grupo momentos de reflexão a respeito de suas práticas de cuidado, estimulando situações de escuta, troca de informações e conhecimento da forma de organização do cuidado a ser prestado no ambiente de uma maternidade classificada como Hospital Amigo da Criança. Esses momentos possibilitam a participação coletiva na discussão das diretrizes para o cuidado de enfermagem na construção do vínculo mãe com o recém-nascido, especialmente da prioridade que deve ser dada ao contato pele a pele face outras rotinas hospitalares.

Acredita-se que a implementação do projeto de intervenção proposto pode promover mudanças nas práticas cotidianas em relação aos cuidados preconizados na hora ouro trazendo maior sensibilização conjunta da equipe para o contato pele a pele proporcionando um movimento de mudança nas práticas do dia a dia, reconhecendo a relevância dessa prática e concorrendo ainda para redução da morbimortalidade materna e neonatal.

Conclui-se que a integração das práticas de cuidado para a promoção do contato pele a pele tal como deve ser realizado na primeira hora de nascimento conta com a necessidade de se reorganizar os ambientes. Como contribuição para a equipe de profissionais esta pesquisa deixa evidenciado o importante papel de todos os profissionais envolvidos no momento do nascimento, seja o obstetra, enfermeiro, pediatra, técnico de enfermagem, anestesista ou profissional da higienização, pois a reflexão sobre o processo de nascimento nos aponta a dimensão subjetiva do fortalecimento das práticas de construção de vínculo entre mãe e filho como fator determinante no desfecho de saúde desse binômio.

É possível discutir as características relacionadas aos pilares a serem observados na adequação de um local adequado e pensado para a promoção do contato pele a pele entre mãe e filho na hora ouro e monitoramento sistemático do quarto período do parto, até ações fundamentadas na educação continuada de profissionais de saúde face à importância do aperfeiçoamento e a renovação de seu conhecimento resultando na melhoria da qualidade da assistência prestada e também na consolidação do exercício dos profissionais de saúde.

O presente trabalho remete para novas pesquisas que ampliem a discussão para além da equipe de enfermagem, envolvendo a equipe multiprofissional. Também aponta como alternativa futura a realização de pesquisa avaliativa desse cuidado para a mãe e o bebê na primeira hora do nascimento.

Após a implantação das diretrizes de práticas de cuidado para a construção do vínculo da mãe com o recém-nascido, sugere-se que seja realizada uma pesquisa avaliativa nos setores da maternidade para direcionar novas propostas de trabalho. Deve-se incluir a equipe multiprofissional e coleta de relatos das experiências vivenciadas pelas mães e seus acompanhantes sobre esse vínculo favorecido no contato pele a pele e os cuidados direcionados no monitoramento dos dados maternos e neonatais durante o quarto período do parto.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B. Experienciação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Org.). *Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS/IERJ--CEPESQ-ABRASCO, 2005. p. 13-33.

ROSA, R. et al. Mãe e filho: os primeiros laços de aproximação. *Escola Anna Nery. Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 14 n. 1, p. 105-112, jan./mar. 2010.

RODRIGUES, D. P.; SILVA, R. M.; FERNANDES, A. F. C. Ação interativa enfermeiro-cliente na assistência obstétrica. *Revista de Enfermagem da UFRJ*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 232-238, 2006.

BORDENAVE, J. *Estratégias de ensino aprendizagem*. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

BORSA, J. C. Considerações acerca da relação Mãe -bebê da gestação ao puerpério. *Revista Contemporânea - Psicanálise e transdisciplinaridade*, Porto Alegre, n. 2. p. 310-321, abr./jun. 2007.

BORSA, J. C.; DIAS, A. C. G. Relação mãe e bebê: as expectativas e vivências do puerpério. *Revista Perspectiva*, Erechim, v. 28, n. 102, p. 39-53, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996 - Dispõe sobre a realização de pesquisas com seres humanos. Brasília, DF, 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Portaria n. 569 de 1º de junho de 2000. Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Brasília, DF, 2000. Disponível em: [www.saude.mg.gov.br](http://www.saude.mg.gov.br). Acesso em: 15 de out. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. 2.ed.rev. Brasília, 2002

\_\_\_\_\_. Lei nº 11.108. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 8 abr. 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humanizasus: 61 documentos base para gestores e trabalhadores do SUS. 4ed. Brasília, 2008a. 72 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília, 2009. 56 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Redes de produção de saúde. Brasília, 2009. 44 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde das crianças, adolescentes e suas famílias em situações de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília, 2010. 104 p.

\_\_\_\_\_. 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). Brasília, 2011a. 58 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011, que dispõe sobre a Rede Cegonha. Brasília, DF, 2011 b. Disponível em: <http://bvsns.saude.gov.br>. Acesso em: 9 de out. 2017.

\_\_\_\_\_. 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, 2011c. 50 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Resolução RDC, nº 36, de 3 de junho de 2008. Brasília - DF, 2008b. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsit>. Acesso em: 24 de out. 2017

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Básicas. Saúde da Família. Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. World Nutrition Rio 2012, 27 a 30 de abril, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://www.dab.saude.gov.br/noticias>. Acesso em: 30 de out. 2017.

PARPINELLI, M. A.; OSIS, M. J. D. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1316-1327, 2005.

\_\_\_\_\_. Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n.1, p. 44-52, 2007.

CARON, O. A. F.; SILVA, I. F. Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 10, n. 4, p. 485-492, jul./ago. 2002.

COUTO, F. F.; PRAÇA, N. S. Recém-nascido prematuro: suporte materno domiciliar para o cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 65, n. 1, p. 19-26, jan./fev. 2012.

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

Gomes AMA, Paiva ES, Valdés MTM, Frota MA, Albuquerque CM. Fenomenologia, humanização e promoção da saúde: uma proposta de articulação. *Saúde Soc.* 2008;17(1):143-52.

SILVA, L.M.; CLAPIS, M.J. Compreendendo a vivência materna no primeiro contato com seu filho na sala de parto. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 286-91, 2011.

TELES, L. M. R. et al. Parto com acompanhante e sem acompanhante: a opinião das puérperas. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 15, n. 4, p. 688-694, out./dez. 2010.

TOMA, T. S.; REA, M. F. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, (sup. 2), p. 35-46, 2008.

TOMELERI, K. R. et al. "Eu vi meu filho nascer": vivência dos pais na sala de parto. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 28, n. 4, p. 497-504, dez. 2007.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: Módulo 3: Promovendo e incentivando a amamentação em um Hospital Amigo da Criança: curso de 20 horas para equipe de maternidade. Organização Mundial da Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

## ANEXOS

### ANEXO 01

#### Apresentação do projeto

**PROJETO DE INTERVENÇÃO**

**CONTATO PELE A PELE COMO UMA ESTRATÉGIA PARA MONITORAR O QUARTO PERÍODO DO PARTO:**

**“OLHO NO OLHO E PELE NA PELE – UM MOMENTO DE OURO PARA A MÃE E SEU BEBÊ”.**

Especializanda: Lília Márcia de Almeida Salomão



**PROJETO DE INTERVENÇÃO**

**CONTATO PELE A PELE COMO UMA ESTRATÉGIA PARA MONITORAR O QUARTO PERÍODO DO PARTO:**

**“OLHO NO OLHO E PELE NA PELE – UM MOMENTO DE OURO PARA A MÃE E SEU BEBÊ”.**

Especializanda: Lília Márcia de Almeida Salomão





- ▶ A proposta conta com a organização de um espaço mais adequado para garantir o contato pele a pele e o monitoramento de dados vitais da puérpera no quarto período do parto de forma a prevenir também os riscos de hemorragias e complicações no pós parto imediato na Maternidade Pública Municipal de Betim (MPMB)- Haydeé Espejo Conroy.

**"OLHO NO OLHO E PELE NA PELE – UM MOMENTO DE OURO PARA A MÃE E SEU BEBÊ".**



## APRESENTAÇÃO DO SERVIÇO

Fundada em 08 de maio de 1994 e foi a primeira Instituição hospitalar construída na Rede SUS/Betim.

É destinada à assistência ao parto de risco habitual.

Localizada na periferia do município, próximo à FIAT automóveis, em região que compõe o maior aglomerado urbano de Minas Gerais e o 24º do país, com mais de 23 mil habitantes (IBGE-2010)



## MISSÃO

**Oferecer assistência hospitalar de qualidade, integral e humanizada à gestante, parturiente e puérpera de risco habitual e ao seu recém-nascido, respeitando os princípios do SUS.**



## VISÃO

**Ser reconhecida pelos usuários, funcionários e nacionalmente como uma maternidade que valoriza o trabalhador, realiza a gestão participativa e possibilita a família vivenciar uma experiência feliz e segura do parto/nascimento.**



## VALORES

- Respeito,
- Ética,
- Honestidade,
- Compromisso,
- Competência.



## ALGUNS TÍTULOS CONQUISTADOS



- 1998- Título Hospital Amigo da Criança-UNICEF/MS
- 2002- III Prêmio Galba de Araújo- MS como reconhecida atuação com assistência humanizada ao parto e nascimento, referência no atendimento a mulheres vítimas de violência sexual, acima de 12 anos,
- Projeto Nascer- redução da transmissão vertical HIV, hepatite B e sífilis congênita.
- 2005- Título Maternidade Segura- MS/SES



## REFERENCIAL TEÓRICO

Em 2011, foi criada Rede Cegonha ( Portaria n 1.459, em 2011), assegurando às mulheres melhorias no acesso, ao planejamento reprodutivo, atenção humanizada à gravidez, parto, abortamento e puerpério.

Estimulo a transformação do modelo de atenção à saúde da mulher e da criança focando na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de 0 a 24 meses

Reformulação da Atenção à Saúde Materna e Infantil buscando reduzir a mortalidade materna e infantil, destacando componente neonatal.



## REFERENCIAL TEÓRICO

Considera-se como uma das premissas básicas do programa a humanização da assistência obstétrica e neonatal. Assim, dois critérios foram considerados essenciais: o acolhimento a mulher e seus familiares e o emprego de métodos não farmacológicos para alívio à dor, evitando práticas intervencionistas desnecessárias.

A operacionalização do referido programa contou com a previsão da inclusão de novos exames laboratoriais, além da captação precoce da gestante, considerando os incentivos financeiros, regulação, investimentos na assistência obstétrica e neonatal, contemplando as três esferas de governo: Municipal, Estadual e Federal.



## CENÁRIO



- ▶ Modelo ainda médico centrado;
- ▶ Ameaça constante de fechamento da Unidade;
- ▶ Ausência de regulamentação para o cargo de Enfermeiro Obstétrico no município;
- ▶ No período de 2015 a 2016 foram registrados 08 óbitos maternos, sendo 03 destes, de pacientes assistidas na MPMB, tendo como causa principal a hemorragia puerperal.



## PLANO DE AÇÃO PARA DESENVOLVIMENTO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

- ▶ Aplicação do questionário para diagnóstico e identificação do problema e necessidade de intervenção imediata;
- ▶ Sensibilização de gestores locais com apresentação do diagnóstico e proposta de Intervenção em reunião do Colegiado Gestor;
- ▶ Realização de Rodas de conversa em relação ao tema;
- ▶ Discussão da Proposta com Coordenadores da Obstetrícia e Neonatologia;
- ▶ Elaboração da capacitação sobre contato pele a pele e monitoramento das duas primeiras horas pós parto;



## PLANO DE AÇÃO PARA DESENVOLVIMENTO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

- ▶ Aplicação do questionário para diagnóstico e identificação do problema e necessidade de intervenção imediata;
- ▶ Sensibilização de gestores locais com apresentação do diagnóstico e proposta de Intervenção em reunião do Colegiado Gestor;
- ▶ Realização de Rodas de conversa em relação ao tema;
- ▶ Discussão da Proposta com Coordenadores da Obstetrícia e Neonatologia;
- ▶ Elaboração da capacitação sobre contato pele a pele e monitoramento das duas primeiras horas pós parto;



## PLANO DE AÇÃO PARA DESENVOLVIMENTO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

- ▶ Levantamento de insumos e equipamentos para estruturação da enfermaria;
- ▶ Sensibilização do gestor municipal para reforma das enfermarias;
- ▶ Articulação de reuniões com representantes políticos para sensibilização sobre a estrutura física da Instituição e sua manutenção;
- ▶ Articulação política para cobertura do quadro funcional deficiente;
- ▶ Visita técnica de engenheiros da prefeitura e Defesa Civil para avaliação da estrutura física das enfermarias que precisam ser reformadas.

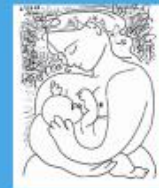


## BOAS PRÁTICAS NO PARTO E NASCIMENTO NA MPMB- DESTAQUES

- ▶ Direito a acompanhante de livre escolha da mulher;
- ▶ Oferta de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto;
- ▶ Incentivo a participação do pai no nascimento do filho;
- ▶ Preocupação com ambiência para ofertar privacidade e conforto para mãe e seu acompanhante.
- ▶ Monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante trabalho e parto, parto e nascimento;
- ▶ Estímulo ao Contato pele a pele precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação.



## PENSANDO EM AMBIÊNCIA... ENFERMARIA PARA A TRANSIÇÃO



### CONQUISTAS NA PRÁTICA DO CONTATO PELE A PELE...

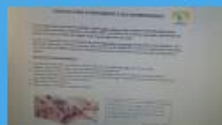


- ▶ Sensibilizar boa parte da equipe;
- ▶ Melhora na qualidade do contato pele a pele em sala de parto;
- ▶ Aquisição de materiais e insumos simples;
- ▶ Maior sensibilização da equipe para a ocorrência do contato Pele a pele;
- ▶ Implantação de livro de registro para casos de Near Miss identificados pelos técnicos de enfermagem no bloco obstétrico e discussão dos casos.



### O QUE CONSEGUIMOS...

- ▶ Elaboração de cartilha para a parturiente e seu acompanhante dando enfoque nas Boas Práticas no parto e nascimento.
- ▶ Em construção um protocolo para atividades que serão realizadas na Enfermaria durante as duas primeiras horas pós parto.
- ▶ Aguardamos laudo do engenheiro para avaliar a possibilidade efetiva de reforma das enfermarias;
- ▶ Aguardamos o agendamento de reunião com prefeito para discutirmos sobre a importância da reforma;
- ▶ Admissão de mais um enfermeiro obstetra e 05 técnicos de enfermagem;
- ▶ Discussão com gestores municipais sobre a importância de manter portas abertas da maternidade até a construção do novo Centro Materno Infantil em Betim;





## IMPACTOS GERADOS

- ▶ Aprimoramento das ferramentas para monitoramento das práticas assistenciais;
- ▶ Maior conhecimento científico para a equipe sobre a importância da assistência ao binômio mãe-filho;
- ▶ Oferta de assistência focada nas Boas práticas do parto e nascimento com ênfase nos 10 passos para o sucesso do aleitamento materno e IHAC;
- ▶ Qualificação de práticas assistenciais que tem impacto direto na morbimortalidade materna fetal e infantil (kits).
- ▶ Manutenção de um canal de discussão para solucionar problemas pontuais relacionados à prática do contato pele a pele;



## CONSIDERAÇÕES

Identificação do real significado do contato precoce pele a pele mãe e filho na hora ouro;

- ▶ Vivência de falas incríveis de mães e pais sobre o nascimento e o contato pele a pele, assim como reações dos RN's colocados em contato pele a pele.
- ▶ Percepção das mulheres sobre a assistência prestada;
- ▶ Mudança de comportamento de alguns profissionais ,com maior interação com usuária e acompanhante no momento do parto e no contato pele a pele;
- ▶ Empoderamento profissional através do conhecimento científico aplicado à prática.





**PROGRAMAÇÕES**

**Dias 21, 22 e 23/11/17**  
**Capacitação:** Boas práticas no parto e nascimento- (ênfase no contato pele a pele) e Eclâmpsia.  
**Responsáveis:** Enf<sup>a</sup> Lília e Dr<sup>a</sup> Paula

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ▶ BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. Estratégias de ensino aprendizagem. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.
- ▶ BORSA, J. C. Considerações acerca da relação Mãe -bebê da gestação ao puerpério. Revista Contemporânea - Psicanálise e transdisciplinaridade, Porto Alegre, n. 2, p. 310-321, abr./jun. 2007.
- ▶ BORSA, J. C.; DIAS, A. C. G. Relação mãe e bebê: as expectativas e vivências do puerpério. Revista Perspectiva, Erechim, v. 28, n. 102, p. 39-53, 2004.
- ▶ BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996 - Dispõe sobre a realização de pesquisas com seres humanos. Brasília, DF, 1996.
- ▶ PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B. Experienciação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Org.). Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: IMS/IERJ--CEPESQ-ABRASCO, 2005. p. 13-33.
- ▶ ROSA, R. et al. Mãe e filho: os primeiros laços de aproximação. Escola Anna Nery. Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, v. 14 n. 1, p. 105- 112, jan./mar. 2010.
- ▶ RODRIGUES, D. P.; SILVA, R. M.; FERNANDES, A. F. C. Ação interativa enfermeiro-cliente na assistência obstétrica. Revista de Enfermagem da UFRJ, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 232-238, 2006.

## ANEXO 02

### CARTILHA PARA A PARTURIENTE E SEU ACOMPANHANTE



A maternidade Municipal de Betim (MPMB) - Aydée Espejo Conroy, segue as diretrizes da Política Nacional de Humanização da atenção e da gestão no SUS (PNH-2003), as propostas de assistência pactuadas pela Portaria Nº 569 de 01 de junho de 2000 e Estratégias Rede Cegonha/Ministério da Saúde.

O parto é considerado como um momento de grande expectativa, vivenciado pela gestante e seus familiares, com significado singular para cada um e marcado pela importância da chegada de um novo ser. Diante dessa expectativa, nós, funcionários da MPMB, esperamos contribuir para que esse acontecimento seja vivenciado com segurança e respeito.



#### ORIENTAÇÕES PARA INTERNAÇÃO:

- Você deverá retirar todos os adornos: colares, anéis, brincos, todos piercing's que tiver no corpo (orelhas, nariz, umbigo, língua, mamilos, genitália, etc) e alargadores.
- Você tem direito a um acompanhante de sua escolha, desde que seja maior de idade e tenha boa saúde. É importante que seja uma pessoa bem orientada e consciente de todo o trabalho de parto para que contribua com sua tranquilidade e conforto nesse momento.
- Não é preciso estar depilada.
- Não é preciso se submeter a lavagem intestinal.
- **O que é trabalho de parto?** Consideramos que uma gestante está em trabalho de parto quando ela apresenta contrações frequentes, constantes, capazes de provocar alterações no colo uterino, ou seja, capaz de aumentar a dilatação do colo com o passar das horas.



- **O que são as contrações?**

O útero é um órgão muscular. Durante o trabalho de parto, esses músculos se contraem e se relaxam empurrando o bebê para a vagina. A mulher percebe o endurecimento da barriga durante as contrações. Esse endurecimento, geralmente é doloroso e dura cerca de 40 segundos, em uma frequência de 2 a 3 contrações a cada 10 minutos.

A medida que o parto se aproxima, essas contrações tornam-se mais fortes e mais frequentes até que o bebê nasça.



**Quanto tempo dura o trabalho de parto?** Geralmente, quando é o primeiro filho, o trabalho de parto pode durar mais de 12 horas. A tranquilidade da gestante, seu acompanhante e familiares, a ansiedade, o controle da dor, respiração adequada, caminhar durante o trabalho de parto, posicionamento mais verticalizado (semi-sentada, sentada, apoiada na bola, banquinho, agachamento, banho de chuveiro, etc), ajudam a reduzir o tempo do trabalho de parto. Nas mulheres que já tiveram filhos por parto normal, geralmente, costumam evoluir mais rapidamente, mas sofrem as mesmas influências já citadas.



### O que é um parto induzido?

Parto induzido é aquele que é iniciado partir de técnicas artificiais. Para definir como será realizada essa indução, é necessária uma avaliação do colo uterino. Só então após isso, o médico definirá qual a melhor forma de indução desse

parto, seja, medicamentosa (misoprostol ou ocitocina) ou não. Esses métodos são utilizados para estimular a contração, afinar o colo uterino e promover sua dilatação fazendo com que se inicie o trabalho de parto. Portanto, não é procedimento médico criterioso e implica em **processo demorado que pode durar mais de 24 horas** para que a gestante **entre na fase de trabalho de parto e só então, após cerca de 36h de internação, acontecerá o nascimento do bebê.**



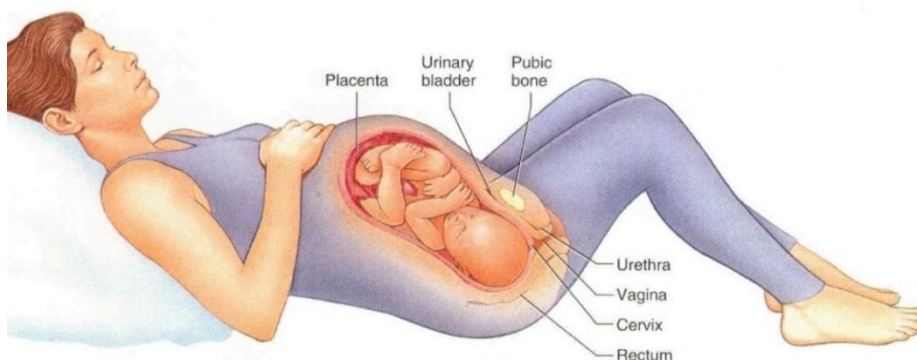
**É importante que a gestante, seu acompanhante e familiares, estejam cientes desse processo para evitar desgaste desnecessário de todos, tanto da paciente, quanto da equipe.**

#### **Quando o parto pode ser induzido?**

- Gravidez com 41 semanas sem sinais de trabalho de parto;
- Mãe ou bebê estão correndo risco de vida.
- Gestante ainda não entrou em trabalho de parto, mas está perdendo líquido.

#### **Como saber se o parto vai ser normal?**

Esta avaliação é realizada durante o trabalho de parto onde se acompanha a dilatação do colo e a descida do bebê dentro da bacia óssea materna. Durante o trabalho de parto avalia-se as condições maternas e fetais continuamente, pois se tudo estiver evoluindo dentro da normalidade, a possibilidade de evolução para o parto natural é muito grande.





### **Posso ter alguém do meu lado durante o trabalho de parto e parto?**

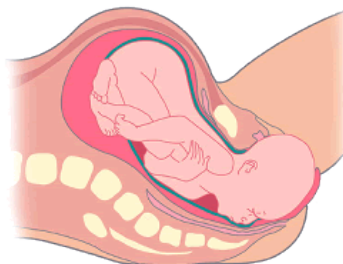
Toda mulher tem direito a ter um acompanhante durante sua internação, desde que seja maior de idade, tenha boa saúde e siga as normas e rotinas da Instituição. No momento da internação o acompanhante recebe um informe sobre condutas e rotinas que deverão ser seguidas dentro do serviço. É importante que leia e siga as instruções.

### **Porque sinto as dores ?**

As contrações uterinas esticam os músculos causando dores na barriga e nas costas. A descida do bebê faz com que sua cabecinha pressione a vagina e o ânus, causando também desconforto para a mulher e muitas vezes vontade de evacuar que é muito natural. Portanto, apesar do grande desconforto e dor, trata-se de um processo fisiológico do corpo se preparando para a expulsão do bebê.

### **Como sabemos que o bebê está bem?**

Durante todo o trabalho de parto, acompanhamos os batimentos cardíacos do bebê. Portanto, o coraçãozinho do seu bebê será auscultado com frequência e através disso saberemos se ele está bem.



### **O que pode ser feito para aliviar as dores?**

Respirar calmamente, massagear as costas, banho morno, usar a bola quando indicado, tentar relaxar entre as contrações. Tudo isso fará com que você se sinta mais tolerante a dor, chegue mais oxigênio ao seu bebê e se sinta melhor.



### O que posso fazer para encurtar meu trabalho de parto?

A mulher consegue conduzir seu trabalho de parto. Uma boa condução contará com o controle da dor e do desconforto para isso é fundamental que ela mantenha seu foco no nascimento do bebê e se movimente para abreviar seu trabalho de parto.

Sabemos que a anestesia peridural pode ser um complicador durante a evolução do trabalho de parto e como todo procedimento médico apresenta riscos. Além de poder provocar uma diminuição das contrações, o que tornará o trabalho de parto mais arrastado, poderá causar também lipotimia (tonteados), hipotensão (pressão muito baixa) e náuseas, e esses efeitos poderão refletir no bebê. Portanto, discuta com a equipe sobre as questões relacionadas à analgesia, pois a indicação é avaliada caso a caso.

### Com quantos centímetros o bebê nasce?

Dizemos que a dilatação é completa para o nascimento com 10 cm.

### Onde e como posso ter meu bebê?

Existem várias posições que podem ser adotadas para o parto (cócoras, semi sentada, deitada, agachada, ajoelhada, de lado, etc). Escolha aquela que se sentir mais confortável. Na maternidade a posição mais adotada ainda é a deitada ou semi sentada. Converse com a equipe sobre isso. O parto pode acontecer no pré-parto ou nas salas de parto da maternidade. O importante é que esteja acompanhada por um profissional de nossa equipe que te dará toda assistência necessária.

Logo após o nascimento, se estiver tudo bem, seu bebê será colocado sobre seu ventre para que ele sinta seu calor e se aqueça. Esse contato é chamado de “Contato Pele a pele” e é preconizado pela Rede Cegonha e Ministério da

saúde. Ele deverá permanecer assim, juntinho da mãe por no mínimo uma hora. Isso fará com que seu bebê tenha sucesso na amamentação, fique calmo e se sinta seguro, aquecido e consiga se adaptar mais facilmente a vida fora do útero materno.

