

O uso das boas práticas de atenção ao recém-nascido na primeira hora de vida nos diferentes modelos de atenção ao parto

The use of good care practices to newborns in the first hour of life in different childbirth care models
El uso de las buenas prácticas de atención al recién nacido en la primera hora de vida en los diferentes modelos de atención al parto

Geiza Martins Barros¹, Marcos Augusto Bastos Dias¹, Saint Clair dos Santos Gomes Junior¹

Resumo

Objetivo: Avaliar o grau de implementação das boas práticas de atenção imediata ao RN sadio, de parto vaginal em três centros de parto públicos do município do Rio de Janeiro, com diferentes modelos de atenção à mulher no momento do parto e nascimento.

Método: Foi realizada uma pesquisa avaliativa normativa com análise de implantação. Os dados foram coletados de junho a dezembro de 2016.

Resultados: O modelo tradicional não apresentou grau de implementação adequado em nenhuma das categorias analisadas. No modelo colaborativo, os cuidados a serem postergados ainda se mostraram inadequados e adequados em relação aos cuidados proscritos e cuidados diretos recomendados. A casa de parto apresentou grau adequado de implementação das boas práticas em todas as categorias analisadas.

Conclusão: O modelo assistencial praticado no centro obstétrico mostrou-se com menor proporção da utilização das boas práticas de atenção ao recém-nascido e a casa de parto com maior proporção destas, assim sendo, é possível evidenciar que as unidades estudadas possuem diferentes níveis de implementação de tais cuidados e os mesmos, variam de acordo com o modelo assistencial.

Descritores

Humanização da assistência; Assistência à saúde; Recém-nascido; Enfermagem neonatal

Abstract

Objective: To evaluate the degree of implementation of the best practices of immediate care to healthy newborns of vaginal delivery in three public childbirth centers of the city of Rio de Janeiro, with different care models to women at delivery and birth.

Method: A normative evaluative study was developed with an implementation analysis. Data were collected from June to December 2016.

Results: The traditional model did not present an adequate degree of implementation in any of the analyzed categories. In the collaborative model the care to be postponed still proved inadequate but adequate in relation to out-of-home care and recommended direct care. The delivery room presented an adequate degree of implementation of good practices in all categories analyzed.

Conclusion: The care model practiced in the obstetric center showed a lower proportion of the use of good practices of care to newborns and the home with a greater proportion of these, so it is possible to show that the units studied have different levels of implementation of such care, which vary according to the care model.

Keywords

Humanization of care; Health care; Newborn; Neonatal nursing

Resumen

Objetivo: Evaluar el grado de implementación de las buenas prácticas de atención inmediata al RN sano, de parto vaginal en tres centros de parto públicos del municipio de Río de Janeiro, con diferentes modelos de atención a la mujer en el momento del parto y nacimiento.

Métodos: Se realizó una investigación de evaluación normativa con análisis de implantación. Los datos fueron recolectados de junio a diciembre de 2016.

Resultados: El modelo tradicional no presentó un grado de implementación adecuado en ninguna de las categorías analizadas. En el modelo colaborativo los cuidados a ser postergados aún se mostraron inadecuados y adecuados en relación a los cuidados proscritos y cuidados directos recomendados. La casa de parto presentó un grado adecuado de implementación de las buenas prácticas en todas las categorías analizadas.

Conclusión: El modelo asistencial practicado en el centro obstétrico se mostró con menor proporción de la utilización de las buenas prácticas de atención al recién nacido y la casa de parto con mayor proporción de éstas, por lo que es posible evidenciar que las unidades estudiadas poseen diferentes niveles de atención la implementación de tales cuidados y los mismos, varían de acuerdo con el modelo asistencial.

Descriptores

Humanización de la asistencia; Asistencia a la salud; Recién nacido; Enfermería neonatal

Como citar:

Barros GM, Dias MA, Gomes Junior SC. The use of good care practices to newborns in the first hour of life in different childbirth care models. Rev Soc Bras Enf Ped. 2018;18(1):21-8. Portuguese

¹ Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Conflitos de interesse: nada a declarar

Submissão: 29 de Setembro de 2017 | Aceite: 31 de Outubro de 2018

Autor correspondente: Geiza Martins Barros | Av. Brasil, 4365, 21040-900, Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. geiza_mb@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.31508/1676-3793201800004>

Introdução

Identifica-se, na assistência obstétrica brasileira, a existência de, pelo menos, dois modelos de atenção ao parto e nascimento com lógicas e ideologias diferentes no que diz respeito ao uso das tecnologias e multidisciplinariedade. O primeiro, que podemos denominar de tecnocrata,⁽¹⁾ caracteriza-se pela ênfase nas patologias e uso intensivo do aparato tecnológico, enquanto que o segundo, que denominamos de humanizado⁽²⁾, pela valorização do processo fisiológico da parturição e nascimento, suas subjetividades e reconhecimento do protagonismo das mulheres.^(2,3) Este tem sido o modelo preconizado pelas políticas públicas que incentivam também a incorporação da enfermagem obstétrica na atenção ao parto e nascimento, recebendo a nomeação de modelo colaborativo.⁽⁴⁾

O modelo colaborativo propõe a parceria entre as categorias profissionais medicina e enfermagem obstétrica, prestando uma assistência baseada nos princípios da integralidade e tendo como base a hierarquização dos critérios riscos obstétricos. Essa iniciativa visa à maior interação e qualificação da atenção prestada a mulher e neonato. A proposta de atenção imediata ao recém-nascido (RN) saudável no modelo humanizado está fundamentada por diretrizes e normas estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), Ministério da Saúde (MS) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).⁽⁵⁻⁹⁾

As recomendações de cuidado imediato ao RN saudável, no modelo humanista, são consonantes com uma prática orientada pelo uso apropriado da tecnologia, respeito a fisiologia do nascimento, cuidado que enfatiza a conexão mente-corpo.⁽¹⁰⁾

Neste estudo, os cuidados imediatos recomendados pelas diretrizes e normas (OMS, MS e ANVISA)⁽⁵⁻⁹⁾ foram denominados de boas práticas de atenção ao recém-nascido na primeira hora de vida.

Devido à existência de diferentes modelos de atenção imediata ao RN nos serviços de atenção ao parto e da importância de se avaliarem os graus de implementação das recomendações da atenção a essa população, este trabalho tem como objetivo avaliar o grau de implementação das boas práticas de atenção imediata ao RN sadio, de parto vaginal em diferentes centros de parto e discutir o grau de implementação das boas práticas de atenção, na primeira hora de

vida, à luz das normas e recomendações do MS, OMS e RDC 36/2008.⁽⁵⁻⁹⁾

Métodos

Para avaliar o grau de implementação das boas práticas de atenção imediata ao RN sadio, foi realizada uma pesquisa avaliativa normativa dos serviços, considerando a dimensão do processo. A avaliação dessa implementação foi realizada durante uma observação participante do cuidado neonatal prestado aos RN saudáveis na sua primeira hora de vida. Um diário de campo foi feito de forma a sistematizar as observações e possibilitar uma discussão dos dados de forma mais contextualizada.

Os dados foram obtidos pessoalmente pela pesquisadora no local e momento do nascimento do RN em uma casa de parto (CP), um centro de parto normal intra-hospitalar (CPN) e uma maternidade com centro obstétrico tradicional (CO). Todos esses serviços são geridos pelo município do RJ e são especializados no atendimento de mulheres grávidas, de risco habitual, e seus bebês, durante o ciclo gravídico e puerperal, prestando assistência às emergências obstétricas que, por ventura, ocorram no decorrer da gravidez, parto e nascimento, além do puerpério imediato. Neste estudo, estamos definindo o modelo de atenção na CP como modelo humanizado, o modelo do CO como tecnocrata e o modelo do CPN como um modelo de transição (modelo colaborativo), porque incorpora elementos dos dois modelos anteriores.

Foram incluídos, no estudo, os RN saudáveis, a termo, nascidos entre junho a dezembro de 2016 de parto vaginal em gravidez única, com ausência de mecônio, com peso maior ou igual a 2.500 kg, índice de Apgar do primeiro e quinto minutos maior ou igual a 7. Foram excluídos os filhos de mulheres que deram entrada na unidade em período expulsivo, das mulheres com menos de 15 anos e das mulheres HIV positivas. Também foram excluídos os RN com anomalias congênitas.

Para este estudo, calculou-se um tamanho de amostra de 32 RN para a CP, 32 RN para CPN e 20 para o CO. O cálculo amostral foi realizado no Epi-INFO 7®, considerando um nível de confiança de 95%, poder de 80% e que a prevalência das boas práticas de

atenção imediata ao RN na CP é de 90%, na CPN é de 60% e no CO é de 50%.

Foi elaborado um formulário próprio para obtenção dos dados relativos aos cuidados realizados na primeira hora de vida dos RN. Nesse formulário, estão contidos dados sociodemográficos das mulheres (idade, situação conjugal, escolaridade, trabalho remunerado e cor da pele autodeclarada), da sua história obstétrica, do parto (consultas de pré-natal, paridade, Apgar de 1º e 5º minutos, idade gestacional, profissional que assistiu o parto e profissional que assistiu o RN) e os referentes à atenção prestada na primeira hora de vida aos RN.

No que refere à atenção prestada na primeira hora de vida aos RN, temos as seguintes variáveis: presença do(a) acompanhante no nascimento (sim ou não), ambiência: a sonoridade no ambiente do nascimento foi caracterizada quanto a presença/ausência e seu teor, sendo categorizada em: conversas relacionadas a mãe/bebê/orientações no momento do parto e nascimento (sim ou não) e conversas paralelas da equipe no momento do parto e nascimento (sim ou não). Luminosidade: a luz teve a sua qualidade especificada-natural ou artificial (nesse item, também se registrou a impossibilidade da incidência da luz natural pela arquitetura do local do nascimento), quantidade mensurada pelo(s) tipo(s) de luz(es)- foco; foco mais luz central; luz central; nenhuma das opções. A direcionalidade foi categorizada em: incidência para a vagina da mulher (sim ou não). A temperatura foi mensurada por meio de um termômetro, da marca Incoterm, de ambiente, que foi colocado antes do nascimento nas unidades que não o possuíam. Categorizada em: maior ou igual a 26°C (sim ou não). Foi utilizado um relógio de ponteiro para contabilizar o tempo para o clampeamento do cordão umbilical. Categorizada em: menor que 1 minuto; entre 1-3 minutos e maior que 3 minutos. A prevenção da perda de calor foi avaliada pela observação das condutas profissionais, sendo categorizada em: RN foi secado e aquecido junto à mãe (sim ou não). O contato pele a pele precoce e contínuo – Categorizada em: Contato contínuo com a mãe, pele a pele durante a primeira hora de vida (sim ou não). Amamentação na primeira hora de vida – Categorizada em: Promoção do aleitamento na primeira hora de vida do RN (sim ou não).

Práticas que foram proscritas e que eventualmente ainda são utilizadas; Categorizada em: RN teve as suas

vias aéreas superiores (VAS) aspiradas ao nascer (sim ou não); RN foi submetido à aspiração gástrica ao nascer (sim ou não); RN recebeu O2 inalatório ao nascer (sim ou não); RN foi encaminhado à unidade de calor radiante ao nascer (sim ou não); práticas mediatas que não devem ser realizadas na primeira hora de vida para não interromper o contato mãe-bebê – Categorizadas em: RN foi separado da mãe para realizações de cuidados mediatos, tais como: vacina contra hepatite B, injeção de vitamina K, prevenção de oftalmia gonocócica e mensurações antropométricas (sim ou não).

Os campos do instrumento de coleta de dados foram definidos a partir das normas e recomendações do MS, OMS e RDC 36/2008 (ANVISA)⁽⁵⁻⁹⁾ para posterior comparação da adequação da atenção imediata ao RN dessas unidades às mesmas. Todos os dados foram digitados em planilha Excel® para posterior análise.

As variáveis foram agrupadas em: cuidados indiretos recomendados, sendo compostas pela presença do acompanhante e aspectos relacionados à ambiência; cuidados diretos recomendados, englobando o clampeamento tardio do cordão umbilical, RN seco e aquecido no ventre materno, contato pele a pele precoce e contínuo, amamentação na primeira hora de vida. Cuidados que devem ser postergados na primeira hora de vida como realização de vacina contra a hepatite B, injeção de vitamina K, prevenção da oftalmia gonocócica e mensurações antropométricas na primeira hora de vida do neonato e cuidados proscritos e que não deveriam ser realizados tais como encaminhamento a unidade de calor radiante (UCR), oferta de O2 inalatório, aspiração de VAS, aspiração gástrica.

A partir dessa categorização, foi realizada a avaliação do grau de implementação em: adequada, parcialmente adequada e inadequada.

Cada uma das variáveis relacionadas aos cuidados indiretos ou diretos receberam 25 pontos quando eram realizadas em 80-100% dos RN. As variáveis relacionadas aos cuidados que devem ser postergados receberam 100 pontos quando eram realizadas em até 20% dos RN e as variáveis dos cuidados proscritos receberam 25 pontos quando eram realizadas em até 20% dos RN.

As categorias de cuidados foram consideradas como adequadas quando atingiram um grau de implementação de 75-100 pontos, parcialmente adequadas 50 a 74 pontos e inadequadas as que atingiram menos de 50 pontos.

Uma análise descritiva foi realizada para obtenção das médias e frequências de ocorrência das variáveis analisadas. O teste de Qui-quadrado foi utilizado na análise da atenção imediata ao RN entre as unidades avaliadas. Todas as análises foram realizadas no SPSS® 21, considerando um nível de significância de 0,05.

Esse trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, Fernandes Figueira (CEP-IFF) e da Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro, cujos Certificados de Apresentações para apreciação Ética foram: CCAE 52487915.7.0000.5269 e 52487915.7.3001.5279. Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme preconizado pela resolução 466/2012.

Resultados

Aspectos sociodemográficos, obstétricos e neonatais

As mulheres que tiveram seus RN incluídos no estudo apresentavam uma idade mediana de 24 anos (variando de 15 a 36 anos), em sua maioria se referiam como brancas (53,41%) ou pardas (32,95%), tendo 67,04% nível de escolaridade médio e 28,41% o nível fundamental. A maioria (88,64%) referiu possuir companheiro e 68% ter atividade remunerada (Tabela 1).

Todas as mulheres realizaram consultas de pré-natal e apresentaram uma paridade mediana de 3 partos (variando de 0 a 7 nascimentos). Os RN analisados apresentaram uma mediana de idade gestacional de 39 semanas (variando de 37 a 41 semanas) e um valor mediano para o índice de Apgar de 9 tanto no primeiro quanto no quinto minuto de vida. A assistência ao parto foi realizada por médicos em 60,22% e pela enfermagem obstétrica em 39,78%. A assistência neonatal foi realizada por médicos em 89,77% (Tabela 1).

Atenção imediata ao RN

Na categoria cuidados indiretos recomendados, observa-se que todas as unidades asseguraram a presen-

Tabela 1. Aspectos pessoais e sociodemográficos das mulheres que tiveram seus recém-nascidos incluídos no estudo

Variáveis	n(%)	Mediana (Min-max)
Idade Materna	88(100)	24 (15-36)
Paridade	88(100)	3 (0-7)
Cor da pele referida		
Branca	47(53,41)	—
Parda	29(32,95)	—
Preta	12(13,64)	—
Nível de escolaridade		
Fundamental	25(28,41)	—
Médio	59(67,04)	—
Superior	4 (4,55)	—
Situação conjugal		
Vive com companheiro	78(88,64)	—
Vive sem companheiro	10(11,36)	—
Atividade Remunerada	55(68)	—
Idade Gestacional	88(100)	39 (37-41)
Consultas pré-natal	88(100)	8-10 (1-4 e >11)
Apgar 1	88(100)	9 (7-10)
Apgar 5	88(100)	9 (7-10)
Profissional que assistiu o parto		
Médico	53(60,22)	—
Enfermeiro	35(39,78)	—
Profissional que assistiu o RN		
Médico	79(89,77)	—
Enfermeiro	9(10,23)	—

ça do acompanhante e atingiram percentual maior que 80%. A Temperatura no local do parto maior ou igual a 26°C foi garantida na unidade CP (100%). A ausência de direcionalidade/incidência da luz para a vagina da mulher foi garantida nas unidades CP e CPN com percentuais acima de 80%. O mesmo resultado foi observado para ausência de conversas paralelas no momento do nascimento que foi observado nas unidades CP e CPN com percentuais acima de 80%. Para todos os itens avaliados nessa dimensão, observou-se diferença estatisticamente significativa (p-valor <0,001) (Tabela 2).

O cuidado definido como “RN secado e aquecido no ventre materno” não obteve aderência no CO onde ocorreu em apenas 17,5% dos nascimentos observados. A unidade CP foi a única que assegurou contato pele a pele precoce e contínuo, durante a primeira hora de vida, entre mãe-bebê na maioria dos nascimentos (87,5%). No que concerne a amamentação na primeira hora de vida, o CO apresentou a menor proporção com 2,5% do total de nascimentos observados, seguido pelo CPN em que ocorreu em 40% dos nascimentos observados.

Tabela 2. Proporção de realização dos cuidados imediatos ao RN em cada unidade (CO, CPN, CP)

Item avaliado		CP n(%)	CPN n(%)	CO n(%)	p-value
Cuidado indireto recomendado	Presença do acompanhante	8(100)	40(100)	36(90)	0,000
	Temperatura no local do parto maior ou igual a 26°C	8(100)	0(0)	0(0)	0,000
	Luminosidade: AUSÊNCIA DE direcionalidade/ incidência da luz para a vagina da mulher	7(87,5)	36(90)	9(22,5)	0,000
	Sons-AUSÊNCIA DE conversas paralelas no momento do nascimento	8(100)	32(80)	16(40)	0,000
Cuidado direto recomendado	Clampeamento tardio do cordão umbilical*	8(100)	38(95)	4(10)	0,000
	RN secado e aquecido no ventre materno	8(100)	38(95)	7(17,5)	0,000
	Contato pele a pele precoce e contínuo	7(87,5)	1(2,5)	0(0)	0,000
	Amamentação na primeira hora de vida	7(87,5)	16(40)	1(2,5)	0,000
Cuidado postergado	Realização de vacina contra a hepatite B, injeção de vitamina K, prevenção da oftalmia gonocócica e mensurações antropométricas na primeira hora de vida do neonato	0(0)	39(97,5)	40(100)	0,000
Cuidado proscrito	Encaminhamento do RN a UCR	1(12,5)	39(97,5)	40(100)	0,000
	Oferta de O2 Inalatório	1(12,5)	1(2,5)	6(15)	0,142
	Aspiração de VAS	1(12,5)	1(2,5)	35(87,5)	0,000
	Aspiração gástrica	0(0)	0(0)	0(0)	

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

No CO, os “cuidados a serem postergados” foram realizados em todos os nascimentos observados e no CPN na quase totalidade dos nascimentos (97,5%).

No CO, todos os RN observados (100%) foram encaminhados a UCR, um percentual também elevado foi apresentado pelo CPN com 97,5% do total dos neonatos observados. A oferta de oxigênio (O2) inalatório aos RN obteve percentual menor que 20% em todas as unidades. A aspiração das VAS dos neonatos ainda foi realizada com bastante frequência no CO (87,5%). A aspiração gástrica não foi realizada nos RN observados, em nenhuma das unidades do estudo. A tabela 2 apresenta a proporção de realização dos cuidados imediatos ao RN em cada unidade (CO, CPN, CP).

O grau de implementação das boas práticas de atenção imediata ao RN nos diferentes modelos de atenção foi obtido e classificado de acordo com as categorias de cuidados (Tabela 3). Na categoria dos cuidados indiretos recomendados, foram consideradas adequadas as unidades CP e CPN. Na categoria cuidados diretos recomendados e cuidados a serem postergados, apenas a CP foi considerada adequada. Na categoria cuidados a serem proscritos, as unidades CP e CPN atingiram a pontuação de adequação.

Tabela 3. O grau de implementação das boas práticas de atenção imediata ao RN nos diferentes modelos de atenção

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

Parc. Adequada corresponde à parcialmente adequada

Discussão

Diretrizes são conjuntos de recomendações elaboradas sistematicamente a partir de evidências científicas.⁽¹¹⁾ Nesse estudo, foram selecionadas as diretrizes oficiais estabelecidas pela OMS, MS, e RDC/ANVISA 36/2008⁽⁵⁻⁹⁾ para a assistência imediata ao recém-nascido saudável.

No que tange à presença do acompanhante na primeira hora de vida do RN, todas as unidades do estudo apresentaram percentuais elevados, tais dados revelaram que as unidades de saúde estão resguardando o direito garantido pela lei do acompanhante n° 11.108 de 2005.⁽³⁾ A proporção apresentada está acima da encontrada na pesquisa *Nascer no Brasil*, a qual revelou que, naquele estudo, apenas 75,5% das mulheres puderam ter acompanhante no momento do parto.⁽¹²⁾

A ambiência no CO foi caracterizada como inadequada. No CPN, apesar da temperatura não ser a indicada pelas recomendações oficiais, sons e luminosidades foram mais bem qualificados. Na CP, a ambiência se mostrou adequada.

De modo geral, o ambiente do nascimento no hospital é estranho para a mulher, causa medo e ansiedade porque possui características que não lhe são familiares. A importância disso está no fato de ser o ambiente físico adequado capaz de facilitar a liberação hormonal necessária para a evolução favorável do trabalho de parto e nascimento, temos como exemplo a ocitocina, que, dentre outras, é necessária também para fomentar o apego mãe-bebê.⁽¹³⁾

A manutenção da temperatura ambiente maior ou igual a 26°C visa à prevenção da perda de calor do RN por evaporação do líquido amniótico, a partir da superfície da pele logo após o parto. A maior perda de calor no neonato deve-se ao fato de ele possuir grande área de superfície, isolamento térmico diminuído devido à falta de gordura subcutânea e menor quantidade de gordura marrom.⁽¹⁴⁾

A diminuição da temperatura corpórea, abaixo dos níveis ideais (hipotermia), tem sido reconhecida como causa significativa de complicações neonatais e mortes, tanto em neonatos de baixo peso como de peso normal. A temperatura do ambiente durante o parto e pós-parto tem um importante efeito no risco para o RN desenvolver a hipotermia.⁽¹⁵⁾

A inadequação da temperatura no local do parto pode fazer com que seja necessário o encaminhamento do RN a UCR para que não se apresente hipotermia.

O clampeamento tardio do cordão umbilical se apresentou como rotina na CP e CPN, já no CO além da realização do clampeamento precoce do cordão umbilical em 90% dos nascimentos, os bebês majoritariamente (82,5%) não foram colocados sobre o ventre materno.

Cabe ressaltar que o clampeamento tardio do cordão umbilical é recomendado também pelas diretrizes de reanimação neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria.⁽¹⁶⁾

Foi possível perceber, dentre outros motivos para tal conduta, a pressão por parte do(a)s pediatras em receber o neonato para examiná-lo. O que pode ser resultado de uma formação profissional que não valoriza os aspectos biopsicofisiológicos da vida neonatal, mas principalmente focam nas patologias.

A formação médica no Brasil ainda possui como desafio a associação entre teoria e prática. As práticas pedagógicas e educacionais das escolas médicas necessitam ser trabalhadas com maior ênfase na integridade da atenção. O que se verifica é que, mesmo com as propostas do SUS no que tange a uma mudança no modelo de atenção à saúde, o modelo de cuidado centrado na doença ainda prevalece. Além disso, a concepção de formação profissional necessita priorizar também a promoção da saúde.⁽¹⁷⁾

Um estudo realizado em 2014 e que utilizou a base de dados da pesquisa *Nascer no Brasil* revelou que as práticas de recepção do neonato a termo no Brasil possuíam grandes variações. Os resultados demonstraram que práticas consideradas inadequadas como uso de oxigênio inalatório (9,5%), aspiração de vias aéreas (71,1%), gástrica (39,7%) e uso de incubadora (8,8%) foram excessivamente empregadas. A proporção de colocação do RN ao seio materno na sala de parto foi considerada baixa (16,1%), mesmo nos hospitais com título de hospital Amigo da Criança (24%).⁽¹⁸⁾

Outro dado importante proveniente dessa pesquisa⁽¹⁸⁾ é o percentual de bebês amamentados na primeira hora de vida, que na região sudeste foi de apenas 41,8%. Esse dado se equipara ao encontrado nesta pesquisa, na unidade CPN em que o percentual foi de 40%.

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

utilização de práticas inadequadas; por exemplo, a ausência do estímulo ao contato pele a pele.⁽¹⁹⁾

O que foi possível observar no que diz respeito a essa variável, foi a exigência por parte de alguns dos profissionais que atenderam aos neonatos (no CPN e CO), dos resultados negativos de HIV com datas de até três meses antes do parto, para, então, liberar o aleitamento materno. Essa exigência pode ser a causa do elevado percentual de bebês não amamentados na primeira hora de vida, no entanto esta é uma conduta que não encontra respaldo na literatura médica.^(20,21)

Um estudo realizado em São Paulo, em 2011, com 1787 registros de nascimento mostrou que 31,5% das crianças tiveram o primeiro contato com a mãe após a primeira hora de vida e que 24% entre 30 e 60 minutos, ou seja, mais da metade das crianças nem foram aquecidas e secadas no ventre da mãe ao nascer.⁽²²⁾

A efetivação de mensurações antropométricas ainda na primeira hora de vida do neonato, interrompendo o contato mãe-bebê, aconteceu em 100% dos nascimentos observados tanto no CO quanto no CPN, apenas a CP cumpriu com as recomendações oficiais.

Além das mensurações antropométricas supracitadas; nas unidades CO e CPN, também realizaram vacinação contra a hepatite B, injeção de vitamina K e aplicação de crede em todos os neonatos ainda na primeira hora de vida, no local do parto. Parte dos profissionais parece não valorizar os mecanismos biopsíquicos e fisiológicos envolvidos nessa hora de inatividade alerta do neonato.

O encaminhamento do neonato para a unidade de calor radiante, após o clampeamento do cordão umbilical, aconteceu de forma rotineira nos nascimentos observados no CO e no CPN. Essa rotina de afastamento pode refletir uma insegurança dos profissionais quanto à capacidade da mãe em manter aquecido o RN, embora os estudos^(9,16) provem a segurança dessa conduta, em especial quando o ambiente do nascimento está com a temperatura adequada. Levar o bebê para a UCR também é uma forma de reduzir a permanência dos profissionais na sala de parto e liberá-los para assumir outras tarefas.

Em consonância com as normas e recomendações que guiaram a pesquisa, temos a Diretriz Nacional de Assistência ao parto Normal, lançada em janeiro de 2016 pelo Ministério da saúde/CONITEC (Comissão Nacional de Incorporação de tecnologias no SUS),⁽¹⁷⁾

que também discorre acerca da importância do contato pele a pele precoce e contínuo entre mãe e bebê, abolindo, assim, a separação destes por meio do encaminhamento para a unidade de calor radiante.

O estudo evidenciou que a aspiração das vias aéreas superiores dos neonatos ainda é uma prática muito presente no modelo tecnocrático de atenção. Esse resultado mostra que alguns dos procedimentos proscritos ainda estão sendo efetivados pelos profissionais de saúde. A recomendação apresentada pela OMS, e que apresenta evidência de alta qualidade, é que se o líquido amniótico é claro e o RN chora espontaneamente, este não necessita ter as suas vias aéreas superiores aspiradas.⁽²³⁾

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

Conclusão

Os cuidados imediatos recomendados e que correspondem às boas práticas de atenção ao RN na primeira hora de vida, tais como: presença do acompanhante, temperatura na sala de parto maior ou igual a 26°C, ausência de direcionalidade/incidência da luz para a vagina da mulher, ausência de conversas paralelas no momento do nascimento, clampeamento tardio do cordão umbilical, RN secado e aquecido no ventre materno, contato pele a pele precoce e contínuo, amamentação na primeira hora de vida do RN, foram classificados como adequados na casa de parto e inadequado no centro obstétrico tradicional, já no centro de parto normal, variou entre parcialmente adequado a adequado. A partir de tais dados, evidencia-se que o modelo assistencial praticado no centro obstétrico apresentou a menor proporção de utilização das boas

práticas de atenção ao recém-nascido e, ao se compararem as unidades estudadas, identificam-se diferentes níveis de implementação a depender do modelo assistencial.

Contribuições

Barros GM, Dias MAB e Gomes Junior SCS contribuíram com a concepção do projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Maia MB. Assistência à saúde e ao parto no Brasil. In: Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional [Internet]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2010.p. 19-49. [citado 2018 Jan 21]. Disponível em: books.scielo.org/id/pr84k/pdf/maia-9788575413289.pdf
2. Gaíva MA, Tavares CM. O nascimento: um ato de violência ao recém-nascido? *Rev Gaúcha Enferm.* 2002;23(1):132-45.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. (Cadernos HumanizaSUS, 4). [citado 2018 Fev 21]. Disponível em: http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf
4. Vogt SE, Silva KS, Dias MA. Comparação de modelos de assistência ao parto em hospitais públicos. *Rev Saúde Pública.* 2014;48(2):304-13.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Ambiência [Internet]. 2. ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde; 2010. [citado 2017 Nov 24]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia_2ed.pdf
6. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a lei nº 8080, de 9 de setembro de 1990, para garantir às 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. Brasília: MS; 2005.
7. Brasil. Ministério da saúde. Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: MS; 2014.
8. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018. [cited 2018 Jun 21]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=691132CC8FDA8B5DD9F11CF2994517CC?sequence=1>
9. Brasil. Ministério da saúde. Agência nacional de Vigilância sanitária. Resolução- RDC nº36, de 3 de junho de 2008. Dispõe sobre o regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal. Brasília: MS; 2008.
10. Davis-Floyd R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *Int J Gynaecol Obstet.* 2001;75(suppl. 1):S5-23.
11. Mion Junior D, Silva GV da, Gusmão JL de, Machado CA, Amodeo C, Nobre F, et al. Os médicos brasileiros seguem as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão? *Arq Bras Cardiol [Internet].* 2007 [citado 2017 Fev 16];88(2):212-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v88n2/a13v88n2.pdf>
12. Diniz CS, D'Orsi E, Domingues RM, Torres, JÁ, Dias MA, Schneck CA. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2014;30 Sup:S140-S53, 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00127013>
13. Jenkinson B, Josey N, Kruske S. BirthSpace: an evidence-based guide to birth environment design. Brisbane, The University of Queensland; 2014.
14. WHO Collaborating Centre for Training and Research in Newborn Care. Essential Newborn Nursing for Small Hospitals: in resource restricted countries [Internet]. New Delhi; 2004. [cited 2017 Fev 12]. Available from: https://www.newbornwhocc.org/pdf/learner%27s_guide%20-India.pdf
15. World Health Organization. Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood. Thermal protection of the newborn: a practical guide. Geneva: WHO; 1997.
16. Sociedade Brasileira de Pediatria. Reanimação do recém-nascido ≥34 semanas em sala de parto: Diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria 26 de janeiro de 2016 [Internet]. São Paulo: SBP; 2016. [citado 2016 Dez 27]. Disponível em: www.sbp.com.br/reanimacao
17. Romano VF. Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas. Jadete Barbosa Lampert. Rio de Janeiro: Hucitec; 2002. 283 pp. *Trab Educ Saúde.* 2005;13(1): 244-6. <http://dx.doi.org/10.1590/S198177462005000100016>
18. Moreira ME, Gama SG, Pereira AP, Silva AA, Lansky S, Pinheiro R de S, et al. Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2014;30 Supl. 1:S128-S139. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00145213>
19. Boccolini CS, Carvalho ML de, Oliveira MI de, Pérez-Escamilla R. Amamentação na primeira hora de vida e mortalidade neonatal. *J Pediatr (Rio J).* 2013;89(2):131-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2013.03.005>
20. Brasil. Recomendações do fórum HIV e a primeira mamada. Departamento Científico de Aleitamento Materno, Infectologia e Neonatologia da SPSP (gestão 2007-2009) e Disciplina de Infectologia Pediátrica da Universidade Federal de São Paulo – Unifesp/EPM. São Paulo. [citado 2017 Fev 16]. Disponível em: http://www.spsp.org.br/2009/07/01/recomendacoes_do_forum_hiv_e_a_primeira_mamada/
21. Possolli GT, Carvalho ML de, Oliveira MI. HIV testing in the maternity ward and the start of breastfeeding: a survival analysis. *J Pediatr (Rio J).* 2015;91(4):397-404. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2014.11.004>
22. Siqueira FP, Colli M. Prevalência do contato precoce entre mãe e recém-nascido em um Hospital Amigo da Criança. *Rev Enferm UFPE on line.* 2013;7(11):6455-61. doi: 10.5205/revol.3794-32322-1-ED.0711201319.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Relatório de recomendação. Brasília: MS; 2016. [citado 2017 Fev 16]. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf