

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO**

**ÁDILA ROBERTA ROCHA SAMPAIO**

**FORTALECENDO A PRÁTICA DE ALEITAMENTO MATERNO EM SALA DE  
PARTO DE MATERNIDADE PÚBLICA MUNICIPAL AMIGA DA CRIANÇA DE  
JOÃO PESSOA - PB: UM ESTUDO DE INTERVENÇÃO**

**SANTOS  
2015**

Dados Internacionais de Catalogação  
Sistema de Bibliotecas da Universidade Católica de Santos  
*SibiU*

---

S192 Sampaio, Ádila Roberta Rocha

Fortalecendo a prática de aleitamento materno em sala de parto de maternidade pública municipal Amiga da Criança de João Pessoa -PB: um estudo de intervenção. / Ádila Roberta Rocha Sampaio; orientador Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Claudia Barros. – Santos: [s.n.], 2015.

113 f.; (Dissertação de Mestrado) - Universidade Católica de Santos, Programa de Mestrado em Saúde Coletiva.

1. aleitamento materno precoce. 2. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. 3. Contato pele a pele. 4. Educação permanente. I. Barros, Claudia. II. Universidade Católica de Santos. III. Fortalecendo a prática de aleitamento materno em sala de parto de maternidade pública municipal Amiga da Criança de João Pessoa –PB: um estudo de intervenção.

CDU MON

614(043.3)

---

**ÁDILA ROBERTA ROCHA SAMPAIO**

**FORTALECENDO A PRÁTICA DE ALEITAMENTO MATERNO EM SALA DE PARTO DE MATERNIDADE PÚBLICA MUNICIPAL AMIGA DA CRIANÇA DE JOÃO PESSOA - PB: UM ESTUDO DE INTERVENÇÃO**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos.

Área de Concentração: Políticas e Práticas em Saúde.

Orientadora: Cláudia Renata dos Santos Barros

Co-orientadora: Aylene Emilia Moraes Bousquat

**SANTOS**

**2015**

## **DEDICATÓRIA**

À minha mãe, Socorro Rocha, minha maior incentivadora neste projeto e responsável por eu ter conseguido chegar até aqui. O alicerce verdadeiro da minha formação como ser humano.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pelo dom da vida e por todas as graças recebidas até então.

À minha mãe, Socorro Rocha, por toda dedicação, compreensão e suporte ofertados ao longo de toda a minha existência. Sem você, eu não teria me tornado quem sou. Muito obrigada.

Ao meu irmão, Danilo Sampaio, pelo carinho, apoio e pelas tantas vezes que se privou do sono para me levar ou me buscar no aeroporto, nessas idas e vindas a Santos-SP.

A toda minha família, em especial à minha Tia Elvira Rocha, que sempre torceu e se alegrou com todas as minhas conquistas.

Ao meu namorado, Helcio Alencar, por estar ao meu lado, pelas palavras de ânimo e carinho; e pela compreensão nos tantos momentos em que estive distante ou ausente para dedicação aos estudos.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos, bem como à Associação Médica da Paraíba, pela oportunidade de cursar um Mestrado.

Aos meus queridos colegas de turma, com os quais compartilhei tantos momentos de alegria em Santos. Vocês foram excepcionais. Em especial à Luciana Trindade e à Noadja Andrade, minhas companheiras de quarto, e por quem nutro muito carinho e admiração, e a Bertrand Cariry, grande amigo nessa jornada.

À professora Dra. Lourdes Martins, pelo apoio e carinho para com a nossa turma.

À minha orientadora, a professora Dra. Claudia Barros, pela coragem e desprendimento de me “adotar” como orientanda no decorrer dessa caminhada. Senti-me verdadeiramente acolhida. Sei que são poucos os seres humanos capazes de tal gesto.

À minha querida co-orientadora, a professora Dra. Aylene Bousquat, que sempre me recebeu com tanto carinho e generosidade e que, apesar de ter se afastado formalmente de minha orientação, por motivos de força maior, nunca me abandonou ou me negou apoio em qualquer momento deste trabalho. Você é

realmente um grande exemplo de mestre e ser humano, sendo capaz de se superar e reinventar a cada dia e diante de cada obstáculo.

À Valderez Araújo, amiga e grande incentivadora deste projeto. Sua torcida, energia e vibração contaram muito nesse processo.

Às minhas ex-alunas, Ana Isabel Lopes Cunha e Sylmara de Souza, e também à enfermeira e amiga, Bruna Grasielle, que me ajudaram no processo de coleta de dados desta pesquisa.

A todos os profissionais do Instituto Cândida Vargas, que me ajudaram na realização e concretização deste estudo.

A todos os meus verdadeiros amigos, que sempre torceram por mim e hoje se alegram com esta vitória.

Por fim, agradeço a todas as mulheres que participaram como sujeitos desta pesquisa. Todo este trabalho não teria sentido sem vocês. Ele só existe por vocês, com vocês e para vocês. Espero que esta discussão possa contribuir na melhoria da assistência para tantas outras mulheres e bebês que são atendidos diariamente em todas as maternidades brasileiras.

## RESUMO

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) constitui-se de metas, denominadas de “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”. Apesar das evidências em relação aos benefícios da IHAC sobre a melhoria dos índices de aleitamento materno, ainda há poucos hospitais certificados. O objetivo deste estudo foi verificar a efetividade de ações educativas propostas pela IHAC para o aumento da prevalência de recém-nascidos colocados em contato pele a pele com as suas mães na primeira hora de vida. Para tal, realizou-se uma pesquisa-ação, com abordagem quantitativa, em uma maternidade pública municipal de João Pessoa. Foram realizadas ações educativas com profissionais de saúde, seguidas de avaliação pré e pós-intervenção. A efetividade da ação educativa foi avaliada por meio de entrevistas face a face com 211 mulheres, que compreenderam dois grupos independentes para avaliação no pré e pós-intervenção. As variáveis foram descritas por meio de média, desvio padrão, frequência e proporções. Os testes de hipóteses utilizados foram o qui-quadrado de Pearson e Exato de Fisher para diferenças entre proporções e teste “t” de Student pareado para diferenças entre médias. Os grupos de puérperas pré e pós-intervenção foram semelhantes, permitindo a comparação do desfecho estudado. Apenas 10 puérperas (9,3%) do grupo 1 e 12 (11,5%) do grupo 2 realizaram o 4º da IHAC. A única variável que mostrou associação ( $p < 0,01$ ) com o desfecho analisado, em ambos os grupos, foi o tipo de parto. Participaram da intervenção educativa 77 profissionais (menos de 35% do público-alvo). Houve diferença entre percentual médio de respostas adequadas desses profissionais no pré e pós-testes ( $p < 0,01$ ). As oficinas mostraram-se eficientes no que se refere à aquisição de conhecimento teórico pelos participantes. No entanto, a apreensão desses conceitos em relação ao 4º passo da IHAC não resultou em modificação da práxis.

**Palavras-chave:** Aleitamento materno; Saúde Materno-infantil; Educação Continuada

## ABSTRACT

The Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI) has goals, called “Ten Steps to Successful Breastfeeding”. Despite evidence of the benefits of the BFHI on improving breastfeeding rates, there are few certified hospitals. The aim of this study was to verify the effectiveness of educational activities proposed by the BFHI for the increased prevalence of newborns placed skin-to-skin with their mothers in the first hour of life. To this end, survey was conducted using a quantitative methodology in municipal public maternity João Pessoa. Educational activities with health professionals followed for pre- and post-intervention were carried out. The effectiveness of educational activity was assessed using face to face interview with 211 women, who comprised two independent groups for evaluation pre and post intervention. The variables were described by mean, standard deviation, frequency and proportions. Hypothesis tests used were the chi-square test and Fisher's exact for differences between proportions and “t” test of Student paired for differences between means. Groups of mothers pre and post intervention were similar, allowing the comparison of the studied outcome. Only 10 mothers (9.3%) in group 1 and 12 (11.5%) in group 2 underwent the fourth step of the BFHI. The only variable that was associated ( $p < 0.01$ ) with the outcome analyzed in both groups was the type of delivery. Participated in the educational intervention 77 workers (less than 35% of the audience). There was a difference between mean percentage of adequate responses of these professionals in the pre- and post-test ( $p < 0.01$ ). The workshops proved to be efficient as regards the acquisition of theoretical knowledge by participants. However, seizure of these concepts in the BFHI's fourth step did not result in modification of praxis.

**Key words:** Breast Feeding; Maternal and Child Health; Education Continuing.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das puérperas excluídas da pesquisa, segundo critérios. Maternidade pública municipal de João Pessoa. Janeiro e agosto de 2014.....	42
Tabela 2 - Frequência das puérperas segundo faixa etária, cor autodeclarada, situação marital, religião, estrato socioeconômico e local de origem. Maternidade pública municipal de João Pessoa. Janeiro e agosto de 2014.....	43
Tabela 3 - Frequência das puérperas segundo o tipo de parto, local de realização do pré-natal, orientações sobre aleitamento materno durante o pré-natal e realização adequada do 4º da IHAC. Maternidade pública municipal de João Pessoa. Janeiro e agosto de 2014.....	44
Tabela 4 - Distribuição do local de realização do pré-natal pelas puérperas, em relação ao seu tipo de parto e ao recebimento de orientações gerais sobre aleitamento materno e sobre amamentação na primeira hora de vida do bebê. Maternidade pública municipal de João Pessoa. Janeiro e agosto de 2014.....	46
Tabela 5 - Frequência dos bebês colocados em contato pele a pele precoce com suas mães de acordo com o profissional responsável por esse contato. Maternidade pública municipal de João Pessoa. Janeiro e agosto de 2014.....	47
Tabela 6 - Frequência das puérperas que realizaram o 4º Passo da IHAC adequadamente em relação ao tipo de parto, local de realização de pré-natal e orientação sobre amamentação no pré-natal. Maternidade pública municipal de João Pessoa. Janeiro e agosto de 2014.....	48
Tabela 7 - Frequência de respostas adequadas às questões aplicadas aos profissionais participantes das Oficinas “Promovendo o Aleitamento Materno Precoce”. Maternidade pública municipal de João Pessoa. Fevereiro a maio de 2014. (Teste Exato de Fisher).....	51

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AM	Aleitamento Materno
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
CCEB	Critério de Classificação Econômica Brasil
CDC	Centro de Controle e Prevenção de Doenças
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fiocruz
HAC	Hospital Amigo da Criança
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
ICV	Instituto Cândida Vargas
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
MS	Ministério da Saúde
NBCAL	Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças na Primeira Infância
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNI	Programa Nacional de Imunizações
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
PPAM	Pesquisa Nacional de Prevalência de Aleitamento Materno
RC	Rede Cegonha
RN	Recém-nascido
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
WABA	Aliança Mundial para Ação em Aleitamento Materno

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2 ALEITAMENTO MATERNO: IMPORTÂNCIA E SITUAÇÃO BRASILEIRA .....</b>	<b>16</b>
<b>3 A INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA .....</b>	<b>19</b>
<b>4 O ALEITAMENTO MATERNO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA DO BEBÊ.....</b>	<b>26</b>
<b>5 OBJETIVOS.....</b>	<b>34</b>
5.1 Objetivo geral .....	34
5.2 Objetivos específicos.....	34
<b>6 MÉTODOS .....</b>	<b>35</b>
6.1 Tipo de estudo .....	35
6.2 Local do estudo .....	35
6.3 População e amostra .....	36
6.4 Fases da pesquisa .....	37
6.4.1 Mensuração da Prevalência do quarto passo da IHAC antes e após a intervenção educativa (Primeira e Terceira etapas).....	37
6.4.2 Intervenção Educativa (Segunda Etapa).....	39
6.4.3 Apresentação de proposta de protocolo ao colegiado da Rede Cegonha do serviço estudado .....	42
6.5 Análises dos dados.....	42
6.6 Aspectos éticos.....	43
<b>7 RESULTADOS.....</b>	<b>44</b>
7.1 Variáveis qualitativas das puérperas: comparação dos 2 grupos entrevistados.....	44
7.2 Variáveis assistenciais ofertadas às pacientes: comparação dos 2 grupos entrevistados.....	46
7.3 Prevalência do quarto passo da IHAC antes e após a intervenção educativa.....	49
7.4 Intervenções Educativas .....	53
<b>8 DISCUSSÃO .....</b>	<b>55</b>
<b>9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>78</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>80</b>

<b>APÊNDICE A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....</b>	<b>92</b>
<b>APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>94</b>
<b>APÊNDICE C - TERMO DE ASSENTIMENTO DO MENOR .....</b>	<b>95</b>
<b>APÊNDICE D - FICHA DE PESQUISA.....</b>	<b>96</b>
<b>APÊNDICE E - QUESTIONÁRIO.....</b>	<b>97</b>
<b>APÊNDICE F - CRONOGRAMA DE REALIZAÇÃO DAS OFICINAS.....</b>	<b>100</b>
<b>APÊNDICE G - CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO NAS OFICINAS .....</b>	<b>101</b>
<b>APÊNDICE H - FICHA DE INSCRIÇÃO PARA AS OFICINAS.....</b>	<b>102</b>
<b>APÊNDICE I - FLUXOGRAMA .....</b>	<b>103</b>
<b>ANEXO A - PORTARIA 1.459/2011 .....</b>	<b>104</b>

## 1 INTRODUÇÃO

As preocupações com a saúde da mulher e da criança vêm se intensificando no Brasil, pois reduzir as mortalidades infantil e materna, bem como qualificar a assistência a mulheres e crianças ainda é um desafio. Exemplos desses esforços são os diversos programas pensados e implementados nas últimas duas décadas, tais como: a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), a Rede Cegonha (RC) e a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (BRASIL, 2000; BRASIL, 2011; FIGUEREDO, 2012; BRASIL, 2013).

No ano 2000, foi estabelecida a Declaração do Milênio, pacto internacional pela eliminação da pobreza firmado por dignitários de 191 países. Naquele momento, a Organização das Nações Unidas (ONU) construiu oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, que deveriam ser cumpridos pelos países signatários até o ano de 2015, por meio de ações de combate à pobreza e à fome, promoção da educação, da igualdade de gênero, de políticas de saúde, saneamento, habitação e meio ambiente. O quarto desses objetivos se refere à redução em dois terços, entre 1990 e 2015, da mortalidade de crianças menores de cinco anos de idade - que expressa a frequência de óbitos nessa faixa etária para cada 1000 nascidos vivos (BRASIL, 2007a).

De acordo com o Relatório dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio de 2013, elaborado pela ONU, a taxa mundial de mortalidade na infância caiu 47% em 22 anos. Entre 1990 e 2012, o índice passou de 90 para 48 mortes por 1000 nascidos vivos, de modo que ainda há um longo caminho em âmbito mundial para que esse objetivo seja atingido até 2015 (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA - UNICEF, 2013).

O Brasil, porém, conseguiu atingir essa meta de redução da mortalidade na infância antes do prazo estabelecido pela Declaração do Milênio. A taxa passou de 53,7 em 1990 para 17,7 óbitos por 1000 nascidos vivos em 2011. Nesse período, houve também redução na desigualdade regional desse indicador. Na região nordeste, houve um ritmo mais acelerado de queda na mortalidade entre os menores de cinco anos em relação às outras regiões do país (redução de 76%, média de 6,6% ao ano). Em 1990, a mortalidade na região nordeste era 2,5 vezes maior que a do sul, sendo que essa diferença foi reduzida para 1,6 vezes em 2011.

Esse sucesso tem sido atribuído às melhorias das condições sanitárias e sociais do país, às mudanças demográficas, à implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e ampliação da cobertura da atenção básica - principalmente por meio da Estratégia Saúde da Família - e às políticas do Programa Nacional de Imunizações (PNI) e de promoção do aleitamento materno (AM) (BRASIL, 2014b).

Apesar dos avanços, observa-se que, no Brasil, grande parte dos óbitos da infância ocorre no primeiro ano de vida (acima de 85%), indicador que é expresso pela taxa de mortalidade infantil (número de óbitos de crianças com até um ano de idade por 1000 nascidos vivos). Entre 1990 e 2011, essa taxa foi reduzida de 47,1 para 15,3 óbitos por 1000 nascidos vivos, superando a meta de 15,7 óbitos estimada para 2015. O nordeste brasileiro atingiu o índice de 18 óbitos de menores de um ano por 1000 nascidos vivos em 2011, que era de 75,8 em 1990. No entanto, ainda se mantém acima da média nacional (BRASIL, 2014b).

Analisando-se os componentes da mortalidade infantil - neonatal precoce (mortalidade de crianças de 0-6 dias de vida); neonatal tardia (mortalidade de crianças de 7-27 dias) e pós-neonatal (mortalidade de crianças de 28-364 dias) -, observa-se que o componente neonatal precoce é responsável por quase 53% dos óbitos em menores de um ano de vida (BRASIL, 2014b).

Atuar em relação à mortalidade neonatal precoce é uma tarefa complexa que envolve diversas frentes e, apesar do aumento do acesso aos serviços de saúde proporcionados pelo SUS à população, ainda é necessário um avanço qualitativo na atenção oferecida à gestante, ao parto e ao recém-nascido (RN).

Diante desse cenário, o Ministério da Saúde (MS) -

considerando que o acesso das gestantes e recém-nascidos a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto, puerpério e período neonatal são direitos inalienáveis da cidadania; considerando a necessidade de ampliar os esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna, perinatal e neonatal registradas no país (BRASIL, 2000)

-, publica, em 1 de junho de 2000, a Portaria nº 569, que institui o PHPN no âmbito do SUS, com o objetivo de desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e RN (BRASIL, 2000).

Em 2011, o MS - avaliando os elevados indicadores de mortalidade materna e infantil brasileiros, principalmente em comparação aos países mais desenvolvidos; o

compromisso internacional ao cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio; a necessidade de assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, bem como da assistência ao parto, puerpério e à criança -, institui, no âmbito do SUS, a RC, por meio da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, na qual consta:

Art. 3º São objetivos da Rede Cegonha: I - fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; II - organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e III - reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal. Art. 6º A Rede Cegonha organiza-se a partir de quatro (4) Componentes, quais sejam: I - Pré-Natal; II - Parto e Nascimento; III - Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; IV - Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação (BRASIL, 2011).

No que diz respeito ao componente parto e nascimento, há recomendação da adoção das práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento “Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento”, da Organização Mundial da Saúde (OMS), de 1996. Esse documento recomenda formalmente que haja contato pele a pele direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto.

Portanto, a RC, proposta pelo governo brasileiro, é uma estratégia que visa enfrentar o problema do elevado número de óbitos de mulheres e crianças por meio de iniciativas para mudar o cenário existente no Brasil (CAVALCANTI et al., 2013). Cavalcanti e colaboradores (2013) afirmam que as ações propostas para a RC vão além do repasse de recursos - atrelado ao aumento de leitos ou à oferta de procedimentos -, visto que, buscam a melhoria da atenção destinada à sua população-alvo, convocando gestores, trabalhadores e sociedade a refletir e transformar o modelo de atenção ao parto e nascimento praticado no país.

Mais recentemente, já em 2014, foi publicada no Brasil a Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014, que institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao RN no SUS. Essa portaria demonstra preocupação com os aspectos técnicos, no que se refere: à ambientação; aos insumos e equipamentos hospitalares necessários à boa assistência; e à efetiva e oportuna reanimação

neonatal, quando necessária. Contudo, também, preocupa-se com a humanização da assistência e com o início precoce do AM (BRASIL, 2014c).

Diante do exposto, consideramos que o AM, mais precisamente o aleitamento precoce na primeira hora de vida do bebê e, preferencialmente, iniciado ainda nas salas de parto, é uma temática atual e de extrema importância. No nordeste do Brasil, onde permanecem elevados os índices de mortalidade infantil (BRASIL, 2014b), bem como a prevalência de AM na primeira hora de vida (66,9%) e aleitamento materno exclusivo (AME) aos seis meses de idade (37%) estão abaixo da média nacional (67,7 e 41%, respectivamente) (VENANCIO et al., 2010), essa questão é ainda mais relevante.

## **2 ALEITAMENTO MATERNO: IMPORTÂNCIA E SITUAÇÃO BRASILEIRA**

O leite materno é um alimento rico e de comprovado efeito sobre a redução da mortalidade infantil. Há evidências de que, tanto em países em desenvolvimento quanto nos desenvolvidos, a amamentação protege as crianças contra infecções dos tratos gastrintestinal e respiratório, sendo maior a proteção quando a criança é amamentada de forma exclusiva e por tempo prolongado (KRAMER et al., 2001; TOMA e REA, 2008).

O AME destaca-se por ser a intervenção isolada em saúde pública com o maior potencial para a redução da mortalidade na infância (TOMA e REA, 2008). Além do grande impacto na mortalidade infantil, o leite materno possui efeitos benéficos em longo prazo para as crianças amamentadas, tais como: médias mais baixas de pressão sanguínea e de colesterol total; menor prevalência de sobrepeso/obesidade e diabetes tipo 2; e melhor desempenho em testes de inteligência (HORTA et al., 2007). Um estudo de recorte de uma corte nacional - realizado na Irlanda, com famílias de crianças de até nove meses de idade, que utilizou uma medida padronizada de avaliação do desenvolvimento infantil para cada idade -, evidenciou efeito positivo do AM, exclusivo ou não, em relação a diversos domínios do desenvolvimento de bebês, tais como: atividade motora grossa e fina; e habilidades sociais, excetuando-se a comunicação (MCCRORY e MURRAY, 2013).

A OMS recomenda a amamentação exclusiva até os seis meses e manutenção do AM, juntamente com alimentos complementares, por dois anos ou mais (OMS, 2001b). O desmame precoce tem sido uma preocupação dos gestores de políticas públicas de todo o mundo, tendo em vista o impacto que acarreta na morbimortalidade infantil. Tal fato motiva a criação de políticas públicas e estratégias que visam à melhoria nos índices de AM (VICTORA et al., 1987; BETRÁN et al., 2001; HUFFMAN, ZEHNER e VICTORA, 2001; ESCUDER, VENANCIO e PEREIRA et al., 2003; LAMBERTI et al., 2011).

Em 1981 foi criado, no Brasil, o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), com o objetivo de fortalecer a prática do aleitamento no país. O PNIAM atualmente está organizado em seis braços estratégicos: atenção básica; atenção hospitalar; bancos de leite humano; proteção legal ao AM;

divulgação/campanhas; e monitoramento. No entanto, apesar de o leite materno ser o alimento idealmente recomendado para a alimentação de RN e lactentes, bem como dos esforços para o aumento da prática do aleitamento nos últimos trinta anos, as taxas de AM no Brasil, especialmente as de amamentação exclusiva, estão abaixo do recomendado (SOUZA et al., 2010).

Para Caminha et al. (2010) é frustrante verificar que os progressos obtidos na questão do AM ainda estejam bem distantes dos resultados desejáveis e formalmente estabelecidos como propostas políticas e metas pragmáticas.

Foram publicados em 2010 os dados referentes à II Pesquisa Nacional de Prevalência de AM (II PPAM) (BRASIL, 2009a). Segundo essa pesquisa: 67,7% das crianças mamaram na primeira hora de vida; a prevalência do AME em menores de seis meses foi de 41% no conjunto das capitais e DF; e a prevalência do AM em crianças de nove a doze meses foi de 58,7%. No tocante ao AME em menores de seis meses, 23 capitais se encontravam em situação considerada “razoável” (prevalência entre 12 e 49%), e apenas quatro (Belém, Campo Grande, DF e Florianópolis) estavam em “boa situação” (entre 50 e 89%). Quanto à duração do AM, a mediana brasileira era de 341,6 dias (11,4 meses). Essa situação é considerada “ruim” (mediana inferior a 17 meses); apenas Macapá foi classificada como tendo uma situação “razoável” (mediana entre 18 e 20 meses). Portanto, apesar dos avanços, ainda é necessário um grande esforço para que o Brasil atinja índices de AM compatíveis com a recomendação da OMS (BRASIL, 2009a; VENANCIO et al., 2010).

É importante chamar a atenção de que, diferentemente da crença popular e de muitos profissionais de saúde, colocar o bebê para mamar no peito não é uma habilidade inata da mãe, mas sim, uma prática que se adquire pela observação e experiência (WOOLRIDGE, 1986), sendo, portanto, de fundamental importância o apoio próximo e contínuo às lactantes para que elas consigam ter sucesso na amamentação.

Carvalhoes e Corrêa (2003) - em um estudo transversal com 50 binômios mãe/RN, no Hospital de Botucatu/SP -, utilizaram um protocolo de avaliação de mamada e analisaram a frequência de comportamentos desfavoráveis à amamentação e, a partir disso, criaram escores (bom, regular e ruim) para cada aspecto avaliado da mamada. Também foram avaliadas as associações entre determinadas práticas assistenciais e escores desfavoráveis. Os pesquisadores

observaram que nos escores regulares e ruins, de 18 a 34% dos binômios mãe/RN apresentaram alguma dificuldade com o início da amamentação em pelo menos um dos aspectos da mamada observada. As dificuldades mais presentes foram a má posição corporal da mãe e do bebê durante a mamada e a inadequação da interação mãe/neonato (CARVALHAES e CORRÊA, 2003). São justamente esses binômios que necessitam de suporte e atenção da equipe de saúde para que consigam iniciar o AM de forma exitosa. Porém, muitas vezes, práticas e rotinas hospitalares engessadas, acabam por dificultar esse apoio às lactantes e aos seus bebês.

Esse estudo detectou também que práticas de cuidados com os RN há muito tempo já desaconselhadas - tais como a demora na primeira mamada e a consequente oferta de líquidos, tanto de soro glicosado quanto de complementos lácteos, bem como o uso de mamadeiras para essa oferta -, ainda aconteciam com elevada frequência (CARVALHAES e CORRÊA, 2003).

Outra questão que dificulta o AM é a “cultura da mamadeira”, fomentada pela indústria de fórmulas lácteas, que alcançou enorme sucesso nas últimas décadas utilizando um marketing agressivo dirigido ao público e aos profissionais da saúde (LABBOK, 2007).

Desse modo, o desmame precoce resulta da interação complexa de diversos fatores socioculturais e econômicos, tais como: o processo de industrialização do final do século XIX; a inserção da mulher no mercado de trabalho; o surgimento das indústrias lácteas e, com elas, as propagandas das fórmulas lácteas; e a adoção pelas maternidades de rotinas pouco facilitadoras do aleitamento materno, inclusive com a adesão dos profissionais de saúde à prescrição de alimentação artificial (GOLDENBERG, 1989; PALMER, 1993; VENANCIO, 2003).

### **3 A INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA**

A IHAC, importante política em âmbito mundial, surgiu como resposta à necessidade de resgatar a importância do AME, sendo fruto de vários eventos de saúde e de políticas de saúde (LABBOK, 2007). Foi oficialmente criada em 1990 - após o encontro “Aleitamento Materno na Década de 90: Uma Iniciativa Global”, realizado em Florença/Itália - e tem a finalidade de apoiar, proteger e promover o AM, consistindo na mobilização de profissionais de saúde e funcionários de hospitais e maternidades para mudanças de práticas visando prevenir o desmame precoce (OMS/UNICEF, 1989; OMS/UNICEF, 1990; LAMOUNIER, 1998).

Desde então, mais de 15.000 hospitais, em 134 diferentes países, receberam o título de Hospital Amigo da Criança (HAC), contribuindo para a melhoria dos indicadores de AM e da saúde das crianças (UNICEF, 2014?).

A IHAC constitui-se de metas, denominadas de “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” (Quadro 1), a serem seguidas pelos hospitais durante o pré-natal, ao nascimento e após o parto. A IHAC é apoiada pela OMS e UNICEF.

Essa política foi incorporada pelo MS em 1992 (OMS, 2001a; FIGUEREDO, 2012), em adição aos esforços do PNAM, e vem se consolidando como uma das estratégias na busca pela diminuição da mortalidade infantil no país (BRASIL, 2007a). Desde então, mais de 300 hospitais brasileiros receberam o título HAC (ARAÚJO e SCHMITZ, 2007; UNICEF, 2014?). Percebe-se que a implantação da IHAC trouxe benefícios no sentido de melhorar tanto os índices de AM quanto de AME (VENANCIO et al., 2002; CALDEIRA e GONÇALVES, 2007).

Para que as mudanças nas rotinas hospitalares e a implantação dos dez passos sejam possíveis, é necessário contar com o apoio dos gestores, além de realizar ampla divulgação e discussão com todos os profissionais envolvidos na assistência à mulher e à criança. Os estudos têm demonstrado ser válido investir nessa estratégia, tanto pela melhoria na humanização da assistência quanto pelo aumento que tem sido alcançado em relação às taxas de AME (LAMOUNIER, 1998).

Quadro 1 - Dez passos para o sucesso do aleitamento

<b>Passo 1</b>	Ter uma política de aleitamento materno escrita, que seja rotineiramente transmitida à toda a equipe de cuidados de saúde.
<b>Passo 2</b>	Capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implementar esta política.
<b>Passo 3</b>	Informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno.
<b>Passo 4</b>	Ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o nascimento de seu bebê. <b>Este passo hoje é interpretado como:</b> Colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães imediatamente após o parto por no mínimo uma hora e encorajar as mães a reconhecer quando seus bebês estão prontos para serem amamentados, oferecendo ajuda se necessário.
<b>Passo 5</b>	Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação mesmo se vierem a ser separadas dos seus filhos.
<b>Passo 6</b>	Não oferecer a recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica.
<b>Passo 7</b>	Praticar o alojamento conjunto - permitir que mães e recém-nascidos permaneçam juntos - 24 horas por dia.
<b>Passo 8</b>	Incentivar a amamentação sob livre demanda.
<b>Passo 9</b>	Não oferecer bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas.
<b>Passo 10</b>	Promover a formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos na alta da maternidade.

Fonte: Brasil (2008).

O credenciamento dos hospitais à IHAC é rígido, sendo necessário que diversos pré-requisitos sejam cumpridos. Atualmente, esse processo é regulamentado pela Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014. Para serem habilitados à IHAC, os estabelecimentos públicos e privados de saúde deverão: cumprir os "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno" propostos pela OMS e UNICEF; cumprir a Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006, e a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças na Primeira Infância (NBCAL); garantir permanência da mãe ou do pai junto ao RN 24 horas por dia e livre acesso a ambos ou, na falta desses, ao responsável legal, devendo o estabelecimento de saúde ter normas e rotinas escritas a respeito, que sejam rotineiramente transmitidas a toda equipe de cuidados de saúde; e cumprir o critério global Cuidado Amigo da Mulher (BRASIL, 2014d).

Os hospitais do SUS, credenciados à IHAC, recebem um percentual de incremento aos procedimentos de assistência ao parto e atendimento ao RN em sala

de parto, como forma de incentivo à adesão e manutenção do título. Além disso, os hospitais são continuamente reavaliados, devendo preencher um formulário de autoavaliação anualmente e, a cada três anos, passam por reavaliação global do MS quanto à manutenção do título (BRASIL, 2014d).

Segundo Ala-Harja e Helgason (2000), a avaliação é uma ferramenta que visa fornecer informações confiáveis e utilizáveis quanto aos resultados obtidos e deve ser vista como mecanismo de melhoria no processo de tomada de decisões.

Dessa forma, no final de 1999, foi planejada a primeira avaliação dos HAC do Brasil, a fim de se verificar o cumprimento dos passos recomendados pela IHAC, nos hospitais credenciados e, a partir disso, implantar um sistema de avaliação periódica nessas instituições (ARAÚJO, OTTO e SCHMITZ, 2003).

Os dados dessa apreciação foram coletados por avaliadores credenciados pelo MS, no período de outubro de 1999 a abril de 2000, utilizando-se o formulário de Pré-avaliação da IHAC. Foram analisadas 137 instituições que possuíam o título HAC, o que correspondia a 90% dos HAC credenciados no país à época do estudo. O formulário utilizado era composto por um conjunto de perguntas para avaliar cada passo da IHAC. Cada grupo de questões deveria ser respondido por, no mínimo, 80% dos entrevistados, para que o passo da IHAC fosse considerado cumprido. Os resultados desse estudo mostraram que 92% dos HAC do Brasil (n=126) cumpriam todos os passos da IHAC. Os mais cumpridos foram os passos um, três, seis, sete, oito e nove; todos com média superior a 98%. O passo menos cumprido foi o cinco (92%), seguido do dez (93%) e do dois (95%) (ARAÚJO, OTTO e SCHMITZ, 2003).

Entretanto, uma pesquisa qualitativa com avaliadores da IHAC, publicada em 2013, evidenciou que, entre os entrevistados, há o entendimento de que o processo avaliativo dos HAC é apenas parcialmente confiável, não refletindo em plenitude a realidade vivenciada pelos hospitais avaliados. As principais falhas desse processo avaliativo apontadas pelos entrevistados são: o despreparo dos avaliadores, a inadequação dos instrumentos de avaliação e o tamanho reduzido da amostra avaliada, sugerindo que os processos de avaliação global e reavaliação dos HAC necessitam ser revistos (OLIVEIRA e ESPÍRITO SANTO, 2013). Desse modo, a avaliação dos HAC pode não refletir a realidade vivenciada pelos hospitais agraciados com o título. Além disso, muitos HAC podem estar descumprindo um ou mais passos da iniciativa e, mesmo assim, permanecendo com o título.

Os benefícios da IHAC, entretanto, são inegáveis. Há alguns estudos que demonstram o impacto dessa iniciativa a nível populacional. Um deles é o estudo realizado no município de Montes Claros, ao norte do estado de Minas Gerais, que comparou dois estudos transversais de verificação dos índices de AM antes e após a implantação da IHAC em todos os hospitais públicos do município. Os dados foram coletados inicialmente em 1996 e posteriormente em 2004. Foi evidenciada melhora significativa nos índices de AM em todo o município e, de modo especial, nos índices de AME após a implantação da IHAC. A duração mediana de AME passou de 27 dias, em 1996, para 3,5 meses, em 2004 ( $p < 0,000$ ). Não se pode afirmar que a melhora nos índices se deve exclusivamente à implantação da IHAC no município, mas, provavelmente, a IHAC teve importante contribuição nesse processo de fortalecimento e promoção do AM em Montes Claros (CALDEIRA e GONÇALVES, 2007).

Venancio et al. (2002) também demonstraram o impacto da IHAC em municípios do estado de São Paulo. Eles realizaram um inquérito para analisar as práticas alimentares de crianças menores de um ano, residentes em 84 municípios de São Paulo, que compareceram à campanha de vacinação em 1998. Foram estudadas 33.735 crianças menores de um ano, das quais 11.481 eram menores de quatro meses. Dentre outros resultados, os pesquisadores concluíram que o fato de a criança nascer em um HAC pode ter um impacto positivo e significativo na prática do AME e do AM. Além disso, nesse estudo, o fato de nascer em um município que tivesse pelo menos um HAC mostrou associação significativa com o AME e o AM.

Na mesma perspectiva, Lutter et al. (1997) realizaram um estudo prospectivo com mulheres que deram à luz no município de Santos/SP, dividindo-as em dois grupos: as que pariram em HAC e as que tiveram os seus bebês em um hospital próximo (controle). Os autores observaram que a amamentação exclusiva durou 53 dias mais entre as mulheres que deram à luz no hospital credenciado à IHAC.

Na Suíça, país onde a IHAC foi introduzida em 1993, foi realizado um estudo nacional sobre a prevalência e duração da amamentação em 2003. Comparando os dados com os do ano de 1994 desse mesmo país, os autores observaram que a duração do AME e total foi maior quando o parto ocorria em um HAC que seguia de maneira adequada os passos da iniciativa, evidenciando que são as práticas associadas à IHAC, e não o título em si, que estão relacionadas aos resultados positivos (MERTEN, DRATVA e ACKERMANN-LIEBRICH, 2005).

Relatório da UNICEF, publicado em 2005, avalia de forma positiva a IHAC e conclui que a estratégia tem sido eficaz no aumento das taxas de AME em muitas regiões do mundo, apesar das campanhas publicitárias em favor de outros alimentos para as crianças e do aumento da prevalência do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (UNICEF, 2005). Segundo a Aliança Mundial para Ação em Aleitamento Materno (WABA, 2000), “A IHAC foi claramente a iniciativa certa no momento certo”.

Em 2002, a UNICEF realizou uma avaliação das experiências dos países na implementação dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno. Concluiu que as propostas da IHAC são compreendidas e aceitas facilmente, entretanto, para que as mudanças de práticas ocorram de maneira sustentada, as propostas da iniciativa precisariam estar vinculadas a uma abordagem mais abrangente, que inclui política, legislação, reforma do sistema de saúde e intervenções comunitárias (UNICEF, 2005). Alguns desafios para implementar a IHAC, são: grande rotatividade de profissionais da saúde; estratégias para controle e manutenção do padrão de qualidade dos hospitais credenciados; sua inclusão no orçamento dos governos; adequado investimento no apoio à mãe após a alta da maternidade; clareza sobre como lidar com as mulheres HIV positivo; aperfeiçoamento da atenção à mulher durante o trabalho de parto e o parto; e integração com outras iniciativas em apoio aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (UNICEF, 2005).

Apesar das evidências favoráveis à IHAC e de sua implantação no Brasil ter ocorrido há mais de 20 anos, ainda se tem poucos hospitais certificados. São 335 hospitais com título HAC, em um universo de mais de 4.000 hospitais com leitos obstétricos credenciados no SUS. A distribuição desses hospitais também não é uniforme, são: 145 (43,3%) na região nordeste; 79 (23,6%) no sudeste; 52 (15,5%) na região sul; 38 (11,3%) no centro-oeste e 21 (6,3%) na região norte (ARAÚJO e SCHMITZ, 2007; UNICEF, 2014).

Araújo e Schmitz (2007) alertam para a constatação de que vem havendo desaceleração no ritmo de credenciamento dos hospitais à IHAC a partir de 1997, provavelmente devido à rigidez e às múltiplas exigências no processo de credenciamento e também devido à diminuição da oferta de cursos da IHAC para os gestores de maternidades.

Outro problema identificado é a indiferença e/ou fragilidade de conhecimento em relação ao manejo da amamentação por parte dos profissionais de saúde que

trabalham na assistência à mulher e à criança (HAIDER et al., 2002; OKOLO e OGBONNA, 2002; LAMOUNIER et al., 2008).

A falta de conhecimentos de médicos, enfermeiros e auxiliares, somada a atitudes e práticas incorretas no manejo da amamentação são tidas como importantes fatores para o desmame precoce (SCHANLER, O'CONNOR e LAWRENCE, 1999; LAMOUNIER et al., 2008).

Schanler, O'Connor e Lawrence (1999) referem que a maioria dos pediatras avaliados não estão familiarizados com as metas da IHAC e necessitam de mais informações sobre o AM. Isso justifica o fato de que entre os pilares de sustentação da estratégia IHAC encontra-se a necessidade de motivação, formação e treinamento dos gestores e das equipes de profissionais de saúde envolvidos nesse processo, priorizando mudanças de atitudes por parte dos profissionais de saúde, de modo a evitar práticas que favoreçam o desmame precoce (CALDEIRA e GONÇALVES, 2007).

Desse modo, a implantação da IHAC nos hospitais está baseada na realização de cursos de 20 horas para os profissionais de saúde - Passo 2 (BRASIL, 2008). Esses treinamentos incluem sessões práticas e habilidades em aconselhamento para a amamentação e têm como objetivo fornecer à equipe hospitalar conhecimentos e habilidades necessários para a implementação dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” nos HAC, bem como garantir a sustentabilidade das mudanças nas políticas e práticas (BRASIL, 2009b).

Araújo, OTTO e SCHMITZ (2003, p. 417) afirmam que:

o treinamento deve ser continuado, considerando, sobretudo, a existência de alta rotatividade de profissionais e de pessoal de saúde em alguns hospitais, especialmente nos hospitais universitários [...] Somente profissionais treinados com o curso de 18 horas da IHAC ou com o curso de aconselhamento em amamentação, podem oferecer às gestantes e puérperas orientação e apoio efetivo.

Há evidências de que os cursos realizados em prol da IHAC são eficazes em mudar não só as práticas hospitalares, mas, também, o conhecimento dos profissionais de saúde, contribuindo para a melhoria das taxas de AM (VALDÉS et al., 1995; LABBOK, 2007).

A IHAC, portanto, destaca-se como uma estratégia de grande relevância para mudar as rotinas e as práticas hospitalares referentes ao AM, contribuindo de forma

contundente para a melhoria dos indicadores de AM e, conseqüentemente, para a sobrevivência e garantia de melhores condições de saúde das crianças (ARAÚJO e SCHMITZ, 2007).

#### 4 O ALEITAMENTO MATERNO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA DO BEBÊ

Colocar os bebês em contato pele a pele com as suas mães imediatamente após o parto, por no mínimo uma hora, encorajando-as a reconhecer quando os seus bebês estão prontos para serem amamentados é o 4º passo para o sucesso do AM recomendado pela IHAC, sendo uma prática relevante para a promoção e incentivo ao AM (BRASIL, 2008) e para o fortalecimento do vínculo afetivo entre mãe e bebê (UVNÄS-MOBERG, 1998; MERCER et al., 2007). Apesar de sua importância, isso ainda é desconhecido e negligenciado por muitos profissionais (TOMA e REA, 2008).

Um estudo ecológico publicado em 2013, que utilizou dados secundários sobre a proporção de crianças amamentadas na primeira hora de vida e a taxa de mortalidade neonatal de 67 países, aponta que os países com os menores tercis de AM na primeira hora de vida apresentaram maior índice de mortalidade neonatal. Essa diferença se manteve mesmo após ajuste pelos partos realizados em estabelecimentos de saúde e escolaridade materna (BOCCOLINI et al., 2013).

Outro estudo que também evidencia o impacto positivo do AM precoce sobre a mortalidade, foi realizado em Gana com 11.316 crianças não gêmeas nascidas entre julho de 2003 e junho de 2004 (EDMOND et al., 2006). Nesse estudo, 71% dos RN foram amamentados já no primeiro dia de vida. Os autores encontraram um efeito dose resposta com aumento do risco de mortalidade neonatal nessa população relacionado ao atraso para o início da amamentação entre 1 hora e sete dias de vida; enquanto que iniciar a amamentação após o primeiro dia de vida esteve associado a um risco 2,4 vezes maior para mortalidade neonatal. Os autores estimaram que, para os bebês da população do estudo, a porcentagem de óbitos neonatais entre dois e 28 dias de vida que poderia ser evitada se todos os bebês tivessem mamado na primeira hora de vida seria de 41,3%.

Os mecanismos responsáveis por essa redução na mortalidade neonatal são: as mães que amamentam logo após o parto têm maior chance de ser bem sucedidas na prática da amamentação; os alimentos pré-lácteos, comumente oferecidos aos bebês antes da amamentação, podem ocasionar lesões no intestino imaturo; o colostro acelera a maturação do epitélio intestinal e protege contra

agentes patogênicos; e o contato pele a pele previne a ocorrência de hipotermia (EDMOND et al., 2006; TOMA e REA, 2008).

Em uma revisão sistemática publicada em 2007, sobre o contato pele a pele precoce entre as mães e os seus RN, foram observados efeitos positivos desse contato precoce na primeira mamada, amamentação de um a quatro meses pós-parto, duração da amamentação, ingurgitamento mamário e reconhecimento do odor do leite materno pelo bebê, não sendo nenhum efeito negativo associado a esse procedimento (MOORE, ANDERSON e BERGMAN, 2007).

Consolidando as evidências favoráveis ao 4º passo da IHAC, em um estudo de metanálise de 2012, foi constatado que o contato pele a pele precoce entre mãe e filho tem efeito positivo sobre a amamentação entre um e quatro meses após o nascimento, sobre o nível de glicose no sangue dos RN nas primeiras horas de vida e na estabilidade cardiorespiratória de RN prematuros tardios (MOORE et al., 2012).

Dessa forma, o contato pele a pele precoce entre mãe e bebê apresenta-se como um procedimento seguro, barato e de comprovados benefícios em curto e longo prazo para as mães e as crianças (MERCER et al., 2007), justificando a sua implementação sistemática nos HAC.

O manual técnico do MS, que normatiza a IHAC, orienta que pelo menos 80% das mães selecionadas ao acaso, que deram à luz sem anestesia geral, devem confirmar que os seus bebês foram colocados em contato pele a pele com elas imediatamente ou no prazo de cinco minutos após o parto e que esse contato se prolongou por no mínimo uma hora, a menos que houvesse razões médicas justificáveis para atrasar esse contato. Além disso, pelo menos 80% delas também devem confirmar que foram encorajadas a procurar, durante esse primeiro período de contato, sinais de que o seu bebê estava pronto para mamar, e a receber ajuda se necessário (BRASIL, 2008).

Entretanto, em um estudo realizado no estado do Rio de Janeiro, entre 1999 e 2001, com mais de 8.000 puérperas, em maternidades públicas, militares e privadas, foi constatado que apenas 16,1% dos RN foram amamentados na primeira hora de vida. Essa prevalência foi cerca de 50% menor entre os RN com intercorrências logo após o nascimento e que não foram levados para as suas mães ainda na sala de parto, bem como entre as mães submetidas ao parto cesariano. Nesse estudo, observou-se ainda que a amamentação na primeira hora de vida foi determinada essencialmente pela maternidade onde o parto ocorre, sendo que fatores individuais,

como idade, paridade e escolaridade materna não desempenharam papel no desfecho estudado. Tal constatação indica que as mães têm pouco ou nenhum poder de decisão quanto à escolha de amamentar os seus filhos na primeira hora de vida (BOCCOLINI et al., 2011).

Em outro estudo mais recente, publicado em 2013, também realizado em uma maternidade do Rio de Janeiro, porém em um hospital em processo de capacitação para credenciamento com HAC, foi identificada prevalência de 43,9% de amamentação na primeira hora após o nascimento. Os fatores de proteção para a não amamentação na primeira hora de vida foram: mulher de cor não preta, multiparidade, realização de pré-natal, parto normal, peso adequado ao nascer e ajuda da equipe à amamentação na sala de parto. Os autores mostraram ainda que, apenas 51,4% das mulheres realizaram contato pele a pele com seus bebês e 85,1% delas não foram questionadas sobre o desejo de colocarem os seus bebês no peito (PEREIRA et al., 2013). Esses achados sugerem que as emoções da mulher no momento do parto são pouco valorizadas, sendo a maior preocupação focalizada no nascimento de uma criança saudável (DIAS e DESLANDES, 2006).

O início precoce da amamentação é influenciado positivamente pela presença de acompanhante na sala de parto, pela não administração de ocitocina na internação e pela presença de profissional de saúde que leve o RN para a mãe assim que esse nasce (BOCCOLINI et al., 2008).

Na Nigéria, a presença de acompanhante durante o parto tem sido uma estratégia para a redução do tempo de início da primeira mamada, principalmente em maternidades de grande movimento (MORHASON-BELLO, ADEDOKUN e OJENGBEDE, 2009).

No Brasil, a presença do acompanhante de livre escolha da mulher durante o trabalho de parto, parto e puerpério é garantida pela Lei do Acompanhante e regulamentada pela Portaria nº 2418, de 2 de dezembro de 2005 (BRASIL, 2005b). Apesar dessa normatização Federal, nem todas as maternidades brasileiras garantem esse direito. No inquérito nacional sobre parto e nascimento, cujos resultados foram publicados em 2014, foi observado que 75,4% das mulheres entrevistadas referiram ter acompanhante durante o parto, no entanto, menos de 20% delas tiveram a presença contínua do acompanhante durante todo o internamento (LEAL et al., 2014b).

Nos últimos anos, o modelo de atenção à mulher e ao parto vem sendo revisto e rediscutido em âmbito nacional e mundial. Já no início da década de 1990, o movimento de ativistas pela humanização da assistência ao parto deixava claro que o modelo de atenção ao nascimento e parto era inadequado, com excesso de intervenções e desrespeito aos direitos da mulher (REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO - REHUNA, 1993). No ano 2000, foi lançado o PHPN, por meio da Portaria nº 569/2000, na qual consta, no anexo II, que a adoção de práticas humanizadas e seguras implica a organização das rotinas, dos procedimentos e da estrutura física, bem como a incorporação de condutas acolhedoras e não intervencionistas (BRASIL, 2000).

O MS alerta - em seu manual de assistência humanizada à mulher lançado em 2001 - que algumas rotinas hospitalares, como administração de medicamentos na mulher, principalmente sedativos e analgésicos, constituem obstáculos para a amamentação (BRASIL, 2001b). Alguns procedimentos de rotina de sala de parto, realizados em RN imediatamente após o nascimento, como pesar, medir e administrar vitamina K, também são considerados desnecessários e prejudicam o contato precoce entre mãe e bebê, assim como retardam o início da amamentação (MERCER et al., 2007; BOCCOLINI et al., 2011).

Dessa forma, as recomendações na sala de parto, no que se refere à utilização de boas práticas no atendimento ao RN a termo saudável, têm sido revistas nos últimos anos com o objetivo de diminuir o excesso de intervenções aplicadas ao RN logo após o nascimento (MOREIRA et al., 2014).

Nesse contexto, o contato pele a pele precoce entre mãe e bebê, além das já citadas vantagens e impactos sobre a saúde dos RN, adquire papel relevante e de destaque também no que se refere à humanização da assistência ao parto. Diniz (2005) conceitua o termo “humanização do parto” como referência a uma multiplicidade de interpretações e a um amplo conjunto de propostas de mudanças de práticas para o cotidiano dos serviços, com abordagens baseadas em evidências científicas e em direitos. Para essa autora, humanização seria ainda “[...] um termo estratégico, menos acusatório, para dialogar com os profissionais de saúde sobre a violência institucional” (DINIZ, 2005, p. 635).

Cabe ressaltar, no entanto, que apesar das políticas de humanização na atenção aos nascimentos e partos do MS, muitas mudanças ainda precisam ser

incorporadas no cotidiano dos serviços de saúde para que o PHPN seja uma realidade para todas as mulheres e todos os RN brasileiros (RATTNER, 2009).

Diante desse cenário de necessidade de normatizar e qualificar a atenção ao RN no momento do nascimento no Brasil e, tendo em vista o cumprimento da meta firmada pelo Brasil junto à OMS, de redução da mortalidade na infância em 2/3, entre 1990 e 2015 (Meta 4 dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio), foi publicada, em maio de 2014, uma portaria que institui as diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao RN, no momento do nascimento, em estabelecimentos de saúde que realizam partos. De acordo com essa portaria:

Para o RN a termo com ritmo respiratório normal, tônus normal e sem líquido meconial, recomenda-se: I - assegurar o contato pele a pele imediato e contínuo, colocando o RN sobre o abdômen ou tórax da mãe de acordo com sua vontade, de bruços e cobri-lo com uma coberta seca e aquecida [...] III - estimular o aleitamento materno na primeira hora de vida, exceto em casos de mães HIV ou HTLV positivas [...] IV - postergar os procedimentos de rotina do recém-nascido nessa primeira hora de vida. Entende-se como procedimentos de rotina: exame físico, pesagem e outras medidas antropométricas, profilaxia da oftalmia neonatal e vacinação, entre outros procedimentos (BRASIL, 2014c).

Outro ponto importante para a amamentação é o tipo de parto. Em um estudo, realizado no sul do país, que avaliou os fatores associados ao início da amamentação, foi constatado que tanto o contato pele a pele quanto o tempo de permanência do bebê com a mãe logo após o parto ficam diminuídos quando o tipo de parto é cesáreo, mesmo ajustando para outros fatores. Esse resultado demonstra a importância na indicação adequada do tipo de parto e possível redução do número de partos cesáreos no Brasil (SILVEIRA, ALBERNAZ e ZUCCHETO, 2008). O MS, por meio da Portaria nº 2816/98, institui limites máximos de 30% de cesárea para o pagamento pelo SUS, a fim de reverter essa prática abusiva no país e contribuir para a redução das taxas de morbimortalidade materna e neonatal (BRASIL, 1998).

O inquérito nacional sobre parto e nascimento constatou que o parto cesariano ocorreu em 52% dos nascimentos, sendo esse índice mais alarmante no setor privado, onde 88% dos nascimentos ocorreram por meio da cirurgia cesariana, apesar da constatação de que 70% das mulheres brasileiras iniciavam a gestação desejosas por um parto vaginal. Entretanto, poucas foram apoiadas em sua opção

pelo parto vaginal (LEAL et al., 2014b). Certamente, o modelo de atenção ao parto prevalente é um dos grandes indutores dessa realidade brasileira.

A Austrália possui um modelo menos intervencionista de atenção ao parto, onde a maioria dos partos é assistido por enfermeiros e obstetizes, em suítes individuais. Em uma investigação qualitativa da percepção dos profissionais de saúde australianos, relativa à implementação da IHAC, publicada em 2011, observou-se que o contato pele a pele precoce entre mãe e bebê foi considerado o passo da IHAC mais fácil de ser implementado (SCHMIED et al., 2011).

Portanto, é urgente a necessidade de incorporar novas práticas e protocolos de assistência, baseados nas atuais evidências científicas, por parte dos serviços que assistem aos partos, a fim de qualificar o modelo de tomada de decisão quanto à assistência ao parto e ao nascimento. Uma das formas de modificar a realidade vigente é a capacitação profissional (SILVEIRA, ALBERNAZ e ZUCCHETO, 2008).

Um estudo realizado na Zona da Mata de Pernambuco avaliou o impacto de um treinamento no manejo da amamentação, baseado na IHAC, realizado em duas maternidades da região, sobre as práticas relacionadas aos passos 4 a 10 e também sobre as frequências de AM e AME durante os primeiros seis meses de vida. Foram treinados 42 profissionais, porém, não houve a participação de médicos no curso. Com esse treinamento, foi possível melhorar algumas práticas hospitalares de apoio ao AM, bem como o empenho dos profissionais em colocar o bebê junto ao corpo da mãe na sala de parto; entretanto, poucas mães receberam ajuda para amamentar logo após o nascimento nas duas maternidades (COUTINHO et al., 2005).

Um estudo norte-americano, publicado em 2012, que retrata as dificuldades para superar as barreiras que impediam o corpo clínico do hospital de adotar as práticas recomendadas pela IHAC, aponta que os principais problemas enfrentados estavam relacionados à cultura, às práticas de longa data e à desinformação, assim como que a superação dessas barreiras requer tempo e determinação. Dessa forma, após intervenção contínua visando modificar o processo de trabalho, no que concerne à assistência ao parto e puerpério, o serviço conseguiu ampliar a prática do Passo 4 da IHAC de 0%, em maio de 2010, para mais de 85%, em dezembro de 2010 (MCKEEVER e FLEUR, 2012).

Outra questão considerada é a participação das mães nesse contexto. Em um estudo conduzido por Boccolini e colaboradores (2008), foi constatado que cerca de

1/4 das mães não recebeu qualquer tipo de informação sobre AM durante o pré-natal.

Espera-se que as mães estejam prontas e desejosas por amamentarem os seus filhos, entretanto, essas condições podem variar de mulher para mulher, a depender de circunstâncias físicas, emocionais, sociais e culturais (MONTEIRO, NAKANO e GOMES, 2006a).

Em um estudo qualitativo que avaliou a percepção das mulheres acerca do contato precoce e da amamentação na sala de parto, demonstrou-se que sentimentos de ambiguidade são verbalizados por elas acerca do tema, visto que, apesar de referirem cansaço, também referem comentários positivos ao receber o filho no colo a primeira vez. Observou-se ainda que, embora haja um estranhamento inicial, a amamentação logo após o nascimento era aceita pelas mães e entendida como um componente da maternidade (MONTEIRO, GOMES e NAKANO, 2006b).

BOCCOLINI et al. (2011, p. 77) afirma que:

é necessário que as mães sejam empoderadas a amamentar ainda na sala de parto, respeitando suas particularidades e diversidades socioculturais. A mulher deve ser sujeito no ato de amamentar na primeira hora de vida; este não deve ser mais um procedimento ao qual a mulher seja submetida em prol de um ideário de humanização. Esse empoderamento deve começar no pré-natal, a partir de um diálogo entre a equipe de saúde e a mulher sobre todos os potenciais benefícios do aleitamento materno na primeira hora de vida, para que avalie e construa suas escolhas.

Monteiro, Gomes e Nakano (2006b, p. 432) entendem que:

a mudança de atitude do profissional de saúde, com a integração e valorização do binômio mãe e filho, pode facilitar a operacionalização do quarto passo da IHAC, de modo que este seja realizado não apenas de forma mecanicista e fragmentada, mas com respeito e acolhimento.

Para tal, é necessário que os profissionais de saúde estejam convictos da importância da amamentação na primeira hora de vida e participem ativamente do processo de acolhimento, aconselhamento e auxílio ao contato pele a pele no período do pós-parto dessas mulheres. Assim, a pergunta norteadora do presente estudo foi: será que as diretrizes recomendadas pela OMS e pelo MS, no que tange ao AM precoce, vêm sendo efetivamente adotadas em hospitais agraciados com o

título HAC? E, em caso negativo, poderíamos por meio de intervenções educativas junto aos profissionais de saúde modificar essa realidade, de modo a aperfeiçoar a assistência ao binômio mãe-bebê, nesse momento único de suas vidas?

## **5 OBJETIVOS**

### **5.1 Objetivo geral**

Verificar a efetividade de ações educativas, propostas pela IHAC para o treinamento de profissionais, no aumento da prevalência do contato pele a pele na primeira hora de vida.

### **5.2 Objetivos específicos**

- Identificar o percentual de RN colocados ao seio na primeira hora de vida em um HAC antes e após o treinamento da equipe de funcionários;
- Realizar atividades educativas junto aos profissionais de saúde de uma maternidade pública, tendo como foco o fortalecimento do quarto passo da IHAC;
- Analisar a apreensão dos conhecimentos discutidos durante as atividades educativas com os profissionais de saúde, por meio da aplicação de pré-teste e pós-teste.

## **6 MÉTODOS**

### **6.1 Tipo de estudo**

O presente estudo se caracteriza enquanto uma pesquisa-ação de abordagem quantitativa. Segundo Tripp (2005), pesquisa-ação é qualquer processo que siga um ciclo no qual se aprimora a prática pela oscilação sistemática entre agir no campo da prática e investigar a respeito dela, devendo-se planejar, implementar, descrever e avaliar uma mudança para a melhora de sua prática, com aprendizado durante o processo, tanto a respeito da prática quanto da própria investigação. Na pesquisa-ação, geralmente se produzem dados sobre os efeitos de uma mudança da prática, antes, durante e depois da implementação de alguma ação (TRIPP, 2005).

Pezzato e L'Abbate (2012, p. 392) entendem que “a pesquisa-ação e/ou pesquisa-intervenção [...] são modos de abordagem da micropolítica presente no cotidiano dos serviços de saúde [...]” e que, caberia ao pesquisador apreender o que está em consonância com os propósitos da investigação a qual pretende produzir.

Essa modalidade de pesquisa tem sido empregada para diversos objetivos e por meio de vários métodos, constituindo um amplo mosaico de abordagens teórico-metodológicas. A opção pela pesquisa-ação advém da convicção de que pesquisa e ação podem e devem caminhar juntas quando se pretende a transformação da prática (FRANCO, 2005).

Este trabalho é, portanto, um estudo de intervenção educativa com profissionais de saúde, voltado para a análise da adesão desses profissionais, em suas práticas assistenciais, às normas preconizadas pelo MS e pela OMS em relação ao 4º Passo da IHAC.

### **6.2 Local do estudo**

O estudo foi realizado no Instituto Cândida Vargas (ICV), uma maternidade pública municipal de João Pessoa, capital do estado da Paraíba, no nordeste brasileiro. Tal escolha deveu-se ao fato de essa ser a maternidade com maior

número mensal de nascidos vivos no estado, com cerca de 670 partos ao mês, aproximadamente 70% dos nascimentos do município de João Pessoa e 14% dos nascimentos da Paraíba (BRASIL, 2014a). Além disso, o ICV possui o título de HAC desde outubro de 1997 (BRASIL, 2001a).

A maternidade conta com 182 leitos, sendo 54 habilitados para o cuidado de pacientes de risco e 93 para alojamento conjunto (BRASIL, 2001a).

### **6.3 População e amostra**

O público-alvo para as intervenções educativas e de sensibilização, em relação à prática do 4º passo da IHAC, foi constituído pelos profissionais de saúde do ICV - médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais - e pelas doulas, envolvidos no processo de acolhimento, pré-parto, parto e puerpério imediato, totalizando 245 profissionais.

Para avaliar a prática dos profissionais, foram realizadas entrevistas face a face com as puérperas internadas no alojamento conjunto do ICV e que haviam parido durante os períodos de coleta de dados.

Cada etapa de entrevistas ocorreu durante sete dias consecutivos, utilizando-se de uma semana típica, ou seja, sem eventos incomuns que impactassem o serviço, tais como feriados, falta de funcionários, superlotação, entre outros; caracterizando uma amostra não probabilística de fácil acesso. Assim, as entrevistas foram iniciadas em uma segunda-feira e finalizadas em um domingo.

Como o regime de trabalho da instituição é organizado na forma de plantões, com cada equipe trabalhando em seu dia específico, essa forma de coleta permitiu contemplar as diversas dinâmicas e rotinas que porventura existissem no serviço.

A utilização de uma semana típica para coleta de dados é um procedimento útil e de fácil execução quando se tem por objetivo avaliar procedimentos rotineiros dos serviços de saúde, especialmente em eventos de grande ocorrência, não sujeitos a sazonalidades, como são os partos.

Foram excluídas da pesquisa pacientes com contraindicação formal que impedisse o contato pele a pele com os seus bebês e/ou o AM precoce, a saber: RN com muito baixo peso ao nascer (inferior a 1.500g) ou com idade gestacional, avaliado pelo método de Capurro, menor que 34 semanas ou ainda com avaliação

de vitalidade fetal, no quinto minuto, abaixo de 7, pelo Boletim de Apgar; puérperas apresentando teste rápido reagente para HIV ou sorologia anti-HIV positiva registrada em prontuário; puérperas ou RN cujo destino imediato tenha sido a Unidade de Terapia Intensiva. Também foram excluídos os casos em que houve óbito neonatal precoce e/ou óbito materno.

#### **6.4 Fases da pesquisa**

A pesquisa foi desenvolvida em três etapas. A primeira e a terceira etapas compreenderam entrevistas com amostras independentes de puérperas, com o objetivo de avaliar a prevalência do 4º passo da IHAC antes e após a intervenção educativa. A primeira etapa da pesquisa ocorreu em janeiro de 2014 e a terceira em agosto de 2014, ou seja, após realização das intervenções.

A intervenção educativa com os profissionais de saúde do ICV, envolvidos no processo de acolhimento, pré-parto, parto e puerpério imediato, caracterizou a segunda etapa da pesquisa, que ocorreu entre fevereiro e maio de 2014.

Optou-se por aguardar em torno de dois meses após o final das intervenções educativas para realizar uma nova avaliação do serviço, a fim de que as possíveis modificações de práxis observadas expressassem mudanças efetivas e persistentes do serviço e não apenas um reflexo imediato e fugaz dos treinamentos.

##### **6.4.1 Mensuração da prevalência do quarto passo da IHAC antes e após a intervenção educativa (primeira e terceira etapas)**

Para avaliar o percentual de RN colocados em contato pele a pele com as suas mães na primeira meia hora de vida - prevalência do 4º passo da IHAC - foram realizadas entrevistas face a face com as puérperas internadas no alojamento conjunto da instituição, conforme os critérios de inclusão e exclusão já descritos anteriormente.

As entrevistas foram realizadas por meio de questionário estruturado, utilizando-se o software LimeSurvey™. Anteriormente registrado como PHPSurveyor, o LimeSurvey™ é um software livre para aplicação de questionários online, escrito em PHP. O LimeSurvey™ possui a capacidade de gerar tokens (chaves) individualizados, de forma que apenas a pessoa que possua a chave pode

acessar o questionário. Além disso, os dados dos questionários podem ser exportados diretamente para o SPSS®, poupando tempo e minimizando os riscos de erros.

As entrevistadoras foram treinadas pela pesquisadora responsável, de modo a conhecerem previamente a estrutura física do serviço e o fluxo das pacientes na maternidade, bem como para não influenciarem nas repostas das entrevistadas.

A seleção das puérperas ocorreu por meio da checagem do registro dos nascimentos das últimas 24 horas no livro de ocorrências da sala de parto. Em seguida era realizada uma busca ativa de todas essas puérperas nos alojamentos conjuntos da maternidade, de acordo com o critério de elegibilidade checado em prontuário.

As entrevistas foram realizadas com as puérperas que haviam parido há pelo menos 12 e no máximo 36 horas, de modo a permitir que já estivessem em condições de responder ao questionário.

Com a finalidade de preservar a identidade das mulheres participantes, foram utilizadas as iniciais de seus nomes e o número de seus prontuários para identificá-las.

Foi considerada variável desfecho a realização adequada do 4º passo da IAHC (sim/não) - a colocação do RN em contato pele a pele com a mãe na primeira meia hora de vida da criança, sendo mantido por pelo menos 30 minutos ou até que o bebê realizasse a primeira mamada.

Para realizar a caracterização das puérperas foram utilizadas variáveis independentes: faixa etária, cor autodeclarada, situação marital, religião e classificação socioeconômica, avaliada por meio do Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA, 2014) e cidade de origem.

As puérperas também foram avaliadas em relação ao tipo de parto, local de realização do pré-natal e recebimento de orientações durante o pré-natal, acerca do AM e da amamentação na primeira hora de vida do bebê.

As cidades de origem das puérperas foram divididas em três grupos: João Pessoa; Região Metropolitana de João Pessoa (composta por 12 cidades - Bayeux, Cabedelo, Conde, Cruz do Espírito Santo, João Pessoa, Lucena, Rio Tinto, Santa Rita, Alhandra, Caaporã e Pitimbu), excluindo-se desse grupo aquelas que residem

na capital e que já foram incluídas no primeiro grupo; e outras cidades paraibanas (PARAÍBA, 2009; PARAÍBA, 2013).

#### 6.4.2 Intervenção Educativa (Segunda Etapa)

Após a primeira etapa de entrevistas, foram realizadas as intervenções educativas e de sensibilização junto aos profissionais de saúde e às doulas do ICV, envolvidos no processo de acolhimento, pré-parto, parto e puerpério imediato.

As ações educativas, que configuraram a segunda etapa de nossa pesquisa-ação, foram realizadas por meio de oficinas, cuja divulgação ocorreu mediante convites formais aos profissionais que faziam parte do público-alvo, de cartazes afixados nos quadros de avisos da instituição (Apêndice G), de nota no informativo institucional (ICV em Foco) e por correio eletrônico.

Contou-se com o apoio da direção multiprofissional e dos coordenadores dos setores relacionados à assistência ao parto, no sentido de incentivar a participação dos funcionários. A participação, entretanto, foi voluntária.

Foram realizadas doze oficinas, no período de fevereiro a maio de 2014, com periodicidade semanal, excetuando-se as semanas com ocorrência de feriados, e em turnos e horários diversos (Apêndice F), de modo a contemplar o maior número possível de profissionais. Havia a possibilidade de participação dos profissionais que já estavam de plantão na instituição no horário dos treinamentos, pois esses ocorriam no próprio auditório da maternidade estudada e tinham curta duração.

Foram ofertadas 40 vagas em cada oficina (totalizando 480 vagas) e as inscrições prévias foram mediadas pelo Centro de Estudos da instituição (Apêndice H), tendo ainda os profissionais interessados a opção de se inscrever no momento da oficina. Assim, o número de vagas ofertadas foi superior ao de funcionários envolvidos no processo de atenção ao parto (público-alvo), pois cada profissional deveria participar de apenas uma oficina.

As oficinas foram realizadas pela pesquisadora responsável, juntamente com duas enfermeiras do banco de leite da instituição, ambas treinadas como instrutoras da IHAC. Esses treinamentos foram estruturados de acordo com o recomendado pelo MS, em seu manual técnico de 2009: "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 Equipes de Maternidade”.

O objetivo dessas oficinas era: habilitar os participantes para descrever como as ações positivas, durante o parto e trabalho de parto, podem estimular a amamentação desde o início da vida; explicar a importância do contato pele a pele entre mãe e bebê desde o início da vida; explicar formas de ajudar a dar início à amamentação desde o início da vida; apoiar a amamentação após um parto cesariano; e discutir como as práticas da IAHC se aplicam a mulheres que não amamentam (BRASIL, 2009b).

Durante as oficinas os participantes tiveram a oportunidade de questionar, tirar dúvidas e propor ações que pudessem otimizar o 4º passo da IHAC na instituição. Cada oficina teve duração aproximada de 90 a 120 minutos.

Os profissionais de saúde que participaram das oficinas foram avaliados, mediante pré e pós-teste, para verificar se houve melhoria no conhecimento das informações abordadas nas oficinas.

As avaliações não continham o nome dos profissionais, apenas a profissão, o setor de trabalho e um código de identificação (número + letra). Nem todos os profissionais participantes responderam a ambos os testes. Além disso, foram excluídos das análises os testes dos profissionais participantes que não pertenciam ao público-alvo das oficinas.

Esses testes eram compostos por duas partes, cada um delas com cinco assertivas que os profissionais deveriam julgar como certas ou erradas. Na primeira parte, as assertivas (questão 01 à 05) versavam sobre as práticas que poderiam ser empregadas durante o trabalho de parto e imediatamente após o parto para ajudar a mãe e seu bebê a começarem bem o AM. Na segunda parte, as afirmativas (questão 06 à 10) abordavam a importância do contato pele a pele, desde o início da vida, entre mãe e bebê, buscando identificar se os profissionais possuíam conhecimento acerca das evidências favoráveis ao 4º passo da IHAC (Quadro 2).

Quadro 2 - Pré e pós-teste

<b>Primeira Parte</b>	Que práticas podem ser empregadas durante o trabalho de parto e imediatamente após o parto para ajudar a mãe e seu bebê a começarem bem o aleitamento materno? Marque “C” para as alternativas corretas e “E” para as erradas.
Questão 1	Oferta de apoio emocional durante o parto e presença de acompanhante durante todo o trabalho de parto; oferecer liberdade de movimentação durante o trabalho de parto.
Questão 2	Administração, durante o trabalho de parto, de analgésicos que sedam a mãe ou o bebê; realização de episiotomia.
Questão 3	Realizar clampeamento tardio do cordão umbilical, identificar o RN com pulseira e mostrá-lo à mãe, levando-o em seguida, para realizar os procedimentos de rotina, tais como exame físico e pesagem.
Questão 4	Colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães imediatamente após o parto durante pelo menos uma hora e encorajar as mães a reconhecerem quando seus bebês estão prontos para mamar, oferecendo ajuda, se necessário.
Questão 5	Embrulhar o bebê após os procedimentos de rotina e colocá-lo em berço aquecido, durante aproximadamente 1-2h, antes de levá-lo para mãe, permitindo que o bebê já esteja mais estável e alerta.
<b>Segunda Parte</b>	O contato pele a pele, desde o início da vida, entre mãe e bebê é importante porque: Marque “C” para as alternativas corretas e “E” para as erradas.
Questão 6	Acalma a mãe e o bebê e ajuda a estabilizar o batimento cardíaco e a respiração do bebê.
Questão 7	Mantém o bebê aquecido com o calor do corpo da mãe.
Questão 8	Auxilia na adaptação metabólica e a estabilização da glicose sanguínea do bebê.
Questão 9	Facilita o estreitamento dos vínculos afetivos entre a mãe e o bebê, uma vez que ele fica alerta nas primeiras horas.
Questão 10	Permite que o bebê encontre a mama e pegue sozinho, o que tem maior probabilidade de resultar em sucção efetiva do que quando o bebê é separado da mãe.

Fonte: Elaborado pela autora.

Foram consideradas respostas adequadas aquelas em que o profissional julgava como “certa” a assertiva correta ou como “errada” a assertiva incorreta.

Após a aplicação do pós-teste, os resultados da primeira etapa da pesquisa realizada com as puérperas da instituição - no que se refere à prevalência do 4º passo da IHAC na maternidade estudada - foram apresentados e debatidos com os profissionais participantes, salientando-se a importância de introduzirem o 4º passo da IHAC em suas práticas profissionais rotineiras.

#### 6.4.3 Apresentação de proposta de protocolo ao colegiado da Rede Cegonha do serviço estudado

Em junho de 2014 foi apresentada pela pesquisadora, em reunião do Colegiado da RC da maternidade estudada, uma proposta de protocolo para a realização de contato pele a pele precoce em sala de parto. Nessa reunião, estiveram presentes: a diretora multiprofissional da instituição, a coordenadora geral da neonatologia da maternidade estudada, a apoiadora do MS da área de Saúde da Mulher, além dos demais membros integrantes do colegiado.

O protocolo foi aprovado e então encaminhado ao diretor técnico, à diretora multiprofissional, aos coordenadores da neonatologia, da obstetrícia e de Enfermagem, e aos coordenadores do pré-parto, admissão ao RN e bloco cirúrgico. Além disso, o protocolo foi enviado, por correio eletrônico, para todos os profissionais que participaram das oficinas.

### 6.5 Análises dos dados

Cada etapa de coleta de dados, por meio das entrevistas com as puérperas, gerou um banco de dados em Excel® e no SPSS versão 20®.

Os dois grupos também foram comparados entre si no que se refere às suas variáveis qualitativas e em relação ao tipo de parto, local de realização do pré-natal e recebimento de orientações durante o pré-natal sobre AM e amamentação na primeira hora de vida do bebê, assim como em relação à variável desfecho - prevalência do 4º passo da IHAC, utilizando-se os testes de hipóteses Qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher, para comparações entre proporções, e os testes “t” de Student ou Mann Whitney, para comparações entre médias e medianas.

Para análise da apreensão dos conhecimentos discutidos, durante as atividades educativas com os profissionais de saúde, foram comparadas as médias de acertos de respostas no pré e pós-teste, mediante o teste “t” de Student pareado.

O teste de normalidade adotado foi Shapiro Wilk e o nível de significância em todas as análises foi de 5%.

A fim de analisar as implicações ou não do local de pré-natal sobre o tipo de assistência ofertada às mulheres entrevistadas, foi comparada a variável "local de

realização do pré-natal" com as variáveis "tipo de parto", "conversa durante o pré-natal sobre a importância do AM" e "orientação durante o pré-natal para amamentar o bebê na primeira hora de vida".

Para avaliar se houve associação entre alguma variável assistencial em relação ao desfecho, foi comparada a frequência das puérperas que realizaram o 4º passo da IHAC adequadamente com o tipo de parto, local de realização de pré-natal e o recebimento de orientação, durante o pré-natal, sobre AM e sobre amamentação na primeira hora de vida do bebê.

## **6.6 Aspectos éticos**

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley, sob o parecer de número 508.904, pela Plataforma Brasil (Apêndice A).

As puérperas contatadas receberam informações sobre a pesquisa e, após aceitarem participar dessa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B e C), conforme a Resolução 466/12.

## 7 RESULTADOS

Na semana escolhida para a coleta dos dados da primeira etapa, em janeiro de 2014, 125 mulheres deram a luz na maternidade, sendo 113 elegíveis para o estudo. Dessas, 6 se recusaram a participar da pesquisa, configurando uma perda de 5,3% (Tabela 1). Foram, portanto, 107 pacientes entrevistadas nessa etapa.

Na semana típica de agosto de 2014, quando foi realizada a terceira etapa da pesquisa, 115 mulheres pariram na maternidade estudada, sendo que apenas 107 se enquadravam nos critérios de inclusão. Das elegíveis, 3 se recusaram a participar - perda de 2,8% (Tabela 1) -, sendo entrevistadas 104 mulheres.

**Tabela 1** - Distribuição das puérperas excluídas da pesquisa, segundo critérios. Maternidade pública municipal de João Pessoa. Janeiro e agosto de 2014.

<b>Critério de exclusão</b>	<b>Grupo 1</b>	<b>Grupo 2</b>
	N	N
Recusa à participação	6	3
RN com P <1.500g ou com IG < 34 sem	9	2
RN com Apgar no 5min < 7	0	0
RN com destino imediato UTIN	1	2
Óbito fetal ou neonatal precoce	2	1
Puérperas HIV positivo	0	1
Puérperas com destino imediato UTI	0	2
Óbito materno	0	0
<b>TOTAL</b>	18	11

Fonte: Elaborada pela autora.

Grupo 1: puérperas entrevistadas em janeiro de 2014;

Grupo 2: puérperas entrevistadas em agosto de 2014.

### 7.1 Variáveis qualitativas das puérperas: comparação dos 2 grupos entrevistados

Os dois grupos de puérperas foram semelhantes entre si, não havendo diferença estatisticamente significativa em nenhuma das variáveis analisadas (Tabela 2). Em ambos os grupos houve predominância de puérperas na faixa etária de 20 a 29 anos; a maioria se considerava parda, vivia em união consensual e possuía alguma religião. Menos de 15% das entrevistadas fazia parte dos estratos socioeconômicos superiores. Além disso, boa parte das pacientes não residia no

município de João Pessoa (Tabela 2).

**Tabela 2** - Frequência das puérperas segundo faixa etária, cor autoreferida, situação marital, religião, estrato socioeconômico e local de origem. Maternidade pública municipal de João Pessoa. Janeiro e agosto de 2014.

- Teste Exato de Fisher -

<b>Características</b>	<b>Grupo 1</b>		<b>Grupo 2</b>		<b>P</b>
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
<b>Faixa Etária</b>					0,561
Até 19 anos	22	20,6	28	26,9	
20 a 29 anos	52	48,6	46	44,2	
30 anos ou mais	33	30,8	30	28,9	
<b>Cor autoreferida</b>					0,515
Branca	16	15	20	19,2	
Preta	14	13,1	7	6,7	
Parda	71	66,4	69	66,3	
Amarela	3	2,8	5	4,8	
Indígena	3	2,8	3	2,9	
<b>Situação Marital</b>					0,953
Solteira	18	16,8	16	15,4	
Casada	27	25,2	27	26,0	
União Consensual	62	57,9	60	57,7	
Viúva	0	0	1	1,0	
<b>Religião</b>					0,753
Sem Religião	28	26,2	25	24,0	
Católica	52	48,6	49	47,1	
Evangélica/Protestante	24	22,4	30	28,8	
Testemunha de Jeová	1	0,9	0	0,0	
Outra	2	1,9	0	0,0	
<b>Estrato Socioeconômico</b>					0,578
Estrato A	0	0,0	1	1,0	
Estrato B1	1	0,9	1	1,0	
Estrato B2	9	8,4	12	11,7	
Estrato C1	31	29,0	25	24,3	
Estrato C2	28	26,2	19	18,4	
Estrato D	23	21,5	28	27,2	
Estrato E	15	14,0	17	16,5	
<b>Local de Origem</b>					0,282
João Pessoa	58	54,2	45	43,3	
Região Metropolitana de João Pessoa	17	15,9	21	20,2	
Outras cidades paraibanas	32	29,9	38	36,5	
<b>TOTAL</b>	<b>107</b>	<b>100</b>	<b>104</b>	<b>100</b>	

Fonte: Elaborada pela autora.

Grupo 1: puérperas entrevistadas em janeiro de 2014;

Grupo 2: puérperas entrevistadas em agosto de 2014.

## 7.2 Variáveis assistenciais ofertadas às pacientes: comparação dos 2 grupos entrevistados

Em cada um dos grupos, duas pacientes não realizaram pré-natal. Não houve diferença estatisticamente significativa entre as variáveis assistenciais analisadas (Tabela 3). O percentual de partos cesáreos foi elevado em ambos os grupos. A maioria das pacientes realizou o pré-natal na atenção básica e recebeu orientações em relação ao AM durante o pré-natal. Mas, em grande parte, essas orientações não incluíam a prática da amamentação na primeira hora de vida do bebê (Tabela 3).

**Tabela 3** - Frequência das puérperas segundo o tipo de parto, local de realização do pré-natal, orientações sobre aleitamento materno durante o pré-natal e realização adequada do 4º passo da IHAC. Maternidade pública municipal de João Pessoa. Janeiro e agosto de 2014.  
- Teste Exato de Fisher -

	Grupo 1		Grupo 2		P
	N	%	N	%	
<b>Tipo de Parto</b>					0,373
Vaginal	52	48,6	60	57,7	
Cesáreo	55	51,4	44	42,3	
<b>Local de Realização do Pré-natal*</b>					0,609
UBS**	74	70,5	75	73,5	
Centro de Referência	26	24,8	25	24,5	
Consultório Particular	5	4,8	2	2,0	
<b>Conversa durante o Pré-Natal sobre a importância do Aleitamento Materno*</b>					0,387
Sim	63	60,0	67	65,7	
Não	42	40,0	35	34,3	
<b>Orientação durante o Pré-Natal sobre amamentar o bebê na primeira hora de vida dele*</b>					0,578
Sim	45	42,8	48	47,0	
Não	60	57,2	54	53,0	
<b>Realização do 4º Passo</b>					0,602
Sim	10	9,3	12	11,5	
Não	97	90,7	92	88,5	
<b>TOTAL</b>	<b>107</b>	<b>100</b>	<b>104</b>	<b>100</b>	

Fonte: Elaborada pela autora.

Grupo 1: puérperas entrevistadas em janeiro de 2014;

Grupo 2: puérperas entrevistadas em agosto de 2014.

\*Foram incluídas apenas as pacientes que realizaram pré-natal;

\*\*Unidade Básica de Saúde.

Ao comparar o local de realização do pré-natal em relação ao seu tipo de parto, verificou-se que não houve diferença estatisticamente significativa (Tabela 4). Também se observou que o percentual de cesáreas foi elevado dentre as pacientes que realizaram seu pré-natal na atenção básica (Tabela 4).

Quando se analisou o local de realização do pré-natal em relação ao recebimento de orientações acerca da importância do aleitamento e sobre amamentar o bebê em sua primeira hora de vida, verificou-se que no grupo 1 houve associação estatisticamente significativa entre realizar o pré-natal nas UBS e receber orientações sobre aleitamento na primeira hora de vida ( $p=0,007$ ) (Tabela 4). Das puérperas que receberam essa orientação, 86,7% havia realizado o acompanhamento de pré-natal na atenção básica. No grupo 2, não houve associação entre essas variáveis (Tabela 4).

**Tabela 4** - Distribuição do local de realização do pré-natal pelas puérperas, em relação ao seu tipo de parto e ao recebimento de orientações gerais sobre aleitamento materno e sobre amamentação na primeira hora de vida do bebê. Maternidade pública municipal de João Pessoa. Janeiro e agosto de 2014.

- Teste Exato de Fisher -

	Grupo 1						P	Grupo 2						p	TOTAL	
	Local de Realização do Pré-natal							Local de Realização do Pré-natal							n	%
	UBS*		CR**		CP***			UBS*		CR**		CP***				
n	%	n	%	n	%	N	%	N	%	N	%					
<b>Tipo de Parto</b>														0,08		
Vaginal	41	55,4	8	30,8	2	40,0		40	53,3	18	72,0	1	50,0	110	53,1	
Cesáreo	33	44,6	18	69,2	3	60,0		35	46,7	7	28,0	1	50,0	97	46,9	
<b>Conversa durante o Pré-Natal sobre a importância do AM#</b>														0,129		
Sim	49	66,2	12	46,1	2	40,0		47	62,7	18	72,0	2	100	130	62,8	
Não	25	33,8	14	53,9	3	60,0		28	37,3	7	28,0	0	0,0	77	37,2	
<b>Orientação durante o Pré-Natal para amamentar o bebê na primeira hora de vida</b>														0,007		
Sim	39	52,7	5	19,2	1	20,0		30	40,0	17	68,0	1	50,0	93	44,9	
Não	35	47,3	21	80,8	4	80,0		45	60,0	8	32,0	1	50,0	114	55,1	
<b>TOTAL</b>	74	100	26	100	5	100		75	100	25	100	2	100	207	100	

Fonte: Elaborada pela autora.

Grupo 1: puérperas entrevistadas em janeiro de 2014;

Grupo 2: puérperas entrevistadas em agosto de 2014.

\*Unidade Básica de Saúde;

\*\*Centro de Referência;

\*\*\*Consultório Particular;

#Aleitamento Materno.

### 7.3 Prevalência do quarto passo da IHAC antes e após a intervenção educativa

No que se refere ao cumprimento do 4º passo da IHAC, cerca de 50% das mulheres de ambos os grupos referiram ter recebido os seus bebês no colo nos primeiros 30 minutos após o nascimento deles (Tabela 5).

A equipe de enfermagem, juntamente com os pediatras, foram os principais responsáveis por proporcionar esse contato precoce entre mãe e bebê (Tabela 5).

**Tabela 5** - Frequência dos bebês colocados em contato pele a pele precoce com suas mães de acordo com o profissional responsável por esse contato. Maternidade pública municipal de João Pessoa. Janeiro e agosto de 2014.

Profissional responsável pelo contato pele a pele entre mãe e bebê	Grupo 1		Grupo 2	
	N	%	n	%
Pediatra	16	29,6	22	42,3
Obstetra	12	22,2	3	5,8
Enfermeira	23	42,6	20	38,5
Fisioterapeuta	0	0,0	1	1,9
Psicóloga	0	0,0	0	0,0
Técnico de Enfermagem	0	0,0	2	3,8
Doula	0	0,0	0	0,0
Não sabe	3	5,6	4	7,7
<b>TOTAL</b>	<b>54</b>	<b>100</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaborada pela autora.

Grupo 1: puérperas entrevistadas em janeiro de 2014;

Grupo 2: puérperas entrevistadas em agosto de 2014.

Apesar de boa parte das puérperas ter tido a chance de segurar seus bebês no colo imediatamente após o parto, apenas uma minoria pôde manter o contato pele a pele com os seus bebês por mais de 30 minutos ou até que eles realizassem a primeira mamada - realização do 4º passo da IHAC (Tabela 6).

Ainda na Tabela 6, verifica-se que a única variável estatisticamente significativa associada à realização do 4º passo da IHAC, em ambos os grupos, foi o tipo de parto. No grupo 1, nenhuma paciente submetida ao parto cesariano teve oportunidade de realizar o 4º passo da IHAC da maneira preconizada (Tabela 6).

O local de realização de pré-natal esteve associado ao desfecho apenas para o grupo 2. Nesse grupo, as mulheres que fizeram seu pré-natal na atenção básica realizaram com menor frequência o 4º passo da IHAC (Tabela 6).

**Tabela 6** - Frequência das puérperas que realizaram o 4º Passo da IHAC adequadamente em relação ao tipo de parto, local de realização de pré-natal e orientação sobre amamentação no pré-natal. Maternidade pública municipal de João Pessoa. Janeiro e agosto de 2014.

- Teste Exato de Fisher -

(continua)

	Grupo 1				p	Grupo 2				P	TOTAL	
	Realização do 4º Passo		Realização do 4º Passo			Realização do 4º Passo		Realização do 4º Passo			n	%
	Sim	Não	Sim	Não		Sim	Não	Sim	Não			
n	%	n	%	N	%	n	%	n	%			
<b>Tipo de Parto</b>					<0,01					<0,01		
Vaginal	10	100	42	43,3		10	83,3	50	54,3		112	53,1
Cesáreo	0	0,0	55	56,7		2	16,7	42	45,7		99	46,9
<b>Local de realização do Pré-natal *</b>					0,351					0,002		
UBS**	9	90,0	65	68,4		4	33,3	71	78,9		149	72
Centro de Referência	1	10,0	25	26,3		7	58,3	18	20,0		51	24,6
Consultório Particular	0	0,0	5	5,3		1	8,3	1	1,1		7	3,4
<b>Conversa durante o Pré-Natal sobre a importância do Aleitamento Materno*</b>					0,625					0,939		
Sim	6	60,0	57	60,0		8	66,7	59	65,6		130	62,8
Não	4	40,0	38	40,0		4	33,7	31	34,4		77	37,2

	(conclusão)											
	Grupo 1					Grupo 2					TOTAL	
	Realização do 4º Passo				p	Realização do 4º Passo				p		
	Sim		Não			Sim		Não			n	%
n	%	N	%	N	%	n	%	n	%			
<b>Orientação durante o Pré-Natal sobre amamentar o bebê na primeira hora de vida dele*</b>					0,562					0,828		
Sim	4	40,0	41	43,2		6	50,0	42	46,7	93	44,9	
Não	6	60,0	54	56,8		6	50,0	48	53,3	114	55,1	
<b>Faixa Etária</b>					0,312					0,561		
Até 19 anos	3	30,0	19	19,6		3	25,0	25	27,2	50	23,7	
Entre 20 e 29 anos	6	60,0	46	47,4		4	33,3	42	45,6	98	46,4	
30 anos ou mais	1	10,0	32	33,0		5	41,7	25	27,2	63	29,9	
<b>Paridade</b>					0,558					0,247		
Primigesta	4	40,0	42	43,3		4	33,3	47	51,1	97	46,0	
Multigesta	6	60,0	55	56,7		8	66,7	45	48,9	114	54,0	
<b>TOTAL</b>	10	100	97	100		12	100	92	100	211	100	

Fonte: Elaborada pela autora.

Grupo 1: puérperas entrevistadas em janeiro de 2014;

Grupo 2: puérperas entrevistadas em agosto de 2014.

\*Foram incluídas apenas as pacientes que realizaram pré-natal;

\*\*Unidade Básica de Saúde.



## 7.4 Intervenções Educativas

Participaram das Oficinas “Promovendo o Aleitamento Materno Precoce” 115 pessoas, das quais 88 eram funcionários da maternidade (76,5%), 24 eram estudantes de graduação - medicina, enfermagem, fisioterapia e nutrição - que realizavam estágio no serviço (20,9%) e três eram profissionais de saúde de outras instituições (2,6%).

Dos 88 colaboradores do ICV que participaram das oficinas, 11 não faziam parte do seu público-alvo (12,5%), ou seja, não trabalhavam diretamente na assistência ao parto e pós-parto imediato e/ou assistência ao RN no momento de seu nascimento. Assim, dos 245 profissionais que deveriam ter sido treinados, apenas 77 participaram da intervenção educativa proposta (31,4%).

Quanto à análise da categoria profissional dos participantes, verificou-se que apenas 10 eram médicos (11%), sendo oito pediatras e apenas dois obstetras. Entretanto, os obstetras participantes, apesar de também atuarem na assistência, foram os que ocupavam cargos de direção no período das oficinas. No público-alvo, constavam 74 obstetras e 28 pediatras, ou seja, 2,7% dos obstetras e 28,6% dos pediatras que assistem às mulheres e seus bebês na hora do parto foram treinados.

Os profissionais de enfermagem perfizeram o maior percentual de profissionais participantes: foram 23 enfermeiras (25,3%) e 27 técnicos de enfermagem (29,7%). No público-alvo constavam 34 enfermeiros e 78 técnicos de enfermagem, ou seja, foram treinados 67,7% dos enfermeiros e 34,6% dos técnicos de enfermagem implicados na assistência ao binômio mãe-bebê na primeira hora após o parto. Participaram ainda 10 psicólogas (11%), cinco assistentes sociais (5,5%), cinco fisioterapeutas (5,5%), duas fonoaudiólogas (2,2%), seis doulas (6,6%), dois maqueiros (2,2%) e uma sanitarista (1,1%), sendo esta última a responsável por coordenar as ações da RC no Instituto.

O pré e pós-teste foram respondidos apenas pelos profissionais participantes que faziam parte do público-alvo das oficinas. Contudo, nem todos os profissionais responderam a ambos os testes: 74 profissionais responderam ao pré-teste (96,1%); 71 responderam ao pós-teste (92,2%) e 68 responderam a ambos os testes (88,3%).

O percentual médio de respostas adequadas entre os profissionais que responderam ao pré-teste foi de 81,9% (DP=11,6%). Já no pós-teste, o percentual

foi de 95,9% (DP=0,57). Houve diferença estatisticamente significativa entre percentual médio de respostas adequadas no pré e pós-teste ( $p < 0,01$ ) (Tabela 7).

Na primeira parte do conjunto de questões (01 a 05), a terceira (realizar clampeamento tardio do cordão umbilical, identificar o RN com pulseira e mostrá-lo à mãe, levando-o em seguida, para realizar os procedimentos de rotina, tais como exame físico e pesagem) e a quinta assertivas (embrulhar o bebê após os procedimentos de rotina e colocá-lo em berço aquecido, durante aproximadamente 1-2h, antes de levá-lo para mãe, permitindo que o bebê já esteja mais estável e alerta) foram as que tiveram menor percentual de respostas adequadas no pré-teste. Grande parte dos profissionais julgou que tais práticas eram corretas (resposta inadequada). No pós-teste, o percentual de respostas adequadas nas questões 03 e 05 aumentou de forma significativa (Tabela 7).

Na segunda parte do teste (questões 06 a 10), que buscava identificar se os profissionais possuíam conhecimento acerca das evidências favoráveis ao 4º passo da IHAC, a questão 08 (Auxilia na adaptação metabólica e a estabilização da glicose sanguínea do bebê) e a 10 (Permite que o bebê encontre a mama e pegue sozinho, o que tem maior probabilidade de resultar em sucção efetiva do que quando o bebê é separado da mãe) foram as que tiveram menor percentual de respostas adequadas no pré-teste (Tabela 7). Já no pós-teste, houve uma melhora importante no percentual de respostas adequadas para essas questões (Tabela 7).

**Tabela 7** - Frequência de respostas adequadas às questões aplicadas aos profissionais participantes das Oficinas “Promovendo o Aleitamento Materno Precoce”. Maternidade pública municipal de João Pessoa. Fevereiro a maio de 2014.

(Teste Exato de Fisher)

Questão	Pré-Teste		Pós-Teste		P
	N	%	n	%	
1	73	98,6	71	100,0	
2	71	95,9	70	98,6	
3	32	43,2	51	71,8	
4	72	97,3	71	100	
5	40	54,1	66	93,0	
6	72	97,3	71	100	
7	74	100,0	71	100	
8	42	56,7	69	97,2	
9	68	91,9	70	98,6	
10	62	83,8	71	100,0	
<b>TOTAL</b>	<b>606</b>	<b>81,9</b>	<b>681</b>	<b>95,9</b>	<b>&lt;0,01</b>

Fonte: elaborada pela autora.

## 8 DISCUSSÃO

No presente estudo, a opção pela metodologia da pesquisa-ação, mostrou-se adequada ao objetivo proposto, pois possibilitou a compreensão da realidade da maternidade em relação ao cumprimento do 4º passo da IHAC e, a partir desse diagnóstico, a realização de ações coletivas, com envolvimento de trabalhadores e gestores, visando a mudança de práticas assistenciais realizadas na maternidade, no que se refere ao contato pele a pele precoce entre mãe e bebê e AM na primeira hora de vida do bebê.

Segundo Grittem, Méier e Zagonel (2008, p. 769), “um dos pressupostos da pesquisa-ação é que os indivíduos envolvidos compõem um grupo com objetivos e metas em comum”. No caso desta pesquisa o objetivo em comum foi melhorar a prevalência do 4º passo da IHAC na maternidade.

Para Jesus, Vieira e Effgen (2014, p. 785), esse envolvimento

[...] exige do pesquisador uma nova forma de estar na profissão, como alguém que se coloca a tarefa ética de produção de conhecimento junto com os outros, a formar e se formar na prática, numa dialética que articula teoria e prática como processo constante, assumindo, como premissa básica, a complexidade humana.

Jesus, Vieira e Effgen (2014) definem a pesquisa-ação por meio de quatro bases de sustentação: a compreensão crítica da realidade em que se insere a pesquisa; a ideia de que essa realidade, além de ser compreendida, pode ser modificada; o trabalho colaborativo; e a constante reflexão crítica sobre o processo.

Desse modo, inúmeros desafios e entraves surgem nesse processo de construção e diálogo, pois, durante a pesquisa-ação, pode-se observar que, na ação, o agir está vinculado ao modo de ser, possibilitando identificar o que se é no que se faz, visto que as ações são práticas sociais consolidadas a partir da história de cada sujeito (PIMENTA, 2005).

Jesus, Vieira e Effgen (2014, p. 775) trazem à luz os seguintes questionamentos: “por que é tão desafiador apostar em mudanças? Por que trabalhar com a pesquisa-ação se torna uma ação complexa? Por que esta abordagem de produção de conhecimento suscita tantas perguntas?”. A resposta talvez esteja no fato de que as mudanças produzidas pela pesquisa-ação sejam lentas e processuais. Sendo assim,

o pesquisador, ao adotar a pesquisa-ação como a estratégia metodológica que o conduzirá para o cerne do campo investigado, deverá ter a cautela de nutrir, com os praticantes do cotidiano, a crença na possibilidade da mudança, o diálogo constante, a solidariedade, a negociação de ideias e a possibilidade de colaboração, pois esses pressupostos são importantes para que os *resultados* almejados sejam alcançados. A essas possibilidades de mudanças denominamos *resultados* [...] aqui entendidos não como ações finalizadas, mas em processo (JESUS, VIEIRA e EFFGEN, 2014, p. 783).

Portanto, concordamos com Grittem, Méier e Zagonel (2008) quando afirmam que a pesquisa-ação pode e deve ser utilizada na área de saúde para discutir as práticas profissionais, mobilizando assim os profissionais para uma prática crítica e reflexiva. Acreditamos também nas possibilidades de mudanças nas práxis dos profissionais de saúde, as quais podem surgir a partir dessas ações e reflexões.

Apesar de sua importância para diversas áreas do conhecimento, tais como a saúde, a educação e as ciências políticas, o termo “pesquisa-ação” não está cadastrado como um descritor na Biblioteca Virtual de Saúde, o que dificultou a localização de estudos que utilizaram essa metodologia.

Partindo das premissas da pesquisa-ação, em que são necessários a participação coletiva e o envolvimento do pesquisador com o cenário e com os diversos atores nele inseridos, as intervenções educativas são realizadas em formato de oficinas, possibilitando uma maior participação, discussão e contribuição por parte dos profissionais participantes.

Segundo Candau (1995), a oficina constitui um espaço de construção coletiva do conhecimento, análise da realidade, confronto e troca de experiências. Portanto, as oficinas pedagógicas possibilitam um processo educativo composto de sensibilização, compreensão, reflexão, análise, ação e avaliação (FIGUEIREDO et al., 2006).

Sabe-se que grande parte dos profissionais de saúde, público-alvo da intervenção educativa, possui carga horária de trabalho elevada e, muitas vezes, mais de um vínculo empregatício, o que minimiza o tempo livre desses profissionais, prejudicando e/ou impossibilitando a dedicação, por parte desses, a cursos de formação e/ou aperfeiçoamento.

Por isso, apesar das oficinas serem baseadas no manual técnico do MS e de possuírem em sua essência um caráter formativo tradicional e centrado no instrutor, menos de 35% dos profissionais integrantes do público-alvo participaram das atividades. Aliado a isso, nos chama atenção o fato de que grande parcela dos profissionais participantes das oficinas era da área da enfermagem, ao passo em que a presença dos médicos, principalmente dos obstetras, foi mínima.

Essas duas constatações nos fazem refletir acerca dos interesses desses profissionais que estão implicados na assistência à saúde do binômio mãe-bebê, no cenário estudado. O que os levaria a serem indiferentes ou até avessos ao processo de capacitação e discussão das práticas assistenciais? Seria o fato de já se sentirem seguros em relação ao tema abordado e se julgarem como já sendo detentores de saber suficiente para a práxis? Ou ainda, será que os modelos tradicionais de educação/capacitação já não despertam o interesse dos profissionais (público adulto)? Ou seria uma dificuldade desses profissionais de se autoavaliarem criticamente e assim, ao omitirem-se das construções coletivas, promoverem um espaço de resistência a novas proposições para a práxis?

Por outro lado, a ínfima participação da equipe médica nos leva também a outro questionamento: será que o desinteresse se deu porque a proposta de capacitação teve o formato de oficina e/ou por que o convite era extensivo a todos os profissionais de saúde, tendo, portanto, um caráter multiprofissional?

Essa dificuldade na participação de médicos em programas de educação multiprofissionais, no que se refere ao manejo do AM ou implantação da IHAC, no entanto, não nos é exclusiva, já tendo sido enfrentada por outros pesquisadores.

Coutinho et al. (2005) evidenciaram, em seu estudo, realizado em Pernambuco - com o objetivo de avaliar o impacto de uma capacitação nos profissionais de saúde de duas maternidades públicas do interior do estado, por meio de um treinamento de 20 horas sobre Manejo do AM em um HAC e Aconselhamento em Amamentação -, que a grande parte dos profissionais treinados eram parteiras e auxiliares de enfermagem; já os médicos não participaram dos cursos sob a alegação de falta de tempo.

Outro estudo, publicado em 2010, que utilizou metodologia qualitativa para avaliar a implementação da IHAC em dois hospitais de Minas Gerais, evidenciou que a categoria médica foi a mais resistente aos processos de mudança e implementação da iniciativa nas instituições, sendo esse fato referido pela maior

parte dos entrevistados (SEKYIA e LUZ, 2010). Esse estudo cita ainda que, em casos de resistências irreversíveis, houve afastamento de funcionário como forma de permitir a continuidade do processo de implementação da IHAC na instituição.

Apesar de terem contemplado menos de 35% do público-alvo, as oficinas formativas contaram com a participação de alguns dos gestores locais, tais como da diretora geral; do diretor técnico; da coordenadora geral da enfermagem; da coordenadora de enfermagem do pré-parto e da coordenadora de enfermagem do setor de admissão ao RN, responsável pela assistência aos bebês em sala de parto. Mesmo não tendo participado das oficinas, a coordenadora médica da neonatologia estava presente na reunião do colegiado da RC onde foi apresentada a proposta de protocolo para sistematização da assistência e realização de contato pele a pele precoce entre mãe e bebê na sala de parto.

As oficinas mostraram-se eficientes no que se refere à aquisição de conhecimento teórico pelos participantes, mensurada pelo pré e pós-teste, com aumento do número de questões com respostas consideradas adequadas.

Chamou atenção o fato de que, antes do treinamento, boa parte dos profissionais considerava correto priorizar procedimentos tais como pesagem, exame físico e aquecimento artificial por meio de calor radiante, em detrimento da valorização do contato pele a pele precoce na primeira hora de vida. Essa constatação evidencia que tais rotinas faziam parte de suas práxis. Esses conceitos, no entanto, foram modificados após as oficinas.

Já a segunda parte do conjunto de questões dos testes, assinalou que os conhecimentos dos profissionais acerca das evidências favoráveis ao 4º passo da IHAC apresentaram alguns pontos de fragilidade. Duas questões se apresentaram com maior percentual de estranhamento: o fato de o contato pele a pele auxiliar na adaptação metabólica e estabilização da glicose sanguínea do bebê; e permitir que o bebê encontre a mama e pegue sozinho ter maior probabilidade de resultar em sucção efetiva do que quando o bebê é separado da mãe. No entanto, esses conceitos também foram apreendidos durante as oficinas, havendo, no pós-teste, significativo aumento no percentual de acertos.

A partir dessa perspectiva, de que conhecimentos teóricos referentes aos objetos de trabalho são facilmente apreendidos pelos profissionais, surge uma das grandes dúvidas norteadoras desse estudo: será que o modelo formativo tradicional, nesse caso o modelo do curso de 18h proposto pela IHAC, realmente tem impacto

suficiente sobre os profissionais de saúde, de modo a provocar uma modificação na atuação desses atores dentro de suas instituições?

O manual técnico do MS, que normatiza a IHAC no Brasil, orienta que pelo menos 80% das mães selecionadas ao acaso que deram à luz sem anestesia geral, devem confirmar que os seus bebês foram colocados em contato pele a pele com elas imediatamente ou no prazo de cinco minutos após o parto e que esse contato se prolongou por no mínimo uma hora, a menos que houvesse razões médicas justificáveis para atrasá-lo. Além disso, pelo menos 80% também devem confirmar que foram encorajadas a procurar, durante esse primeiro período de contato, sinais de que seus bebês estavam prontos para mamar, e a receber ajuda se necessário (BRASIL, 2008).

Em nossa pesquisa, todos os casos em que havia alguma contraindicação formal que impedisse o contato pele a pele das mães com seus bebês e/ou AM precoce foram excluídos. Portanto, a população do estudo foi constituída apenas por bebês e mães saudáveis, que deveriam ter cumprido o 4º passo da maneira preconizada.

Apesar disso, em nosso estudo, a apreensão de conhecimentos teóricos em relação ao 4º passo da IHAC não resultou em modificação da práxis. Esse achado é preocupante, principalmente por se tratar de um HAC, porém são similares aos encontrados no estudo de Boccolini et al. (2011), conduzido no Rio de Janeiro entre 1999 e 2001, que constatou que apenas 16,1% dos RN foram amamentados na primeira hora de vida.

Outro estudo, realizado em São Paulo, que avaliou a promoção do AM em maternidades públicas e privadas, evidenciou que a prática de colocar o RN junto à mãe logo após o nascimento e permitir a amamentação na sala de parto não foi observada em nenhuma das maternidades estudadas (TOMA e MONTEIRO, 2001).

O inquérito nacional sobre parto e nascimento no Brasil, realizado entre 2011 e 2012, evidencia que a incorporação das boas práticas na assistência desses bebês tais como: contato pele a pele logo após o nascimento; oferta do seio materno na sala de parto; amamentação na primeira hora de vida e alojamento conjunto direto da sala de parto, ainda não é realidade nas maternidades brasileiras (MOREIRA et al., 2014). Ao passo que práticas consideradas inadequadas como aspiração de vias aéreas e gástrica, uso do oxigênio inalatório e uso de incubadora ainda são bastante comuns (MOREIRA et al., 2014).

No mesmo estudo, também foi evidenciado que, no Brasil, em torno de apenas 28% dos bebês realizaram contato pele a pele com as suas mães logo após o nascimento, sendo esse percentual de apenas 28,8% na região nordeste; já a proporção de oferta do seio na sala de parto é ainda mais baixa - 16,1% no Brasil e apenas 11,5%, na região nordeste (MOREIRA et al., 2014). Esse dado foi, de certa forma, inesperado visto que a região nordeste é justamente a região do país com o maior número de leitos obstétricos do SUS credenciados pela IHAC (ARAÚJO e SCHMITZ, 2007). Esses resultados são semelhantes ao de nosso estudo, onde cerca de metade das mulheres recebeu os seus bebês no colo logo após o nascimento. Porém, na maior parte das vezes esse contato foi efêmero, não sendo cumprido o 4º passo da IHAC e nem dada a chance dos bebês mamarem ainda na primeira hora de vida.

Os estudos citados revelam que, ao longo dos últimos anos, apesar das crescentes evidências - aumento do número de hospitais com título HAC e das políticas públicas que visam incentivar o AM no Brasil - não houve mudança no cenário relacionado à amamentação precoce, expondo uma enorme discrepância entre as evidências científicas mais atuais e a prática clínica rotineira das maternidades.

A adesão ao 4º passo da IHAC, portanto, persiste sendo uma dificuldade e um desafio em todo o território nacional e, ainda maior, no nordeste, onde mesmo com a IHAC já bem instalada e estabelecida, ainda são poucos os bebês que têm a chance de serem amamentados na primeira hora de vida.

No presente estudo, constatamos que a equipe de enfermagem, juntamente com os pediatras, foram os principais responsáveis por viabilizar a concretização do 4º passo da IHAC, naqueles bebês que tiveram essa oportunidade, refletindo possivelmente a forma de organização das atribuições dentro da rotina hospitalar das maternidades, onde os profissionais de saúde são os protagonistas da assistência, não cabendo muito espaço aos acompanhantes, às doulas e aos outros profissionais de saúde, tais como fisioterapeutas, psicólogos e os próprios obstetras que estão fundamentalmente voltados à assistência materna.

Moreira et al. (2014) mostraram que ter tido acompanhante durante o parto esteve associado de forma significativa ao maior contato pele a pele entre mãe e bebê e à oferta do seio materno na sala de parto. No entanto, apesar da presença do acompanhante, de livre escolha da mulher, durante o pré-natal e todas as fases

de internação para o parto estar garantida por lei nacional desde 2005 (Lei nº 11.108) e de a presença do acompanhante fazer parte das diretrizes da RC, dados da pesquisa Nascer no Brasil mostram que apenas 18,8% das mulheres tiveram acompanhante contínuo durante todo o internamento para o parto (DINIZ et al., 2014).

Não avaliamos a presença ou não de acompanhante no presente estudo, o que pode ser considerada uma limitação deste. Dentre as variáveis maternas avaliadas, apenas o tipo de parto esteve associado ao desfecho - realização adequada do 4º passo da IHAC.

A relação entre a realização adequada do 4º passo da IHAC e o tipo de parto é semelhante à observada em outro estudo, realizado na região sul do Brasil e publicado em 2008, que avaliou os fatores associados ao início da amamentação. Os autores constataram que tanto o contato pele a pele quanto o tempo de permanência do bebê com a mãe logo após o parto ficam diminuídos quando o tipo de parto é cesáreo, mesmo ajustando para outros fatores (SILVEIRA, ALBERNAZ e ZUCCHETO, 2008).

Boccolini et al. (2011) e Moreira et al. (2014) também encontraram o parto vaginal associado de forma significativa ao contato pele a pele precoce e aleitamento na primeira hora de vida dos bebês. No entanto, Moreira et al. (2014) evidenciaram ainda que as mulheres em que o parto foi realizado no interior, as de menor escolaridade e as de parto feito com pagamento público tiveram menos chance de ter contato pele a pele precoce; além disso, as mulheres com 35 anos ou mais e as primíparas amamentaram menos na 1ª hora de vida de seus bebês. Já Boccolini et al. (2011) observaram que a amamentação na primeira hora de vida é determinada essencialmente pela maternidade onde o parto ocorre, sendo que fatores individuais, como idade, paridade e escolaridade materna não desempenham papel significativo.

Esses achados e os da nossa pesquisa indicam que a escolha do tipo de parto interfere no sucesso da amamentação, sendo mais um elemento em defesa da diminuição na taxa de cesáreas no Brasil. Demonstram também que as mães estão susceptíveis às práticas do serviço em que são atendidas e que não possuem o poder de interferir na decisão de realizar contato pele a pele precoce com os seus bebês e/ou de amamentá-los na primeira hora de vida. Desse modo, pode-se afirmar que o cumprimento do 4º passo está imbricado ao modelo de atenção ao parto.

Certamente, o modelo de atenção ao parto prevalente no Brasil é um dos grandes indutores da realidade exposta. Uma investigação qualitativa, realizada na Austrália - país com modelo menos intervencionista na atenção ao parto -, acerca da percepção dos profissionais de saúde australianos em relação à implementação da IHAC, mostrou que o contato pele a pele precoce entre mãe e bebê foi considerado o passo da IHAC mais fácil de ser implementado. Durante entrevista, uma das profissionais refere: *“You can just leave your mother and baby there quite happily”* (Você pode apenas deixar a mãe e seu bebê lá muito felizes) (SCHMIED et al., 2011, p. 6).

Até mesmo nos Estados Unidos, onde as taxas de AM ainda são baixas, nota-se aumento nas taxas de RN colocados em contato pele a pele precoce com suas mães. Segundo o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), o percentual de maternidades em que 90% ou mais dos nascimentos cumpriam o 4º passo de maneira adequada aumentou de 43,4%, em 2009, para 54,4%, em 2011, graças a uma política nacional americana que se assemelha à política da IHAC no âmbito mundial (ESTADOS UNIDOS, 2013).

Um estudo norte-americano, publicado em 2012, que retrata as dificuldades para superar as barreiras que impediam o corpo clínico do hospital de adotar as práticas recomendadas pela IHAC, aponta que os principais problemas enfrentados estavam relacionados à cultura, às práticas de longa data e à desinformação, bem como que a superação dessas barreiras requer tempo e determinação. Assim, após intervenção contínua, visando modificar o processo de trabalho, no que concerne à assistência ao parto e puerpério, o serviço conseguiu ampliar a prática do 4º passo da IHAC de 0%, em maio de 2010, para mais de 85%, em dezembro de 2010 (MCKEEVER e FLEUR, 2012).

Diante dessas constatações e perspectivas, faz-se necessário problematizar o contexto no qual estamos inseridos, discutir o perfil de nossas usuárias - a realidade social e econômica na qual estão inseridas - além de avaliar o modelo de atenção ao parto e de assistência à saúde de mulheres e crianças em nosso país e, mais especificamente, dentro do serviço estudado. Certamente essas questões auxiliarão na compreensão das dificuldades encontradas para implementar o contato pele a pele precoce entre mãe e bebê de forma sistemática no cenário em questão.

Os dois grupos de puérperas entrevistadas foram semelhantes entre si, tanto no que se refere às variáveis qualitativas analisadas quanto em relação às variáveis

assistenciais. Essa homogeneidade dos grupos permitiu que pudéssemos avaliar a assistência dos profissionais de saúde no tocante à realização ou não do 4º passo da IHAC comparando a prevalência desse desfecho nos dois grupos. Permite ainda que as análises em relação ao perfil das pacientes atendidas na maternidade estudada sejam feitas em um único bloco.

Mais da metade das mulheres entrevistadas em nossa pesquisa não residiam no município onde o serviço estudado está situado. Apesar de se tratar de uma maternidade municipal, esse achado é justificado pelo fato de ser um serviço de grande porte e de referência para o atendimento às gestantes de todo o estado. Segundo o Plano Diretor de Regionalização (PDR) do estado da Paraíba, o município de João Pessoa é uma macrorregião de saúde, agregando sete regiões de saúde, 65 municípios e quase metade da população do estado (BRANDÃO et al., 2012). Essa característica das entrevistadas não altera a pertinência dos dados coletados, pois o objetivo central foi avaliar procedimentos internos do serviço, mas, permite-nos inferir que a maternidade trabalha com uma demanda elevada, visto que precisa acolher pacientes de diversos municípios, provocando talvez sobrecarga nos profissionais, fato comum nos serviços de saúde públicos do Brasil.

A maior parte das puérperas entrevistadas era jovem, com menos de 30 anos; 88,6% delas pertenciam aos estratos socioeconômicos C, D e E; grande parte se considerou parda ou preta e vivia com os seus companheiros, sendo essas características sociais e econômicas compatíveis com as das gestantes usuárias do SUS (DOMINGUES et al., 2014).

O perfil dessas mulheres certamente contribui para torna-las vulneráveis à violência obstétrica e práticas antigas, sem evidências e não mais recomendadas nos dias atuais. Essas mulheres, que nem sempre conhecem os seus direitos ou estão empoderadas acerca de seu corpo e trabalho de parto, assumem, em muitos casos, uma postura de submissão à equipe de saúde que lhes assiste nesse momento singular de suas vidas: o seu parto.

O estudo “Nascer no Brasil” demonstra que mulheres residentes na região nordeste que tiveram trabalho de parto ou foram atendidas no setor público, relataram maior ocorrência de violência, seja física, verbal ou psicológica. Além disso, o estudo mostra ainda que entre as mulheres de cor da pele preta ou parda, foi verificada menor chance de privacidade durante o atendimento no trabalho de parto e menor satisfação com o tempo de espera, evidenciando a desigualdade na

atenção à saúde para esse grupo de mulheres, fato que, além de falar contra o princípio da equidade do SUS, pode resultar em maior violência institucional e, conseqüentemente, em maior insatisfação dessas usuárias quanto ao atendimento recebido (d'ORSI et al., 2014).

No entanto, as mulheres brasileiras brancas e de nível socioeconômico elevado também sofrem com práticas obstétricas excessivamente intervencionistas e contrárias às recomendações de boas práticas do MS, tais como uso de cateter venoso; ocitocina para aceleração do trabalho de parto; amniotomia; analgesia raque/epidural; litotomia; manobra de Kristeller e episiotomia para parto vaginal, além da cesariana (LEAL et al., 2014a), apesar de o modelo de atenção ao parto com uso excessivo de intervenções não encontrar respaldo em estudos internacionais. Essas mulheres, portanto, estão sendo expostas aos riscos de iatrogenia no parto de maneira desnecessária.

Leal et al. (2014b), no estudo "Nascer no Brasil" - pesquisa nacional de base hospitalar composto por puérperas e seus RN, realizado no período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012 - encontraram uma taxa de cesárea de 51,9% no Brasil. Considerando-se somente as de risco obstétrico habitual, a taxa de cesárea decresceu para 45,5% e a de parto normal sem intervenção foi de apenas 5,6%. Além disso, a taxa de cesáreas foi significativamente maior nos hospitais com fonte de pagamento privado.

Esses achados são similares ao de nosso estudo, onde encontramos uma taxa de partos cesáreos de 46,9% (51,4% e 42,3%, nos grupos 1 e 2, respectivamente). Em ambos os estudos a ocorrência de cesariana foi elevada e bem acima do preconizado pelo MS por meio da Portaria Ministerial nº 2.816, de 29 de maio de 1998, que institui o pagamento do percentual máximo de cesarianas, em relação ao total de partos por hospital (BRASIL, 1998). Além disso, é preocupante o fato de, em nosso estudo, o tipo de parto não ter sido associado ao local de origem do pré-natal, demonstrando que mesmo entre as mulheres acompanhadas na UBS e, portanto, com provável gestação de risco habitual, o percentual de cesarianas foi elevado.

O modelo de atenção obstétrica do Brasil é tido como extremamente intervencionista, tendo como expressão maior disso as taxas de cesárea mais elevadas do mundo (BARROS et al., 2005), ficando próxima dos valores da China (46,2%), Turquia (42,7%), México (42%), Itália (38,4%) e Estados Unidos (32,3%),

bem como muito superior à Inglaterra (23,7%), França (20%) e Finlândia (15,7%) (ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO - OECD, 2011). Já no Reino Unido, reconhecido como um país onde há um grande estímulo ao parto vaginal e com intervenções mínimas, o parto natural (parto vaginal sem nenhuma intervenção) correspondeu a 41,8 % do total de nascimentos em 2011, sendo 97% deles em serviços públicos de saúde (HEALTH AND SOCIAL CARE INFORMATION CENTRE, 2012).

Os prejuízos da cesariana para a mãe e o RN já são amplamente conhecidos, principalmente quando essa cirurgia ocorre de forma eletiva e fora do trabalho de parto, aumentando o risco de morbidade grave e mortalidade materna e neonatal. Esse procedimento, portanto, só deve ser realizado quando houver benefício que compense os custos e riscos adicionais da cirurgia (VILLAR et al., 2007; HANSEN et al., 2008; SOUZA et al., 2010).

Souza e Pileggi-Castro (2014) observam que a prática abusiva de cesáreas no Brasil é um problema complexo e multifatorial, que envolve, entre outras coisas, o protagonismo dos obstetras na assistência ao parto, questões mercantis que tornam a cesárea mais conveniente para muitos profissionais de saúde e a percepção de considerável parcela da população sobre uma possível superioridade dessa via de parto. Outros autores têm feito afirmativas semelhantes no que se refere às causas do uso de procedimentos desnecessários na atenção ao parto e à “epidemia” de cesáreas no Brasil (VICTORA et al., 2011).

Nos últimos anos, o modelo de atenção à mulher e ao parto vem sendo revisto e discutido em âmbito nacional e mundial. Desde o início da década de 1990, ativistas pró-humanização da assistência ao parto sinalizavam que o modelo vigente de atenção ao nascimento não era adequado e precisava ser revisto, pois havia excesso de intervenções e desrespeito aos direitos das mulheres (REHUNA, 1993). No ano 2000, foi lançado no Brasil o PHPN, onde consta, em seu anexo II, que a adoção de práticas humanizadas e seguras implica a organização das rotinas, dos procedimentos e da estrutura física, bem como a incorporação de condutas acolhedoras e não intervencionistas (BRASIL, 2000; RATTNER, 2009).

Mais recentemente, entre 2011 e 2012, o governo federal patrocinou a realização do “Inquérito Epidemiológico sobre as Consequências do Parto Cesáreo Desnecessário no Brasil”, objetivando compreender melhor os diversos aspectos relacionados à hipermedicalização da maternidade no Brasil. Essa iniciativa originou

a pesquisa “Nascer no Brasil”, que teve coordenação geral da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fiocruz (ENSP), e contou com pesquisadores das áreas de epidemiologia, obstetrícia, perinatologia, pediatria e enfermagem obstétrica de várias instituições brasileiras (ENSP, 2014?).

Os objetivos da Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento no Brasil foram: (1) descrever a incidência excessiva de cesariana e examinar as consequências sobre a saúde das mulheres e dos recém-nascidos; (2) investigar a relação entre o excesso de cesarianas e parto prematuro tardio e baixo peso ao nascer; e (3) investigar a relação entre o excesso de cesarianas e a utilização de procedimentos técnicos após o nascimento (VASCONCELLOS et al., 2014, p. S50).

A população da pesquisa “Nascer no Brasil” correspondeu ao conjunto de puérperas que tiveram filhos nascidos vivos em 2011, em hospitais com 500 ou mais nascidos vivos em 2007, segundo o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) (VASCONCELLOS et al., 2014). “Nascer no Brasil” é, portanto, um estudo nacional de base hospitalar composto por puérperas e seus RN (DOMINGUES et al., 2014). Para d’Orsi et al. (2014), a dimensão nacional e inédita dessa pesquisa, assim como sua representatividade segundo estratos geográficos e organizacionais distintos pode ser avaliada como um ponto forte do estudo.

O que se pretende com tais iniciativas - tanto com as ações organizadas por grupos de mulheres e ativistas do parto humanizado quanto com ações do governo - é justamente a prática da prevenção quaternária na atenção ao parto, ou seja, identificar mulheres que estejam sob risco de hipermedicalização e reduzir as intervenções desnecessárias ou excessivas a fim de minimizar as iatrogenias (NORMAN e TESSER, 2009), seguindo assim o juramento de Hipócrates: *Primum non nocere* (Primeiro não causar dano).

Para Souza e Pileggi-Castro (2014, p. S12),

no contexto da saúde materna e perinatal, a prática da prevenção quaternária é indissociável da prática baseada em evidências científicas, da humanização do parto e do combate à violência obstétrica.

Outro dado que nos chama atenção, em relação ao modelo obstétrico brasileiro, é que, embora tenhamos alcançado uma elevada cobertura na assistência

pré-natal e a taxa de parto hospitalar tenha sido maior que 98% em 2010, a razão da mortalidade materna (68,2/100 mil nascidos vivos) e a taxa de mortalidade perinatal ainda persistem elevadas, sugerindo problemas na qualidade da atenção materna e perinatal (LEAL et al., 2014a). Ou seja, é preciso reinventar esse modelo de atenção, de modo a alcançarmos resultados mais satisfatórios para a saúde das mulheres e dos RN.

Leal et al. (2014a, p. S29) afirma que:

para melhorar ainda mais o padrão de saúde das mães e crianças, o SUS brasileiro precisa, urgentemente, melhorar o modelo de assistência obstétrica, tanto no setor privado quanto no público, promover práticas baseadas em evidências e aprimorar a qualidade de vida e saúde da sua população.

Outra questão interessante é que, apesar das elevadas taxas de cesariana brasileiras e de sua presença quase hegemônica nas pacientes assistidas nos serviços com financiamento privado, no início da gestação, grande parte das mulheres brasileiras ainda têm como preferência a via de parto vaginal, sendo que a história reprodutiva das mulheres e fonte de pagamento do parto interferem nessa escolha.

A preferência inicial pelo parto cesáreo é menor em primíparas com parto financiado pelo setor público (15,4%) e maior entre múltiparas com cesariana anterior no setor privado (73,2%) (DOMINGUES et al., 2014). No entanto, parece haver uma tendência de aumento no percentual de mulheres com preferência inicial pela cesariana. Estudo da década de 1990 mostrava que a preferência pela cesariana no início da gestação era inferior a 20% (POTTER et al., 2001). Dentre as razões que levam as mulheres a optarem por uma cesariana estão o medo do parto vaginal, experiências anteriores negativas com o parto vaginal e a percepção de que a cesariana é o parto mais seguro para o bebê (principalmente entre as mulheres assistidas no setor privado) (DOMINGUES et al., 2014).

Contudo, se as mulheres brasileiras, em sua maioria, preferem a via de parto vaginal, por que a maior parte, mesmo as gestantes de risco obstétrico habitual, acaba sendo submetida a uma cirurgia cesariana? Será que essas mulheres encontram respaldo e apoio da sociedade e dos profissionais de saúde que lhes assiste? Como tem sido o aconselhamento dessas mulheres para o parto durante

sua assistência no pré-natal? Essas questões nos inquietam e refletem a angústia diante da realidade posta e do modelo de assistência obstétrica brasileira.

Para Barbosa et al. (2003), a justificativa da “cesárea a pedido da mulher”, muitas vezes relatada pelos profissionais de saúde, refletiria na verdade uma prática cultural médica na maior parte dos casos. Domingues et al. (2014, p. S112) evidenciaram que “[...] independentemente da fonte de pagamento do parto e da paridade, a preferência das mulheres pelo parto vaginal não foi apoiada ou incentivada pelos profissionais”. Para esses autores, o grande desafio que persiste, no entanto, é o de conseguirmos transformar recomendações em práticas, com adoção, nos serviços públicos e privados, de protocolos assistenciais baseados em evidências científicas, com tratamento digno e respeitoso às mulheres e aos seus bebês (DOMINGUES et al., 2014).

Entende-se que o desafio de transformar a assistência às mulheres e aos RN é enorme e cobra ousadia de gestores e profissionais de saúde implicados nessas práticas. Entretanto, a participação das mulheres e dos movimentos sociais é sem dúvida essencial, a fim de tornar visível para toda a sociedade quais são os verdadeiros anseios e necessidades das mulheres e qual a forma de parir realmente é mais benéfica, digna e prazerosa para mães e bebês. A transformação dessa realidade, portanto, deve começar desde o planejamento familiar e do pré-natal, conforme preconizado pela RC (BRASIL, 2011).

Em nosso estudo, a cobertura de pré-natal para as mulheres entrevistadas foi praticamente universal, realidade semelhante em todo o Brasil (LEAL et al., 2014; VIELLAS et al., 2014). Essas mulheres foram assistidas na atenção básica de saúde em mais de 70% dos casos, percentual um pouco menor do que o encontrado no estudo “Nascer no Brasil”, onde apenas 10,4% das mulheres referiram ter sido acompanhadas em ambulatórios de unidades hospitalares (VIELLAS et al., 2014). Provavelmente, o nosso resultado reflete o fato de o estudo ter sido realizado em maternidade de referência para gestantes de alto risco.

Para além da universalidade da cobertura, a assistência pré-natal precisa acontecer de maneira oportuna e, segundo recomendações do MS, a assistência deve ocorrer de forma acolhedora, com a realização de ações educativas e preventivas, detecção precoce de patologias e de situações de risco gestacional e estabelecimento de vínculo entre o pré-natal e o local do parto (BRASIL, 2006). Dentre essas ações educativas estão: orientação aos sinais de risco na gravidez,

atividades que possam facilitar o parto, assim como AM e amamentação na primeira hora de vida do bebê.

Em nosso estudo, apesar de mais de 60% das puérperas terem referido que receberam orientações em relação ao AM durante o pré-natal, nem sempre essas orientações incluíam a prática da amamentação na primeira hora de vida do bebê, sendo menos da metade das puérperas orientada para essa prática. Nossos resultados são piores do que os encontrados por Viellas et al. (2014), os quais evidenciaram que 70,6% das mulheres que pariram no nordeste e 64% das puérperas brasileiras haviam recebido orientações sobre amamentação na primeira hora de vida; e por Boccolini et al. (2008), no qual cerca de 25% das mães não havia recebido qualquer tipo de informação sobre AM durante o pré-natal.

Tal constatação evidencia certo descaso quanto à importância da preparação das mulheres para o AM e dificuldades relacionadas a esse processo, bem como ausência de empoderamento das mulheres para o ato de cuidar de seus filhos. Isso talvez seja reflexo do modelo tecnicista dos profissionais de saúde que estão mais acostumados a tratar que cuidar. Em última instância, a baixa proporção de orientações recebidas durante a assistência pré-natal demonstra também certa dicotomia no cuidado do binômio, como se mãe e bebê fossem seres antagônicos e dissociáveis do ato de cuidar dos profissionais de saúde, sendo no pré-natal as atenções voltadas prioritariamente para a saúde da mulher.

Por outro lado, o recebimento de informações sobre AM não esteve associado ao desfecho estudado (adequação do 4º passo), o que nos leva a questionar sobre a autonomia feminina e o protagonismo da mulher dentro do contexto hospitalar ao qual é submetida no parto. Seus conhecimentos em relação ao AM não interferiram na prevalência do 4º passo na maternidade estudada, demonstrando que é a rotina hospitalar que rege a atenção ao parto, sem a incorporação dos preceitos de humanização da assistência. Além disso, não foi possível associar o recebimento de informações sobre AM ao local de realização de pré-natal pelas gestantes, evidenciando que as práticas educativas do pré-natal são deficientes tanto na atenção básica quanto nos centros de referência.

Boccolini et al. (2011) relatam a necessidade do empoderamento das mães para amamentar ainda na sala de parto, respeitando suas particularidades e diversidades socioculturais, de modo que essas participem como sujeitos no ato de amamentar os seus bebês ainda na primeira hora de vida. Monteiro, Gomes e

Nakano (2006b) entendem que a mudança de atitude do profissional de saúde, com a integração e valorização do binômio mãe/bebê, pode facilitar a operacionalização do 4º passo da IHAC, de modo que esse seja realizado não apenas de forma mecanicista e fragmentada, mas com respeito e acolhimento.

Por outro lado, no senso comum prevalece o ideário de que as mães estejam prontas e desejosas por amamentarem os seus filhos, entretanto, esse desejo pode variar de mulher para mulher, a depender de circunstâncias físicas, emocionais, sociais e culturais (MONTEIRO, NAKANO e GOMES, 2006a). Um estudo qualitativo que avaliou a percepção de mulheres acerca do contato precoce e da amamentação em sala de parto mostrou que sentimentos de ambiguidade são verbalizados por elas acerca do tema. O estudo mostrou ainda que, apesar de um estranhamento inicial, a amamentação logo após o nascimento era aceita pelas mães e entendida como um componente da maternidade (MONTEIRO, GOMES e NAKANO, 2006b).

Outra questão que não pode ser esquecida é o processo de avaliação para a obtenção e manutenção do título de HAC. Os próprios avaliadores acreditam que os instrumentos utilizados são parcialmente confiáveis e que não são capazes de captar a realidade das instituições (OLIVEIRA e ESPÍRITO SANTO, 2013).

Diante do já exposto, acerca do cenário obstétrico brasileiro e da deficiência no que se refere ao cumprimento do 4º passo da IHAC em território nacional, apesar das evidências e políticas públicas voltadas para a melhoria da assistência perinatal, percebe-se que se faz necessário compreender melhor as dificuldades enfrentadas pelos serviços de saúde em implementar e manter o cumprimento dos passos da IHAC ao longo dos anos. É preciso ainda conhecer as estratégias que podem otimizar as mudanças de práticas e rotinas hospitalares, de modo que essas se adequem às recomendações do MS e às mais recentes evidências científicas que ratificam a importância da realização dos passos da IHAC para a saúde e bem-estar do binômio mãe-bebê.

A partir dessa constatação e tendo em vista a relevância da prática do 4º passo da IHAC no contexto da atenção à saúde da criança, o nosso objetivo por meio deste estudo foi verificar a efetividade de ações educativas junto a funcionários no aumento da prevalência de RN colocados em contato pele a pele com suas mães na primeira hora de vida. Porém, os nossos resultados mostraram que, após quatro meses da finalização das oficinas formativas e da apresentação de proposta de protocolo para implementação e sistematização da incorporação do contato pele a

pele precoce entre mãe e bebê no serviço estudado, não houve modificação do percentual de bebês que tiveram a oportunidade de vivenciar o 4º passo da IHAC da forma preconizada pela OMS e pelo MS, em relação ao período anterior à realização desses treinamentos.

Dessa forma, é posta em prova a eficiência dos processos formativos tradicionais, pautados em metodologias centradas no professor e meramente transmissivas em que o aluno/profissional é apenas um mero expectador, não sendo levadas em consideração as suas vivências e dificuldades práticas e diárias no processo de ensino-aprendizagem e na mudança de práxis.

Um estudo conduzido no Alto Egito, por Brimdyr et al. (2012), buscou avaliar o impacto de duas formas distintas de formação sobre a mudança de prática em relação à manutenção sustentada do contato pele a pele entre mães e bebês no período de pós-parto imediato. Foram estudados nove hospitais. Em sete deles, os funcionários receberam o treinamento tradicional da IHAC, proposto pela OMS/UNICEF. Em um hospital foi desenvolvido apenas o treinamento proposto pelos pesquisadores, denominado "*Practice, Reflection, Education and training, Combined with Ethnography for Sustainable Success*" (PRECESS), no qual se combina prática, reflexão, educação e formação, associado com etnografia para sucesso sustentável. Já em outro hospital foram combinadas ambas as metodologias. As três modalidades de treinamento ocorreram em cinco dias consecutivos. Após quatro meses da intervenção, foi realizada uma avaliação global da IHAC no Egito. Os pesquisadores verificaram que nos hospitais em que se realizou apenas o treinamento tradicional, os funcionários conseguiam responder acerca dos motivos e da importância pela qual se deve realizar o contato pele a pele precoce entre mãe e bebê, no entanto, essa prática não era observada no dia a dia dos serviços. Apenas nos dois hospitais que haviam recebido o modelo alternativo de treinamento (PRECESS), os funcionários estavam praticando o 4º passo da IHAC como padrão de atendimento, mesmo que nem sempre soubessem responder os porquês da importância e as evidências favoráveis acerca de tal conduta (BRIMDYR et al., 2012).

Outro estudo, realizado em Santiago no Chile e publicado em 1995, também buscou avaliar o impacto de ações educativas sobre o AM. Nesse estudo, foi realizado um treinamento intensivo em AM, durante três dias, com mais de 300 profissionais de saúde, além de estudantes, residentes e representantes do governo.

Esse treinamento, além de um pouco mais extenso do que o proposto pela IHAC, contemplava a oferta de conhecimentos atualizados sobre AM, incluindo os resultados de pesquisas da região, mas também a realização de oficinas, a fim de permitir o compartilhamento de experiências, aumentando a capacidade dos participantes de adquirir autoconfiança no desenvolvimento de programas e na prestação de apoio clínico às mulheres que amamentam. Meses depois, os pesquisadores enviaram questionários aos participantes dos treinamentos a fim de conhecer o impacto em suas instituições. Os resultados analisados revelaram aumentos em todas as práticas observadas em relação ao AM, bem como mudança de políticas em nível institucional, apesar de algumas das práticas recomendadas não terem sido bem implementadas. No entanto, não se pôde controlar o fato de que os entrevistados estavam cientes de que o questionário foi enviado para o mesmo grupo que havia realizado o treinamento, o que pode ter ocasionado alguma interferência nesses resultados (VALDES et al., 1995).

Por outro lado, um estudo conduzido em São Paulo, no sudeste do Brasil, e também publicado em 1995, corrobora com a recomendação da OMS no que se refere ao formato dos treinamentos de 18h em prol da IHAC, mostrando que as instituições analisadas introduziram alterações em suas rotinas que incentivavam a amamentação após a realização desses cursos com os seus funcionários. Contudo, as instituições analisadas não conseguiram realizar os “dez passos” da IHAC de forma plena. Os pesquisadores identificaram que a falta de coesão entre os vários domínios institucionais pode dificultar a implementação de programas de promoção ao AM. Verificaram ainda que a implementação do programa de AM não foi influenciada diretamente pelo setor administrativo, mas, o foi, indiretamente, por meio de suas políticas de distribuição, incluindo os recursos humanos (WESTPHAL et al., 1995).

Para Sekyia e Luz (2010, p. 1271),

[...] o comprometimento da alta administração constitui condição fundamental para o êxito da implantação da IHAC, uma vez que o processo como um todo demanda a liberação de recursos variados, o incentivo e, até mesmo, em certos casos, a imposição de parte de quem detinha o poder máximo na organização.

Ou seja, fica claro que os treinamentos educativos têm grande importância e relevância no processo de mudança de práxis em relação ao AM e cumprimento dos

dez passos para o sucesso do aleitamento nos HAC. No entanto, essas atividades educativas por si só não dão conta de superar as complexas formas de organização e de sistematização da assistência nas instituições hospitalares.

Em nosso estudo, por se tratar de uma pesquisa-ação, e pelo fato de a pesquisadora estar envolvida no contexto da instituição estudada, foi bastante valorizada a participação nesse processo de construção, a cooperação e interação de atores diversos, dos gestores locais e do próprio colegiado institucional da RC. Todavia, os conflitos internos e as dinâmicas de poder próprias do cenário estudado podem ter contribuído para o desfecho negativo.

Corroborando com essa ideia, Ceccim (2005, p. 165) afirma que:

as capacitações não se mostram eficazes para possibilitar a incorporação de novos conceitos e princípios às práticas estabelecidas - tanto de gestão, como de atenção e de controle social - por trabalharem de maneira descontextualizada e se basearem principalmente na transmissão de conhecimentos.

Mas, ressalta também que “a Educação Permanente em Saúde pode ser orientadora das iniciativas de desenvolvimento dos profissionais e das estratégias de transformação das práticas de saúde” (CECCIM, 2005, p. 165).

Sendo assim, outra questão relevante a ser debatida é o próprio processo de educação para adultos. Em nosso caso, o processo de educação para profissionais de saúde, muitos deles já inseridos no mercado de trabalho há anos e com práticas e crenças já bastante enraizadas. Talvez, por isso, seja tão difícil o processo de convencimento e mudança. Ora, mas se a mudança na assistência se faz necessária porque existem fartas evidências que apontam para tal, como sensibilizar esses profissionais para esse processo? E mais, como envolvê-los no processo de construção e reconstrução de uma nova práxis, visto que seria mais fácil e cômodo aos profissionais e gestores perpetuar antigos hábitos?

Para Pimenta e Ghedin (2002), o envolvimento do profissional nesse processo é ação política que exige compromisso com o coletivo; considerando teoria e prática como processos indissociáveis que têm limites políticos, institucionais, teóricos e metodológicos.

Sendo assim, para compreendermos a dimensão dessa discussão e implicação, precisamos estar cientes dos princípios do SUS, do que nos cabe enquanto profissionais desse sistema e a forma como fomos moldados nas rígidas

estruturas universitárias. A partir daí poderemos nos debruçar sobre os pilares da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e os seus desafios para os dias atuais.

De acordo com a constituição brasileira vigente, o SUS é norteado pelos princípios de universalidade, integralidade e equidade, além de ser de sua responsabilidade a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde e o incremento, na sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990). Tendo por base essa prerrogativa e buscando consolidar a reforma sanitária brasileira, é instituída a PNEPS, por meio da Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor saúde (BRASIL, 2004). A PNEPS foi alterada pela Portaria nº 1996, de 20 de agosto de 2007, que apresentou novas estratégias e diretrizes para a sua implementação.

De acordo com o MS,

a Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (BRASIL, 2009c, p. 20).

Dessa forma, a PNEPS tem o intuito de transformar as práticas pedagógicas e de saúde, contribuindo para o processo de desenvolvimento individual e coletivo dos profissionais da saúde (STROSCHEIN e ZOCCHÉ, 2012).

Diante disso, o manual do MS sobre a PNEPS deixa claro que é preciso reconhecer as limitações da capacitação, pois essa sofre influência de uma gama de fatores e condições institucionais, políticas, ideológicas e culturais, impondo assim limites ao processo de capacitação, sendo, portanto, de fundamental importância conhecer e identificar esses fatores para evitar desvios desnecessários e frequentes.

Alguns desses fatores são: simplificar o problema de educação pessoal a uma questão meramente técnica, sem a compreensão do contexto político institucional; pensar os processos educativos apenas como meio de alcançar um objetivo específico e não como parte de estratégia de mudança institucional; atuar por meio de projetos com começo e fim (BRASIL, 2009c).

De fato, a interface trabalho e educação comporta uma tensão conflituosa, com pluralidade de atores, singularidade de espaços, resistências, conflitos e lutas de poder (NIDECK e QUEIROZ, 2015). De modo que há uma grande expectativa de que a PNEPS consiga superar esses desafios e também o modelo disciplinar vivenciado nos espaços formativos tradicionais (NIDECK e QUEIROZ, 2015).

Ceccim (2005, p. 163) alerta para o fato de que

tradicionalmente, falamos da formação como se os trabalhadores pudessem ser administrados como um dos componentes de um espectro de recursos, e como se fosse possível apenas “prescrever” habilidades, comportamentos e perfis aos trabalhadores do setor para que as ações e os serviços sejam implementados com a qualidade desejada. As prescrições de trabalho, entretanto, não se traduzem em trabalho realizado/sob realização.

Longe de se prescrever uma resolutividade, uma finalidade pragmática, a educação na saúde precisa provocar inquietações no trabalhador, desinstalá-lo da área de conforto, torná-lo sujeito pensante de suas práticas (NIDECK e QUEIROZ, 2015).

Durante muito tempo, o olhar profissional se reduziu à doença, ao órgão acometido patologicamente, à aprendizagem estruturada nas intervenções técnicas, no arcabouço teórico, nos protocolos e consensos analíticos (NIDECK e QUEIROZ, 2015). Atualmente, são valorizadas as ações de promoção de saúde como, por exemplo, o AM e o contato pele a pele precoce entre mãe e bebê, além de terapias holísticas e práticas integrativas e complementares às intervenções já bem estabelecidas pelo modelo biomédico de assistência. Desse modo, os profissionais precisam reaprender a pensar o sentido de suas ações no que se refere à assistência à saúde. Mais que tratar ou curar, atualmente, necessita-se pensar em cuidar, acolher e fomentar saúde.

Ora, questionam Nideck e Queiroz (2015), se as práticas assistenciais de saúde exigem do profissional uma reconversão de seu olhar, por que as práticas

pedagógicas resistem ao *status quo* hegemônico? O importante seria ressignificar, apropriar-se de um novo olhar para o sujeito e para a coletividade rumo à desalienação na forma de cuidar e conceber saúde em toda a sua inteireza estética (NIDECK e QUEIROZ, 2015). Para Ceccim (2005), o predomínio da formação hospitalar e centrada nos aspectos biológicos e tecnológicos da assistência demandam ambiciosas iniciativas de transformação da formação de trabalhadores.

Outro foco importante na concepção da Educação Permanente em Saúde é a valorização do quadrilátero da formação: educação, prática, gestão e controle social. É essencial a coesão entre esses quatro pilares, além da reformulação do modo de pensar cada um deles.

Conforme pondera Ceccim (2005), é preciso: modificar a concepção de educação dos profissionais de saúde, da hegemônica tradicional (biologicista, mecanicista, centrada no professor e na transmissão) para uma concepção construtivista (interacionista, de problematização das práticas e dos saberes); construir novas práticas de saúde, tendo em vista os desafios da integralidade e da humanização, bem como da inclusão da participação dos usuários no planejamento terapêutico; analisar a gestão setorial e considerar a satisfação dos usuários em seus processos avaliativos; dar espaço aos movimentos sociais, possibilitando a construção de uma saúde que atenda às demandas sociais.

Desse modo, se um desses pilares é rejeitado em função de outro, certamente haverá desequilíbrio, contribuindo para a falta de êxito no processo de repensar a saúde de forma ampliada e de reconstruir a assistência com base nos anseios sociais atuais.

Nesse contexto, e para que possamos modificar práticas de gestão e de atenção, faz-se necessário dialogar com as práticas e concepções vigentes e problematizá-las, de modo a construir novos pactos de convivência e práticas que aproximem os serviços de saúde dos conceitos da atenção integral, humanizada e de qualidade, assegurando à área da formação, não mais um lugar secundário ou de retaguarda, mas um lugar central para sedimentação das políticas de saúde (CECCIM, 2005).

Tendo como base de discussão essas questões vislumbradas pela Educação Permanente em Saúde e a implicação de um quadrilátero estruturado no contexto de cada instituição de saúde, parece-nos razoável acreditar que outra possibilidade que pode ter contribuído para a falta de êxito das intervenções educativas em elevar o

percentual de cumprimento do 4º passo da IHAC no cenário estudado, tenha sido o próprio formato estrutural do espaço educativo mais engessado e transmissivo; desvinculado de um envolvimento mais amplo com a gestão e com os movimentos sociais representativos das mulheres - foco da assistência do serviço pesquisado.

Ou seja, os profissionais tiveram acesso às evidências científicas em relação ao tema abordado, conseguiram apreender conceitos e relevância do tema e até tiveram a oportunidade de fazer alguns questionamentos e sugestões, no entanto, essas discussões não conseguiram extrapolar as barreiras físicas do ambiente onde essas oficinas ocorreram. A problematização não se deu de forma ampla e aberta para o contexto do cotidiano desses trabalhadores, junto aos seus gestores diretos. De modo que os anseios, indagações e propostas dos trabalhadores envolvidos nesse projeto não puderam ser debatidos de forma ampla nem com a gestão, nem com as usuárias do serviço estudado. Além disso, os fluxos e rotinas sugeridos como forma de viabilizar o projeto não foram modificados/contemplados pela gestão.

Eis aqui um grande desafio: transcender essas barreiras institucionais e conseguir a implicação e envolvimento dos diversos atores que compõem o cenário avaliado, com respeito e autonomia de cada um dos envolvidos em prol de uma assistência de excelência. Precisamos repensar a formação técnica de nossos profissionais de saúde, mas, para além disso, é fundamental envolvê-los em discussões mais profundas do contexto onde estão inseridos, aproximando-os de gestores e usuários.

Concordamos com Ceccim (2005, p. 167) quando ele afirma que

a mudança na formação por si só ajuda, mas essa mudança como política se instaura em mais lugares, todos os do Quadrilátero, pois todos esses lugares estão conformados em acoplamento de captura da Educação Permanente em Saúde [...] É por isso que a Educação Permanente em Saúde é um desafio ambicioso e necessário.

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo objetivou observar o cumprimento do 4º passo da IHAC em maternidade já agraciada com o título HAC, a fim de discutir a sustentabilidade da iniciativa, bem como a efetividade dos treinamentos tradicionais propostos como pilares do PNIAM em âmbito mundial.

Para tal, foi adotada uma metodologia que permitisse a vivência da pesquisadora no cenário estudado, bem como a proposição de intervenção e posterior observação e quantificação das práticas assistenciais no que se refere ao AM na primeira hora de vida dos bebês no serviço escolhido. Dessa forma, os objetivos iniciais propostos foram alcançados e a metodologia utilizada (pesquisa-ação) se mostrou adequada para o estudo proposto.

A grande dificuldade encontrada pela pesquisadora, durante a realização das intervenções educativas, foi a participação dos profissionais de saúde que faziam parte do público-alvo, principalmente dos médicos, os quais registraram uma ínfima participação. Apesar dessa dificuldade também ter sido enfrentada em outros serviços e por outros pesquisadores, essa questão de fato pode ter prejudicado a proposição de mudança de práxis e o cumprimento do 4º passo da IHAC.

Concluimos com este estudo que o cumprimento do 4º passo da IHAC não é realizado da maneira preconizada, na maternidade avaliada, e que a realização sistemática desse passo da IHAC não sofreu impacto por meio de treinamentos tradicionais, preconizados pela própria iniciativa.

Portanto, é preciso rever os modelos vigentes de educação para os profissionais de saúde, tornando-os mais dinâmicos, propositivos e realistas aos espaços de trabalho e às dinâmicas de poder vivenciadas em cada instituição de saúde. Para tal, é preciso incorporar os conceitos e princípios da Educação Permanente em Saúde aos treinamentos e às discussões de equipe, permitindo que a realidade dos serviços seja problematizada de forma aberta e honesta, de forma a possibilitar a construção coletiva de novos modelos de atenção, centrados tanto nas evidências científicas como nas necessidades individuais de cada paciente.

A baixa prevalência de contato pele a pele na primeira hora de vida dos bebês, no entanto, parece ser reflexo também do modelo de assistência obstétrica brasileiro, em que ainda impera o excesso de intervenções e a submissão feminina.

Realizar contato pele a pele entre mãe e bebê logo após o nascimento; promover o AM na primeira hora de vida; garantir a presença de acompanhante de livre escolha da mulher durante todo o período de internamento para o parto; e permitir que a mulher participe ativamente, consciente e informada na decisão sobre a sua via de parto são condutas que vão de encontro a práticas hospitalares estabelecidas há décadas.

Portanto, há a necessidade de modificar práticas e culturas institucionais arraigadas, sendo esse, sem dúvida, um dos maiores entraves para a ampliação das boas práticas na atenção à saúde da mulher e da criança.

A organização dos serviços que prestam assistência ao parto, incluindo a participação ativa das mulheres assistidas, exige ousadia por parte dos gestores e profissionais de saúde em romperem com práticas enraizadas que não contribuem para a saúde dos bebês e de suas mães. A tarefa é difícil, mas imperativa, e a experiência de outros países mostra que é possível a reversão desse quadro.

Por fim, não podemos esquecer o fato de que avaliações sistemáticas e mais apuradas dos HAC são necessárias. Tais avaliações precisam contemplar de forma mais efetiva a qualidade da assistência, incorporando em suas análises a realidade e complexidade de cada cenário.

Sugerimos que outros estudos possam propor e avaliar novas metodologias de treinamentos em serviço, contemplando de forma ampliada não só as questões relacionadas diretamente ao AM, mas ainda, procurando incluir questões de gênero e obstétricas que certamente influenciam no desfecho neonatal.

## REFERÊNCIAS

ALA-HARJA, M.; HELGASON, S. Em direção às melhores práticas de avaliação. **Revista do Servidor Público**. Brasília, v. 1, n. 1, p. 5-60, out./dez. 2000.

ALIANÇA MUNDIAL PARA AÇÃO EM ALEITAMENTO MATERNO. **Breastfeeding it's your right: we protect, promote and support your right to breastfeed**. Penang: WABA, 2000. 6 p. Folder elaborado para World Breastfeeding Week. Disponível em: <<http://worldbreastfeedingweek.net/webpages/2000.html>>. Acesso em: 21 abr. 2014.

ARAÚJO, M. F. M.; OTTO, A. F. N.; SCHMITZ, B. A. S. Primeira avaliação do cumprimento dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” nos Hospitais Amigos da Criança do Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v. 3, n. 4, p. 411-419, out./dez. 2003.

ARAÚJO, M. F. M.; SCHMITZ, B. A. S. Doze anos de evolução da Iniciativa Hospital Amigo da Criança no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**. Washington, v. 22, n. 2, p. 91-99, ago. 2007.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério de classificação econômica**: Brasil. 2014. Disponível em: <<http://www.abep.org/criterio-brasil>>. Acesso em: 19 jun. 2014.

BARBOSA, G. P. et al. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1611-1620, nov./dez. 2003.

BARROS, F. C. et al. The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: findings from three Brazilian birth cohorts in 1982, 1993, and 2004. **The Lancet**, v. 365, n. 9462, p. 847-854, Mar. 2005.

BETRÁN, A. P. et al. Ecological study of effect of breastfeeding on infant mortality in Latin America. **British Medical Journal**, v. 323, n. 7308, p. 1-5, Aug. 2001.

BOCCOLINI, C. S. et al. Breastfeeding during the first hour of life and neonatal mortality. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v. 89, n. 2, p. 131-136, mar./abr. 2013.

\_\_\_\_\_. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 45, n. 1, p. 69-78, 2011.

\_\_\_\_\_. Fatores que interferem no tempo entre o nascimento e a primeira mamada. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2681-2694, nov. 2008.

BRANDÃO, I. C. A. et al. Análise da organização da rede de saúde da Paraíba a partir do modelo de regionalização. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 16, n. 3, p. 347-352, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal**. Série C: Projetos, Programas e Relatórios. Brasília, DF, 2009a. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa\\_prevalencia\\_aleitamento\\_materno.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf)>. Acesso em: 16 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 05 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Secretaria de Atenção à Saúde. DATASUS. **Estabelecimento de saúde**. [S.l.], 2001a. Disponível em: <[http://cnes.datasus.gov.br/Exibe\\_Ficha\\_Estabelecimento.asp?VCo\\_Unidade=2507502399644](http://cnes.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=2507502399644)>. Acesso em: 30 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. Módulo 1 - histórico e implementação. Série A: Normas e Manuais Técnicos. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa\\_hospital\\_amigo\\_crianca\\_modulo1.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa_hospital_amigo_crianca_modulo1.pdf)>. Acesso em: 13 set. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **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 equipes de maternidade. Série A: Normas e Manuais Técnicos. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Organização Mundial da Saúde. Brasília, DF, 2009b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa\\_hospital\\_amigo\\_crianca\\_modulo3.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa_hospital_amigo_crianca_modulo3.pdf)>. Acesso em: 13 set. 2014.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)>. Acesso em: 23 ago. 2014.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 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. 2005a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm)>. Acesso em: 29 jul. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. DATASUS: tecnologia da informação a serviço do SUS. **Nascidos vivos**: Paraíba. [S.l.], 2014a. Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvpb.def>>. Acesso em: 27 jul. 2015.

\_\_\_\_\_. **Objetivos de desenvolvimento do milênio**: relatório nacional de acompanhamento. Coordenação: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. Supervisão: Grupo Técnico para o acompanhamento dos objetivos de desenvolvimento do milênio. Brasília, DF, 2007a. Disponível em: <[http://www.pnud.org.br/docs/3\\_relatorionacionalacompanhamentoodm.pdf](http://www.pnud.org.br/docs/3_relatorionacionalacompanhamentoodm.pdf)>. Acesso em: 11 set. 2014.

\_\_\_\_\_. **Objetivos de desenvolvimento do milênio**: relatório nacional de acompanhamento. Coordenação: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. Supervisão: Grupo Técnico para o acompanhamento dos objetivos de desenvolvimento do milênio. Brasília, DF, 2014b. Disponível em: <[http://www.pnud.org.br/Docs/5\\_RelatorioNacionalAcompanhamentoODM.pdf](http://www.pnud.org.br/Docs/5_RelatorioNacionalAcompanhamentoODM.pdf)>. Acesso em: 11 set. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiras Obstetras. Brasília, DF, 2001b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf)>. Acesso em: 07 jul. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Série B: Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 9. Brasília, DF, 2009c. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_educacao\\_permanente\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf)>. Acesso em: 05 ago. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/54\\_Portaria\\_198\\_de\\_13\\_02\\_2004.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/54_Portaria_198_de_13_02_2004.pdf)>. Acesso em: 07 ago. 2014.

\_\_\_\_\_. 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). 2014c. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371\\_07\\_05\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html)>. Acesso em: 31 ago. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569, de 01 de junho de 2000**. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569\\_01\\_06\\_2000.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000.html)>. Acesso em: 22 ago. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014.** Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2014d. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153\\_22\\_05\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153_22_05_2014.html)>. Acesso em: 20 ago. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)>. Acesso em: 23 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.920, de 5 de setembro de 2013.** Institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1920\\_05\\_09\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1920_05_09_2013.html)>. Acesso em: 25 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007.** Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. 2007b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996\\_20\\_08\\_2007.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html)>. Acesso em: 19 jul. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2418, de 2 de dezembro de 2005.** Regulamenta, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS. 2005b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2418\\_02\\_12\\_2005.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2418_02_12_2005.html)>. Acesso em: 07 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.816, de 29 de maio de 1998.** Determina que no Programa de Digitação de Autorizações de Internação Hospitalar, SISAIH01, seja implantada crítica visando o pagamento do percentual máximo de cesarianas, em relação ao total de partos por hospital, na seguinte conformidade: limite de 40% - para o segundo semestre de 1998; limite de 37% - para o primeiro semestre de 1999; limite de 35% - para o segundo semestre de 1999; limite de 30% - para o primeiro semestre de 2000. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2816\\_29\\_05\\_1998.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2816_29_05_1998.html)>. Acesso em: 29 de set. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico**. Série A: Normas e Manuais Técnicos. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno 5. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_pre\\_natal\\_puerperio\\_3ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf)>. Acesso em: 23 jul. 2014.

BRIMDYR, K. et al. A realistic evaluation of two training programs on implementing skin-to-skin as a standard of care. **The Journal of Perinatal Education**, v. 21, n. 3, p. 149-157, 2012.

CALDEIRA, A. P.; GONÇALVES, E. Assessment of the impact of implementing the Baby-Friendly Hospital Initiative. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v. 83, n. 2, p. 127-132, 2007.

CAMINHA, M. F. C. et al. Aspectos históricos, científicos, socioeconômicos e institucionais do aleitamento materno. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v. 10, n. 1, p. 25-37, jan./mar. 2010.

CANDAU, V. M. et al. **Oficinas pedagógicas de direitos humanos**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

CARVALHAES, M. A. B. L.; CORRÊA, C. R. H. Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante aplicação de protocolo. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v. 79, n. 1, p. 13-20, jan./fev. 2003.

CAVALCANTI, P. C. S. et al. Um modelo lógico da rede cegonha. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1297-1316, out./dez. 2013.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.16, p.161-177, set.2004/fev.2005.

COUTINHO, S. B. et al. Impacto de treinamento baseado na Iniciativa Hospital Amigo da Criança sobre práticas relacionadas à amamentação no interior do Nordeste. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v. 81, n. 6, p. 471-477, 2005.

DIAS, M. A. B.; DESLANDES, S. F. Humanização da assistência ao parto no serviço público: reflexão sobre desafios profissionais nos caminhos de sua implementação. In: DESLANDES, S. F. (org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 351-366.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, jul./set. 2005.

DINIZ, S. C. G. et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S140-S153, 2014.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S101-S116, 2014.

D'ORSI, E. et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S154-S168, 2014.

EDMOND, K. M. et al. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. **Pediatrics**, v. 117, n. 3, p. e380-e386, Mar. 2006.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA. **Projeto Nascer no Brasil**: inquérito nacional sobre parto e nascimento. Quem somos. Manguinhos, [2014?]. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/quem-somos/>>. Acesso em: 22 mar. 2015.

ESCUDE, M. M. L.; VENANCIO, S. I.; PEREIRA, J. C. R. Estimativa de impacto da amamentação sobre a mortalidade infantil. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. 319-325, 2003.

ESTADOS UNIDOS. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Division of Nutrition, Physical Activity, and Obesity. **Breastfeeding**: report card. 2013. Disponível: <<http://www.cdc.gov/breastfeeding/pdf/2013breastfeedingreportcard.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2014.

FIGUEIREDO, M. A. C. et al. Metodologia de oficina pedagógica: uma experiência de extensão com crianças e adolescentes. **Revista Eletrônica Extensão Cidadã**, João Pessoa, v. 2, 2006. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/extensaocidada/article/view/1349/1022>>. Acesso em: 27 mar. 2014.

FIGUEREDO, S. F.; MATTAR, M. J. G.; ABRÃO, A. C. F. V. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: uma política de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 3, p. 459-463, 2012.

FRANCO, M. A. S. Pedagogia da pesquisa-ação. **Educação e Pesquisa**. São Paulo, v. 31, n. 3, p. 483-502, set./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n3/v25n3a22.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2014.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Committing to child survival**: a promise renewed. Progress Report 2013. New York: UNICEF, 2013. Disponível em: <[http://www.unicef.org/lac/Committing\\_to\\_Child\\_Survival\\_APR\\_9\\_Sept\\_2013.pdf](http://www.unicef.org/lac/Committing_to_Child_Survival_APR_9_Sept_2013.pdf)>. Acesso em: 11 Mar. 2014.

\_\_\_\_\_. Innocenti Research Centre. **Celebrating the innocenti declaration on the protection, promotion and support of breastfeeding**: past achievements, present challenges and the way forward for infant and young child feeding. Florence: UNICEF, 2005. Disponível em:

<[http://www.unicef.org/nutrition/files/Innocenti\\_plus15\\_BreastfeedingReport.pdf](http://www.unicef.org/nutrition/files/Innocenti_plus15_BreastfeedingReport.pdf)>. Acesso em: 04 Mar. 2014.

\_\_\_\_\_. **The Baby-Friendly Hospital Initiative**. [S.l., 2014?], UNICEF. Disponível em: <<http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/baby.htm>>. Acesso em: 03 Mar. 2014.

GOLDENBERG, P. **Repensando a desnutrição como questão social**. 2. ed. Campinas: Cortez/Unicamp. 1989.

GRITTEM, L.; MÉIER, M. J.; ZAGONEL, I. P. S. Pesquisa-ação: uma alternativa metodológica para pesquisa em enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 765-770, out./dez. 2008.

HAIDER, R, et al. Training peer counselors to promote and support exclusive breastfeeding in Bangladesh. **Journal of Human Lactation**: official journal of International Lactation Consultant Association, v. 18, n. 1, p. 7-12, Feb. 2002.

HANSEN, A. K. et al. Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: cohort study. **British Medical Journal**, v. 336, n. 7635, p. 85-87, Jan. 2008.

HEALTH AND SOCIAL CARE INFORMATION CENTRE. Hospital Episode Statistics. **NHS maternity statistics: 2011-12**. Summary Report. London, 2012. Disponível em: <<http://www.hscic.gov.uk/catalogue/PUB09202/nhs-mate-eng-2011-2012-rep.pdf>>. Acesso em: 28 jun. 2014.

HORTA, B. L. et al. **Evidence on the long-term effects of breastfeeding**: systematic reviews and meta-analyses. Geneva: World Health Organization, 2007.

HUFFMAN, S. L.; ZEHNER, E. R.; VICTORA, C. Can improvements in breastfeeding practices reduce neonatal mortality in developing countries? **Midwifery**, v. 17, n. 2, p. 80-92, Jun. 2001.

JESUS, D. M.; VIEIRA, A. B.; EFFGEN, A. P. S. Pesquisa-ação colaborativo-crítica: em busca de uma epistemologia. **Educação & Realidade**. Porto Alegre, v. 39, n. 3, p. 771-788, jul./set. 2014.

KRAMER, M. S. et al. Promotion of breastfeeding intervention trial (probit): a randomized trial in the Republic of Belarus. **Journal of the American Medical Association**, v. 285, n. 4, p. 413-420, Jan. 2001.

LABBOK, M. Breastfeeding and Baby-Friendly Hospital Initiative: more important and with more evidence than ever. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v. 83, n. 2, p. 99-101, 2007.

LAMBERTI, L. M. et al. Breastfeeding and the risk for diarrhea morbidity and mortality. **BioMed Central: Public Health**, n. 11, supl. 3, p. S3-S15, Apr. 2011.

LAMOUNIER, J. A. Experiência Iniciativa Hospital Amigo da Criança. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 44, n. 4, p. 319-324, out./dez. 1998.

LAMOUNIER, J. A. et al. Iniciativa Hospital Amigo da Criança, mais de uma década no Brasil: repensando o futuro. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 26, n. 2, p. 161-169, 2008.

LEAL, M. C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S17-S47, 2014a.

\_\_\_\_\_. **Nascer no Brasil**: inquérito sobre parto e nascimento. Sumário Executivo Temático da Pesquisa. [S.l.], 2014b. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2014.

LUTTER, C. et al. The effectiveness of a hospital-based program to promote exclusive breast-feeding among low-income women in Brazil. **American Journal of Public Health**, v. 87, n. 4, p. 659-663, Apr. 1997.

MCCRORY, C.; MURRAY, A. The effect of breastfeeding on neuro-development in infancy. **Maternal and Child Health Journal**, v. 17, n. 9, p. 1680-1688, Nov. 2013.

MCKEEVER, J., FLEUR, R. S. T. Overcoming barriers to baby-friendly status: one hospital's experience. **Journal of Human Lactation**: official journal of International Lactation Consultant Association, v. 28, n. 3, p. 312-214, Aug. 2012.

MERCER, J. S. et al. Evidence-based practices for the fetal to newborn transition. **Journal of Midwifery & Women's Health**, v. 52, n. 3, p. 262-272, May/Jun. 2007.

MERTEN, S.; DRATVA, J.; ACKERMANN-LIEBRICH, U. Do baby-friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level? **Pediatrics**, v. 116, n. 5, p. e702-e708, Nov. 2005.

MONTEIRO, J. C. S.; NAKANO, A. M. S.; GOMES, F. A. Amamentação precoce na primeira meia hora de vida da criança. **Revista Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 202-207, abr./jun. 2006a.

\_\_\_\_\_. Percepção das mulheres acerca do contato precoce e da amamentação em sala de parto. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 427-432, out./dez. 2006b.

MOORE, E. R.; ANDERSON, G. C.; BERGMAN, N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 18, n. 3, p. 1-40, July. 2007. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003519.pub2/pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2014.

MOORE, E. R. et al. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Review). **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 5, p. 1-109,

May. 2012. Disponível em:

<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003519.pub3/pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2014.

MOREIRA, M. E. L. et al. Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S128-S139, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0128.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2015.

MORHASON-BELLO, I. O.; ADEDOKUN, B. O.; OJENGBEDE, O. A. Social support during childbirth as a catalyst for early breastfeeding initiation for first-time Nigerian mothers. **International Breastfeeding Journal** [electronic resource], v. 4, n. 16, p. 1-7, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2799385/pdf/1746-4358-4-16.pdf>>. Acesso em: 22. jan. 2015.

NIDECK, R. L. P.; QUEIROZ, P. P. Perspectivas para o ensino na saúde: do 'apagão educacional' à política de educação permanente. **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 159-179, jan./abr. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462015000100159](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462015000100159)>. Acesso em: 12 fev. 2015.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2012-2020, 2009.

OKOLO, S. N.; OGBONNA, C. Knowledge, attitude and practice of health worker in Keffi local government hospitals regarding Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI) practices. **European Journal of Clinical Nutrition**, v. 56, n. 5, p. 438-441, May. 2002.

OLIVEIRA, L. S.; ESPÍRITO SANTO, A. C. G. O processo de avaliação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança sob o olhar dos avaliadores. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v. 13, n. 4, p. 297-307, out./dez., 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Organização Panamericana de Saúde. **Evidências científicas sobre os dez passos para o sucesso do aleitamento materno**. Brasília: OMS/OPAS, 2001a.

\_\_\_\_\_. Department of Nutrition for Health and Development Department of Child and Adolescent Health and Development. **The optimal duration of exclusive breastfeeding**: report of an expert consultation. Geneva: WHO, 2001b. Disponível em: <[http://www.who.int/nutrition/publications/optimal\\_duration\\_of\\_exc\\_bfeeding\\_report\\_eng.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/optimal_duration_of_exc_bfeeding_report_eng.pdf)>. Acesso em: 28 mar. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Innocenti Declaration**: on the protection, promotion and support of breastfeeding. Florence: WHO/UNICEF, 1990. Disponível em:

<[http://www.who.int/about/agenda/health\\_development/events/innocenti\\_declaration\\_1990.pdf](http://www.who.int/about/agenda/health_development/events/innocenti_declaration_1990.pdf)>. Acesso em: 26 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. **Protecting, promoting and supporting breast-feeding: the special role of maternity services.** Geneva: WHO/UNICEF, 1989. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39679/1/9241561300.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2014.

ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO. **Health at a glance 2011: OECD indicators.** Paris: OECD Publishing, 2011. Disponível em: <<http://www.oecd.org/els/health-systems/49105858.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2014.

PALMER, G. **The politics of breastfeeding.** 4. ed. London: Pandor Press, 1993.

PARAÍBA. Lei Complementar nº 116, de 21 de janeiro de 2013. Institui a região metropolitana do Vale do Mamanguape com sede na cidade de Mamanguape e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado**, João Pessoa, PB, nº 15.143, p. 1, 22 de jan. 2013.

Disponível em: <<http://static.paraiba.pb.gov.br/2013/01/Di%C3%A1rio-Oficial-22-01-2013.pdf>>. Acesso em: 09 jul. 2014.

\_\_\_\_\_. Lei Complementar nº 93, de 11 de dezembro de 2009. Dá nova redação ao Art. 1º da Lei Complementar nº 59, de 30 de dezembro de 2003, e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado**, João Pessoa, PB, nº 14257, p. 1, 13 dez. 2009. Disponível em: <<http://www.paraiba.pb.gov.br/diario-oficial-13-12-2009/>>. Acesso em: 09 jul. 2014.

PEREIRA, C. R. V. R. et al. Avaliação de fatores que interferem na amamentação na primeira hora de vida. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 16, n. 2, p. 525-534, 2013.

PEZZATO, L. M.; L'ABBATE, S. Uma pesquisa-ação-intervenção em saúde bucal coletiva: contribuindo para a produção de novas análises. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 21, n. 2, p. 386-398, 2012.

PIMENTA, S. G. Pesquisa-ação crítico colaborativa: construindo seu significado a partir de experiências com a formação de docentes. **Educação e Pesquisa**. São Paulo, v. 31, n. 3, p. 521-539, set./dez. 2005.

PIMENTA, S. G.; GHEDIN, E. (Org.). **O professor reflexivo no Brasil: gênese e crítica de um conceito.** São Paulo: Cortez, 2002.

POTTER, E. J. et al. Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study. **British Medical Journal**, v. 323, n. 7322, p. 1155-1158, Nov. 2001.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v.13, supl.1, p. 759-768, 2009.

REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO. **Carta de Campinas** - Ato de fundação da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento - ReHuNa. Campinas: ReHuNa, 1993. Disponível em: <<http://www.ongamigasdoparto.com/2011/05/carta-de-campinas-ato-de-fundacao-da.html>>. Acesso em: 20 mar. 2014.

SCHANLER, R. J.; O'CONNOR, K. G.; LAWRENCE, R. A. Pediatricians' practices and attitudes regarding breastfeeding promotion. **Pediatrics**, v. 103, n. 3, p. E35, Mar. 1999.

SCHMIED, V. et al. Ten steps or climbing a mountain: a study of Australian health professionals' perceptions of implementing the baby friendly health initiative to protect, promote and support breastfeeding. **BioMed Central: Health Services Research**, v. 11, n. 208, p. 1-10, 2011.

SEKYIA, S. R.; LUZ, T. R. Mudança organizacional: implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1263-1273, 2010.

SILVEIRA, R. B.; ALBERNAZ, E.; ZUCCHETO, L. M. Fatores associados ao início da amamentação em uma cidade do sul do Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v. 8, n. 1, p. 35-43, jan./mar. 2008.

SOUZA, J. P. et al. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. **BioMed Central: Medicine**, v. 8, n. 71, p. 1-10, nov. 2010.

SOUZA, J. P.; PILEGGI-CASTRO, C. Sobre o parto e o nascer: a importância da prevenção quaternária. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S11-S13, 2014.

STROSCHEIN, K. A.; ZOCHE, D. A. A. Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 505-519, nov.2011/fev.2012.

TOMA, T. S.; MONTEIRO, C. A. Avaliação da promoção do aleitamento materno nas maternidades públicas e privadas do município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 35, n. 5, p. 409-414, 2001.

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, supl. 2, p. S235-S246, 2008.

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e Pesquisa**. São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, set./dez. 2005.

UVNÄS-MOBERG, K. Oxytocin may mediate the benefits of positive social interactions and emotions. **Psychoneuroendocrinology**, v. 23, n. 8, p. 819-835, Nov. 1998.

VALDÉS, V. et al. The effects on professional practices of a three-day course on breastfeeding. **Journal of human lactation**: official journal of International Lactation Consultant Association, v. 11, n. 3, p. 185-190, 1995.

VASCONCELLOS, M. T. L. et al. Desenho da amostra Nascer no Brasil: pesquisa nacional sobre parto e nascimento. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S49-S58, 2014.

VENANCIO, S. I. Dificuldades para o estabelecimento da amamentação: o papel das práticas assistenciais das maternidades. **Jornal de Pediatria**. Porto Alegre, v. 79, n. 1, jan./fev. 2003.

VENANCIO, S. I. et al. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços. **Jornal de Pediatria**. Porto Alegre, v. 86, n. 4, p. 317-324, jul./ago. 2010.

\_\_\_\_\_. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 36, n. 3, p. 313-318, 2002.

VICTORA, C. G. et al. Evidence for protection by breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. **The Lancet**, v. 2, n. 8554, p 319-322, Aug. 1987.

\_\_\_\_\_. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9780, p. 1863-1876, May. 2011.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S85-S100, 2014.

VILLAR, J. et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. **British Medical Journal**, v. 335, n. 1025, p.1-11, Nov. 2007.

WESTPHAL, M. F. et al. Breast-feeding training for health professionals and resultant institutional changes. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 73, n. 4, p. 461-468, 1995.

WOOLRIDGE, M. W. The 'anatomy' of infant sucking. **Midwifery**, v. 2, n. 4, p. 164-171, 1986.

## APÊNDICE A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
LAURO WANDERLEY/UFPB



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** FORTALECENDO A PRÁTICA DE ALEITAMENTO MATERNO EM SALA DE PARTO DE UMA MATERNIDADE PÚBLICA MUNICIPAL AMIGA DA CRIANÇA DE JOÃO PESSOA-PB: um estudo de intervenção

**Pesquisador:** Ádila Roberta Rocha Sampaio

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 26156813.1.0000.5183

**Instituição Proponente:** Hospital Universitário Lauro Wanderley

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 508.904

**Data da Relatoria:** 17/12/2013

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de intervenção, quantitativo e exploratório, no qual os dados serão coletados através de entrevista, por meio de questionário estruturado, no Alojamento Conjunto do INSTITUTO CÂNDIDA VARGAS, a todas as mulheres que desejarem participar da pesquisa, após receberem as informações e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Durante o intervalo entre as coletas dos dados, será realizada ação de intervenção educativa com os profissionais da maternidade. Para análise dos dados, serão utilizados os programas SPSS versão 20.0 e Epidata. Pesquisadoras: ÁDILA ROBERTA ROCHA SAMPAIO, Profª Dra Aylene Bousquat (Orientadora) e Profª Dra Valdevez Araújo de Lima Ramos (coorientadora).

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:**

Verificar a efetividade de ações educativas propostas pela IHAC para treinamento de funcionários no aumento da prevalência de recém-nascidos colocados em contato pele-a-pele com suas mães na primeira hora de vida.

**Objetivo Secundário:**

Identificar o percentual de RN colocados ao seio na primeira hora de vida em um Hospital Amigo

**Endereço:** HULW-4º andar - Campus I - UFPB

**Bairro:** Cidade Universitária

**CEP:** 58.059-900

**UF:** PB

**Município:**

**Telefone:** (833)216--7302

**Fax:** (833)216--7522

**E-mail:** iaponiracortez@yahoo.com.br; cephulw@hotmail.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
LAURO WANDERLEY/UFPB



Continuação do Parecer: 508.904

da Criança antes de treinamento da equipe de funcionários. Realizar atividades educativas junto aos profissionais de saúde de Maternidade Pública, tendo como foco o fortalecimento do quarto passo da IHAC.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Os riscos são mínimos, porém poderá ocorrer a possibilidade de causar incômodo à entrevistada ou negação de não participar da pesquisa. Neste sentido a pesquisadora observará todos os requisitos da Resolução 466/12.

Benefícios:

Possível impacto positivo na atenção destinada à puérpera e ao recém-nascido, no que tange ao aleitamento materno.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto se encontra bem instruído e permite uma adequada avaliação dos seus aspectos éticos concernente à pesquisa envolvendo seres humanos (conforme a Resolução 466/12 do CNS).

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados (Carta de anuência, TCLE, projeto completo) possibilitando uma adequada avaliação nos seus aspectos éticos e metodológicos.

**Recomendações:**

Garantir que os benefícios resultantes do projeto retornem aos participantes da pesquisa, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Favorável ao desenvolvimento da investigação.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Protocolo de pesquisa APROVADO pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos do Hospital Universitário Lauro Wanderley-CEP-HULW, em Reunião Ordinária realizada no dia 17 de dezembro de 2013.

A pesquisa deverá ser iniciada mediante o recebimento deste parecer consubstanciado assinado. Para fins de comprovação e efeitos legais, solicitamos ao pesquisador comparecer ao CEP-HULW,

**Endereço:** HULW-4º andar - Campus I - UFPB

**Bairro:** Cidade Universitária

**CEP:** 58.059-900

**UF:** PB

**Município:**

**Telefone:** (833)216--7302

**Fax:** (833)216--7522

**E-mail:** iaponiracortez@yahoo.com.br; cephulw@hotmail.

## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado, esta pesquisa intitula-se “Fortalecendo a prática de aleitamento materno nas salas de parto de maternidade pública municipal amiga da criança de João Pessoa - PB. Um estudo de intervenção” e será desenvolvida pela pesquisadora Ádila Roberta Rocha Sampaio, sob a orientação das Professoras Aylene Bousquat e Valderez Araújo.

O estudo tem como finalidade avaliar se treinamentos educativos realizados com os profissionais de saúde da maternidade influenciam na quantidade de bebês que são colocados em contato pele-a-pele com suas mães, assim que nascem.

Essa pesquisa permitirá refletir sobre a questão do aleitamento materno precoce e pode ajudar na construção da atenção integral à saúde da mulher e da criança. Para isso, pedimos a sua colaboração para responder o questionário em anexo. Solicitamos também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos científicos e publicar em revista da área de saúde. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido no anonimato, bem como os dados confidenciais.

Este trabalho não apresenta nenhum risco previsível para você. A sua participação no estudo é voluntária e, portanto, você não é obrigada a colaborar. Caso resolva não participar da pesquisa, ou desistir em qualquer fase do trabalho, você não sofrerá nenhum prejuízo.

A pesquisadora estará à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Telefone para contato: (83) 8735-1965. Você pode também contatar o Comitê de Ética do Hospital Universitário Lauro Wanderley, pelo e-mail [comitedeetica@hulw.ufpb.br](mailto:comitedeetica@hulw.ufpb.br) ou pelo telefone (83) 3216-7964.

Diante dos esclarecimentos apresentados, aceito participar do estudo proposto, bem como autorizo a divulgação dos resultados por meio de eventos e periódicos da área.



Impressão dactiloscópica

João Pessoa, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura do participante da pesquisa

---

Assinatura da pesquisadora Responsável

---

Assinatura da Entrevistadora

### APÊNDICE C - TERMO DE ASSENTIMENTO DO MENOR

Eu aceito participar da pesquisa “Fortalecendo a prática de aleitamento materno nas salas de parto de maternidade pública municipal amiga da criança de João Pessoa - PB. Um estudo de intervenção” que será desenvolvida pela pesquisadora Ádila Roberta Rocha Sampaio, sob a orientação das Professoras Aylene Bousquat e Valderéz Araújo, uma vez que a pesquisadora responsável já falou com os meus responsáveis e ela também já me falou sobre o trabalho dela e a maneira como eu vou participar: respondendo a perguntas de um questionário que falam sobre o meu parto, pré-natal e sobre condições sociais da minha família. Ela tirou as minhas dúvidas e falou que eu posso desistir de participar da pesquisa a qualquer momento e que ela não vai ficar chateada e que eu vou receber uma cópia deste documento. A pesquisadora disse também que estará à minha disposição para qualquer esclarecimento que eu considere necessário em qualquer etapa da pesquisa, através do telefone (83) 8735-1965. Eu posso também contatar o Comitê de Ética do Hospital Universitário Lauro Wanderley, pelo e-mail [comitedeetica@hulw.ufpb.br](mailto:comitedeetica@hulw.ufpb.br) ou pelo telefone (83) 3216-7964. João Pessoa, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Impressão dactiloscópica




---

Assinatura do menor / responsável legal

---

Assinatura da pesquisadora Responsável

---

Assinatura da Entrevistadora

## APÊNDICE D - FICHA DE PESQUISA

Notificação dos participantes da pesquisa: **“Fortalecendo a prática de aleitamento materno em sala de parto de maternidade pública municipal amiga da criança de João Pessoa - PB. Um estudo de intervenção”**.

Pesquisadora Responsável: Ádila Sampaio / Auxiliares de Pesquisa: Sylmara Barbosa; Izabel Cunha; Bruna Grasielle.

	Nome	Data e hora do parto	Prontuário	Alojamento Conjunto/ Enfermaria/ Leito	Tipo de parto	Critério para exclusão
1						
2						
3						

### **Códigos dos Critérios para exclusão do participante na pesquisa:**

1. Recusa à participação na pesquisa;
2. Recém-nascidos (RN) com muito baixo peso ao nascer (peso ao nascer inferior a 1.500g);
3. RN com idade gestacional, avaliado pelo método de Capurro, menor que 34 semanas;
4. RN com Boletim de Apgar, no quinto (5º) minuto abaixo de 7;
5. RN cujo destino imediato tenha sido a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal;
6. Óbito neonatal precoce (até o sétimo dia de vida);
7. Puérperas com teste rápido reagente para HIV ou sorologia anti-HIV positiva registrada em prontuário;
8. Puérperas cujo destino imediato tenha sido a Unidade de Terapia Intensiva;
9. Óbito materno.

## APÊNDICE E - QUESTIONÁRIO

**Os dados do cabeçalho serão coletados diretamente no prontuário:**

Nome: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Prontuário N°: \_\_\_\_\_ Procedência:  
 \_\_\_\_\_

Tipo de Parto: ( 1 ) Vaginal ( 2 ) Cesáreo ( 3 ) Fórceps

**Entrevistadora diga: Para começar vamos fazer algumas perguntas sobre você.**

1. Qual dessas você  
 considera a sua cor? **(Ler todas as opções)**
- (1) branca
  - (2) preta
  - (3) parda
  - (4) amarela
  - (5) indígena
2. Você tem religião? (1) Sim (2) Não
- 2a) Se sim, qual?
- (1) católica
  - (2) evangélica
  - (3) judaica/ hebraica
  - (4) protestante
  - (5) espírita
  - (6) testemunha de Jeová
  - (7) \_\_\_\_\_

**Entrevistadora diga: Agora vou falar algumas coisas que as pessoas podem ter em casa. Gostaria que você me dissesse se você tem e em qual quantidade.**

3. Você possui estes itens em sua casa?	Quantidade de itens				
	0	1	2	3	4 ou +
a) Banheiros	0	3	7	10	14

b) Empregados domésticos	0	3	7	10	13
c) Automóveis	0	3	5	8	11
d) Microcomputador	0	3	6	8	11
e) Lava louça	0	3	6	6	6
f) Geladeira	0	2	3	5	5
g) Freezer (independente)	0	2	4	6	6
h) Lava roupa	0	2	4	6	6
h) DVD	0	1	3	4	6
i) Microondas	0	2	4	4	4
j) Motocicleta	0	1	3	3	3
k) Secadora de Roupa	0	2	2	2	2
4. Quem você considera chefe da família?					
5. Até que ano o chefe da família estudou?					
(1) Analfabeto/Primário incompleto/ Fundamental I incompleto	0				
(2) Primário completo/ Fundamental I completo / Ginásial incompleto/ Fundamental II incompleto	1				
(3) Ginásial completo/Fundamental II completo / Colegial incompleto / Médio incompleto	2				
(4) Colegial completo/ Médio completo / Superior incompleto	4				
(5) Superior completo	7				
6. Existe água encanada na sua casa?	Não	0	Sim	4	
7. A sua rua é pavimentada (asfalto ou calçamento)?	Não	0	Sim	2	
<b>CCEB Total de Pontos:</b>					
6. Qual a sua situação conjugal? (Leia todas as opções)	(1) solteira	(2) casada	(3) União Estável		
	(4) divorciada / separada	(5) viúva			
7. Você tem outros filhos além deste que nasceu?	(1) Sim		(2) Não		
7a. Quantos?	(1) 01	(2) 02	(3) 03	(4) 04	

**Entrevistadora diga: agora vamos falar dessa gestação.**

8. Você realizou pré-natal? ( 1 ) Sim ( 2 ) Não
9. Se sim, quantas consultas você realizou? \_\_\_\_\_
10. Onde você realizou o pré-natal?  
( 1 ) UBS ( 2 ) Centro de referência ( 3 ) Consultório Particular
11. Durante o seu pré-natal conversaram com você sobre a importância do *aleitamento materno*?  
( 1 ) Sim ( 2 ) Não ( 3 ) Não precisei, pois já amamenteei outros filhos antes.
12. Durante o seu pré-natal, você recebeu alguma orientação sobre amamentar o seu bebê na primeira hora de vida dele? ( 1 ) Sim ( 2 ) Não
13. Você recebeu o seu filho no colo (em contato pele-a-pele) nos primeiros 30 minutos após o nascimento dele? ( 1 ) Sim ( 2 ) Não ( 2 ) Não quis
14. Se sim, por quanto tempo você ficou com o seu filho no colo?  
(1) < 30min (2) > ou igual a 30min (3) Até o bebê realizar a primeira mamada (4) Não lembro
15. Quem levou o seu bebê para a senhora, logo que ele nasceu?  
( 1 ) Pediatra ( 2 ) Obstetra ( 3 ) Enfermeira ( 4 ) Técnica de enfermagem  
( 5 ) Fisioterapeuta ( 6 ) Fonoaudiólogo ( 7 ) Psicólogo ( 8 ) Doula  
( 9 ) Estudante ( 10 ) Seu / sua acompanhante ( 11 ) Não sabe

**APÊNDICE F - CRONOGRAMA DE REALIZAÇÃO DAS OFICINAS  
“PROMOVENDO O ALEITAMENTO MATERNO PRECOCE”**

Fevereiro 2014:

1. 25/02/14 às 15h (terça-feira)

Março 2014:

2. 06/03/14 às 19:30h (quinta-feira)
3. 18/03/14 às 19:30h

Abril 2014:

4. 07/04/14 às 15h (segunda-feira)
5. 12/04/14 às 9h (sábado)
6. 23/04/14 às 9h (quarta-feira)
7. 30/04/14 às 15h (quarta-feira)

Mai 2014:

8. 08/05/14 às 15h (quinta-feira)
9. 16/05/14 às 15h (sexta-feira)
10. 19/05/14 às 9h (segunda-feira)
11. 20/05/14 às 15h (terça-feira)
12. 28/05/14 às 19:30h (quarta-feira)

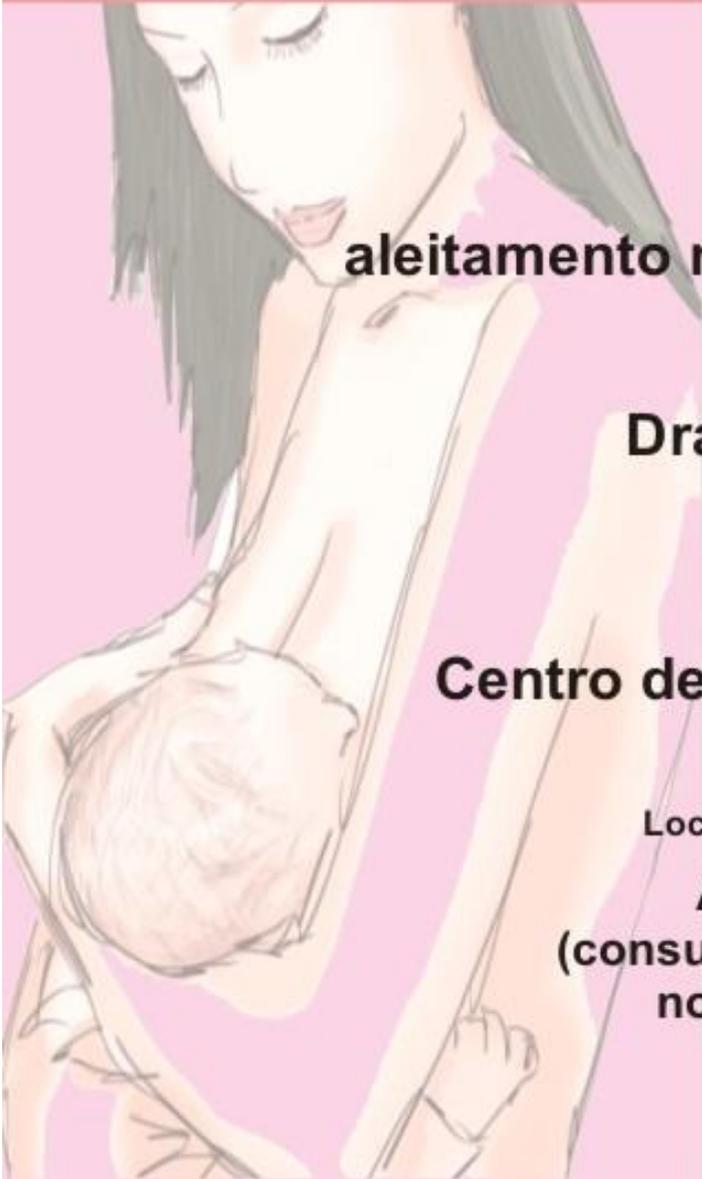
**APÊNDICE G - CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO NAS OFICINAS**

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA  
INSTITUTO CÂNDIDA VARGAS



# Convite

*O Instituto Cândida Vargas convida todos os seus colaboradores para participarem da atividade abaixo detalhada:*



Oficina:  
**Promovendo o aleitamento materno precoce**

Facilitadoras:  
**Dra. Ádila Sampaio e Raquel Torres**

Inscrições:  
**Centro de Estudos do ICV**

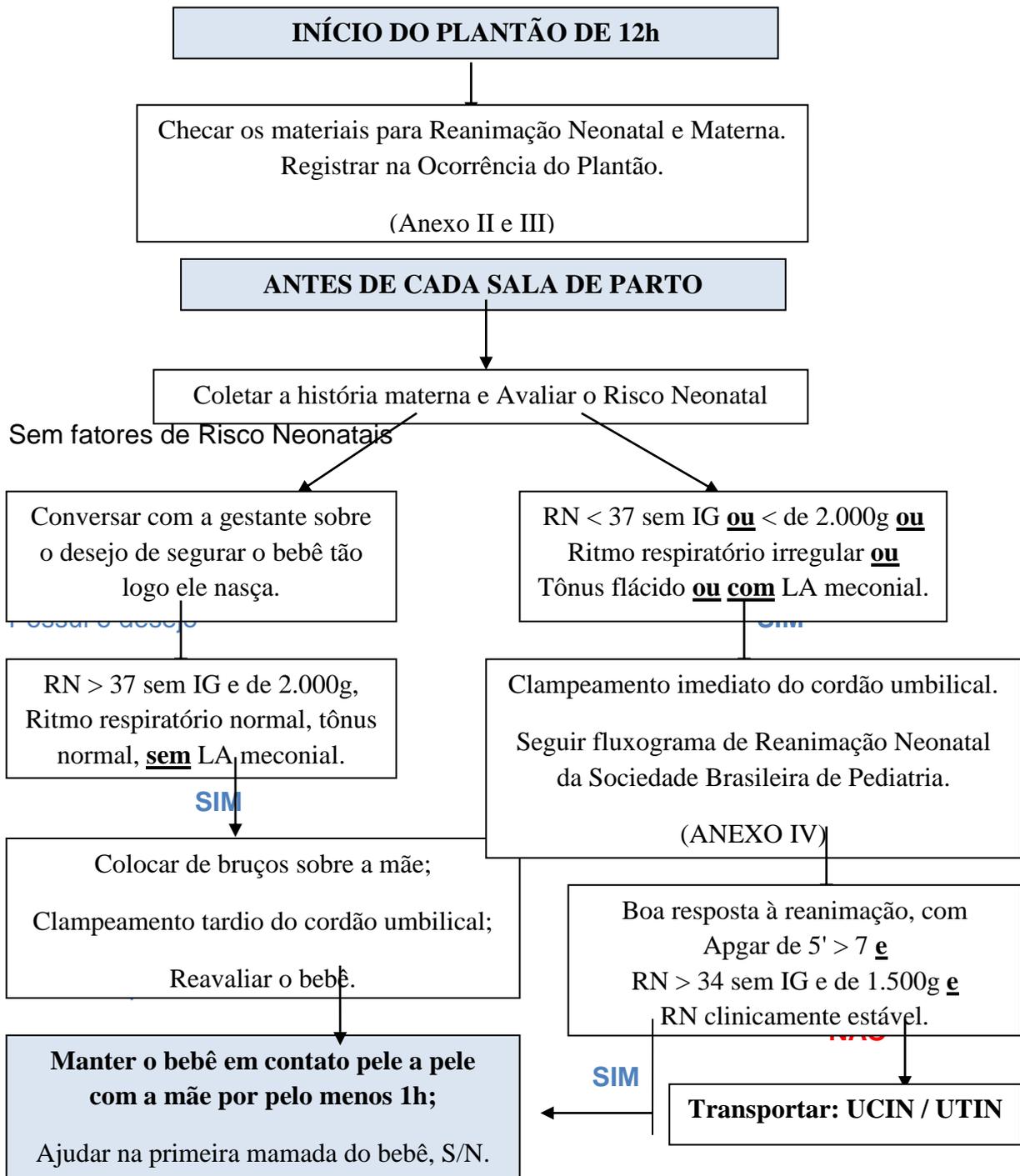
Local de realização da Oficina:  
**Auditório do ICV**  
(consultar datas e horários no Centro de Estudos)

**APÊNDICE H - FICHA DE INSCRIÇÃO PARA AS OFICINAS  
“PROMOVENDO O ALEITAMENTO MATERNO PRECOCE”**

DATA:

Nº	NOME	SETOR	TELEFONE	E-MAIL
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				

**APÊNDICE I - FLUXOGRAMA**  
**PROTOCOLO PARA REALIZAÇÃO DE CONTATO PELE A PELE PRECOCE EM**  
**SALA DE PARTO**



**ANEXO A - PORTARIA 1.459/2011**

Ministério da Saúde  
Gabinete do Ministro

PORTARIA Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011

***Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.***

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005, que garante as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do SUS;

Considerando a Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e à vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS;

Considerando que os indicadores de mortalidade materna e infantil no Brasil ainda são elevados, principalmente em relação aos países mais desenvolvidos;

Considerando o compromisso internacional assumido pelo Brasil de cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, em especial as metas quatro e cinco;

Considerando a Portaria nº 569/GM/MS, de 01 de junho de 2000 que institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, e nº 699, de 30 de março de 2006, que, respectivamente, “aprova as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde” e “regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão”;

Considerando as prioridades, os objetivos e as metas do Pacto pela Vida, definidos pela Portaria nº 2669/GM/MS, de 03 de novembro de 2009, entre os quais está a redução da mortalidade materna e infantil;

Considerando o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, lançado em 08 de março de 2004, que visa monitorar a implementação de ações de proteção à saúde da criança e da mulher;

Considerando os compromissos firmados no Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e na Amazônia Legal, no âmbito do Compromisso para Acelerar a Redução da Desigualdade na Região Nordeste e na Amazônia Legal lançado pela Presidência da República em 2009;

Considerando a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção a Saúde no âmbito do SUS;

Considerando a reunião de pactuação na CIT ocorrida em 28 de abril de 2011;

Considerando a necessidade de adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança, resolve:

Art. 1º A Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, denominada Rede Cegonha.

Art. 2º A Rede Cegonha tem como princípios:

I - o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos;

II - o respeito à diversidade cultural, étnica e racial;

III - a promoção da equidade;

IV - o enfoque de gênero;

V - a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes;

VI - a participação e a mobilização social; e

VII - a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados.

Art. 3º São objetivos da Rede Cegonha:

I - fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses;

II - organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e

III - reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

Art. 4º A Rede Cegonha deve ser organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil para a população de determinado território, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, do sistema de apoio, do sistema logístico e da governança da rede de atenção à saúde em consonância com a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 2010, a partir das seguintes diretrizes:

I - garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal;

II - garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro;

III - garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento;

IV - garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade; e

V - garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo.

Art. 5º A Rede Cegonha deve ser implementada, gradativamente, em todo território nacional respeitando-se critérios epidemiológicos, tais como taxa de mortalidade infantil, razão de mortalidade materna e densidade populacional.

Art. 6º A Rede Cegonha organiza-se a partir de quatro (4) Componentes, quais sejam:

I - Pré-Natal

II - Parto e Nascimento

III - Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança

IV - Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação

Art. 7º Cada componente compreende uma série de ações de atenção à saúde, nos seguintes termos:

I - Componente PRÉ-NATAL:

- a) realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção;
- b) acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade;
- c) acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno;
- d) realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno;
- e) vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto;
- f) qualificação do sistema e da gestão da informação;
- g) implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;
- h) prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e
- i) apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto, os quais serão regulamentados em ato normativo específico.

## II - Componente PARTO E NASCIMENTO:

- a) suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais;
- b) ambiência das maternidades orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
- c) práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: “Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento”;
- d) garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;
- e) realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal;
- f) estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; e
- g) estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de co-gestão tratados na Política Nacional de Humanização.

### III - Componente PUERPÉRIO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA:

- a) promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável;
- b) acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento;
- c) busca ativa de crianças vulneráveis;
- d) implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;
- e) prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e
- f) orientação e oferta de métodos contraceptivos.

### IV - Componente SISTEMA LOGÍSTICO: TRANSPORTE SANITÁRIO E REGULAÇÃO:

- a) promoção, nas situações de urgência, do acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Cegonha, cujas ambulâncias de suporte avançado devem estar devidamente equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais;
- b) implantação do modelo “Vaga Sempre”, com a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto; e
- c) implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e a regulação ambulatorial (consultas e exames).

§ 1º Os Municípios que não contam com serviços próprios de atenção ao parto e nascimento, incluídos os exames especializados na gestação, poderão aderir a Rede Cegonha no componente PRÉ-NATAL desde que programados e pactuados nos Colegiados de Gestão Regional (CGR).

§ 2º Os Municípios mencionados no parágrafo § 1º deverão garantir o acesso de acordo com o desenho da Rede Cegonha Regional, que contemplará o mapa de vinculação das gestantes, enquadradas em Risco Habitual ou Alto Risco ao local de ocorrência do parto.

Art. 8º A operacionalização da Rede Cegonha dar-se-á pela execução de cinco fases:

I - Adesão e diagnóstico;

II - Desenho Regional da Rede Cegonha;

III - Contratualização dos Pontos de Atenção

IV - Qualificação dos componentes e

V - Certificação

I - FASE 1: Adesão e Diagnóstico:

a) apresentação da Rede Cegonha no Estado, Distrito Federal e Municípios;

b) apresentação e análise da matriz diagnóstica conforme o Anexo I desta Portaria na Comissão Intergestores Bipartite - CIB, no Colegiado de Gestão da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal - CGSES/DF e Colegiado de Gestão Regional - CGR;

c) homologação da região inicial de implementação da Rede Cegonha na CIB e CGSES/DF; e

d) instituição de Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha, formado pela Secretaria Estadual de Saúde (SES), Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e apoio institucional do Ministério da Saúde (MS), que terá como atribuições:

1. mobilizar os dirigentes políticos do SUS em cada fase;

2. apoiar a organização dos processos de trabalho voltados a implantação/implementação da rede;

3. identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase; e

4. monitorar e avaliar o processo de implantação/implementação da rede.

II - FASE 2: Desenho Regional da Rede Cegonha:

a) realização pelo Colegiado de Gestão Regional e pelo CGSES/DF, com o apoio da SES, de análise da situação de saúde da mulher e da criança, com dados primários, incluindo dados demográficos e epidemiológicos, dimensionamento da demanda assistencial, dimensionamento da oferta assistencial e análise da situação da regulação, da avaliação e do controle, da vigilância epidemiológica, do apoio diagnóstico, do transporte e da auditoria e do controle externo, entre outros;

b) pactuação do Desenho da Rede Cegonha no Colegiado de Gestão Regional (CGR) e no CGSES/DF;

c) elaboração da proposta de Plano de Ação Regional, pactuado no Colegiado de Gestão Regional e no CGSES/DF, com a programação da

atenção integral à saúde materna e infantil, incluindo as atribuições, as responsabilidades e o aporte de recursos necessários pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal e pelos Municípios envolvidos. Na sequência, serão elaborados os Planos de Ação Municipais dos Municípios integrantes do CGR;

d) estímulo à instituição do Fórum Rede Cegonha que tem como finalidade a construção de espaços coletivos plurais, heterogêneos e múltiplos para participação cidadã na construção de um novo modelo de atenção ao parto e nascimento, mediante o acompanhamento e contribuição na implementação da Rede Cegonha na Região.

III - FASE 3: Contratualização dos Pontos de Atenção:

a) elaboração do desenho da Rede Cegonha no Município;

b) contratualização pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal ou pelo Município dos pontos de atenção da Rede Cegonha observadas as responsabilidades definidas para cada componente da Rede; e

c) instituição do Grupo Condutor Municipal em cada Município que compõe o CGR, com apoio institucional da SES.

IV - FASE 4: Qualificação dos componentes:

a) realização das ações de atenção à saúde definidas para cada componente da Rede, previstas no art.º 7 desta Portaria;

b) cumprimento das metas relacionadas às ações de atenção à saúde definidas para cada componente da Rede, previstas no artigo 7º, que serão acompanhadas de acordo com os indicadores do Plano de Ação Regional e dos Planos de Ação Municipais.

V - FASE 5: Certificação, que será concedida pelo Ministério da Saúde ao gestor do SUS anualmente após a realização das ações de atenção à saúde previstas no art. 7º, avaliadas na Fase de Qualificação dos Componentes.

§ 1º O Grupo Condutor da Rede Cegonha no Distrito Federal será composto pela Secretaria de Saúde e Colegiado de Gestão da SES/DF, com apoio institucional do MS, e terá as mesmas atribuições do Grupo Condutor Estadual, descritas na alínea d, inciso I do art. 8º.

§ 2º O Plano de Ação Regional e o Plano de Ação Municipal serão os documentos orientadores para a execução das fases de implementação da Rede

Cegonha, assim como para o repasse dos recursos, monitoramento e a avaliação da implementação da Rede Cegonha

§ 3º A Contratualização dos Pontos de Atenção é o meio pelo qual o gestor, seja ele o Município, o Estado, o Distrito Federal ou a União, estabelece metas quantitativas e qualitativas do processo de atenção à saúde, com o(s) ponto(s) de atenção à saúde da Rede Cegonha sob sua gestão, de acordo com o Plano de Ação Regional e os Planos de Ação Municipais.

§ 4º A verificação do cumprimento das ações de atenção à saúde definidas para cada Componente da Rede será realizada anualmente pelo Ministério da Saúde, de forma compartilhada com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

§ 5º O Ministério da Saúde apoiará o Grupo Condutor Estadual no acompanhamento e avaliação do processo de pactuação e execução do Plano de Ação Regional e do Plano de Ação Municipal

Art. 9º. Para operacionalização da Rede Cegonha cabe:

- I - à União, por intermédio do Ministério da Saúde: apoio à implementação, financiamento, nos termos descritos nesta Portaria, monitoramento e avaliação da Rede Cegonha em todo território nacional;
- II - ao Estado, por meio da Secretaria Estadual de Saúde: apoio à implementação, coordenação do Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede Cegonha no território estadual de forma regionalizada; e
- III - ao Município, por meio da Secretaria Municipal de Saúde: implementação, coordenação do Grupo Condutor Municipal da Rede Cegonha, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede Cegonha no território municipal.

Art. 10. A Rede Cegonha será financiada com recursos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, cabendo à União, por meio do Ministério da Saúde, o aporte dos seguintes recursos, conforme memória de cálculo no Anexo II:

- I - Financiamento do componente PRÉ-NATAL:
  - a) 100% (cem por cento) de custeio dos novos exames do pré-natal (anexo III) a ser repassado em duas parcelas fundo a fundo, sendo a primeira

parcela calculada de acordo com a estimativa de gestantes e repassada mediante apresentação do Plano de Ação Regional acordado no CGR. A segunda parcela, repassada seis meses após a primeira, será calculada de acordo com o número de gestantes cadastradas e com os resultados dos exames verificados em tempo oportuno. A partir deste momento, os repasses serão mensais proporcionalmente ao número de gestantes acompanhadas. O sistema de informação que possibilitará o acompanhamento da gestante será o SISPRENATAL;

b) 100% (cem por cento) do fornecimento de kits para as UBS (anexo IV), kits para as gestantes (anexo V) e kits para parteiras tradicionais (anexo VI); 100% das usuárias do SUS com ajuda de custo para apoio ao deslocamento da gestante para o pré-natal e 100% das usuárias do SUS com ajuda de custo para apoio ao deslocamento da gestante para o local de ocorrência do parto, de acordo com a regulamentação que será publica em portaria específica.

II -Financiamento do componente PARTO E NASCIMENTO:

a) recursos para a construção, ampliação e reforma de Centros de Parto Normal, Casas de Gestante, Bebê e Puérpera, e recursos para reformas voltadas para a adequação da ambiência em serviços que realizam partos, de acordo com os parâmetros estabelecidos na RDC nº 36 da ANVISA, devendo estes recursos ser repassados de acordo com as normas do Sistema de Contratos e Convênios/SICONV/MS e do Sistema de Gestão Financeira e de Convênios/ GESCON/MS.

b) recursos para a compra de equipamentos e materiais para Casas de Gestante, Bebê e Puérpera, Centros de Parto Normal, e ampliação de leitos de UTI neonatal e UTI adulto, devendo estes recursos serem repassados fundo a fundo.

c) 100% (cem por cento) do custeio para Centros de Parto Normal, mediante repasse fundo a fundo, de recursos que serão incorporados aos tetos financeiros dos estados, municípios e Distrito Federal, devendo estes recursos serem repassados aos serviços na forma de incentivo, de acordo com o cumprimento de metas.

d) 100% (cem por cento) do custeio para Casas de Gestante, Bebê e Puérpera, mediante repasse fundo a fundo, de recursos que serão

incorporados aos tetos financeiros dos estados, municípios e Distrito Federal, devendo estes recursos serem repassados aos serviços na forma de incentivo, de acordo com o cumprimento de metas.

e) 100% (cem por cento) de custeio do Leito Canguru, mediante repasse fundo a fundo, de recursos que serão incorporados aos tetos financeiros dos estados, municípios e Distrito Federal, devendo estes recursos serem repassados aos serviços na forma de incentivo, de acordo com o cumprimento de metas.

f) 80% (oitenta por cento) de custeio para ampliação e qualificação dos leitos (UTI adulto e neonatal, e UCI neonatal), mediante repasse fundo a fundo, de recursos que serão incorporados aos tetos financeiros dos estados, municípios e Distrito Federal, devendo estes recursos ser repassados aos serviços na forma de incentivo, de acordo com o cumprimento de metas.

g) 80% (oitenta por cento) de custeio para ampliação e qualificação dos leitos para Gestantes de Alto Risco/GAR, mediante repasse fundo a fundo, de recursos que serão incorporados aos tetos financeiros dos estados, municípios e Distrito Federal, devendo estes recursos ser repassados aos serviços na forma de incentivo, de acordo com o cumprimento de metas.

§ 1º Será publicada portaria específica com a regulamentação para construção, ampliação e reforma de Centros de Parto Normal e Casas de Gestante, Bebê e Puérpera;

§ 2º As propostas de investimento deverão estar em concordância com os planos de ação de implementação da Rede Cegonha;

~~§ 3º Os recursos financeiros previstos para construção, ampliação e reforma serão repassados, de forma regular e automática, em 3 (três) parcelas, sendo a primeira equivalente a 10% do valor total aprovado, após a habilitação do projeto; a segunda parcela, equivalente a 65% do valor total aprovado: mediante apresentação da respectiva ordem de início do serviço, assinada por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia - CREA, ratificada pelo gestor local e pela Comissão Intergestores Bipartite - CIB, e autorizada pela Secretaria de Atenção à Saúde; e a terceira parcela, equivalente a 25% do valor total aprovado: após a conclusão da edificação da unidade, e a apresentação do respectivo atestado, assinado por profissional habilitado pelo Conselho Regional de~~

~~Engenharia, Arquitetura e Agronomia - CREA, ratificado pelo gestor local e pela CIB, e autorizado pela Secretaria de Atenção à Saúde.~~

§ 3º Os recursos financeiros previstos para construção, ampliação e reforma serão repassados, de forma regular e automática, em 3 (três) parcelas, sendo a primeira equivalente a 10% do valor total aprovado, após a habilitação do projeto; a segunda parcela, equivalente a 65% do valor total aprovado: mediante apresentação da respectiva ordem de início do serviço, assinada por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia - CREA, ratificada pelo gestor local, encaminhada, para conhecimento, à Comissão Intergestores Bipartite - CIB e autorizada pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS); e a terceira parcela, equivalente a 25% do valor total aprovado: após a conclusão da edificação da unidade, e a apresentação do respectivo atestado, assinado por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia - CREA, ratificado pelo gestor local, encaminhado, para conhecimento, à CIB, e autorizado pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS).” (NR)

(Alterado pela PRT nº 1516/GM/MS de 24 de julho de 2013).

§ 4º Os investimentos para a aquisição de equipamentos e materiais serão repassados após a conclusão da obra.

§ 5º O financiamento previsto para o custeio dos leitos constantes no inciso II alínea g, deverá ser complementado no valor de 20% pelo Estado e Município, de acordo com a pactuação regional.

§ 6º O número de leitos a ser financiado com os valores que constam no Anexo II será calculado de acordo com parâmetros de necessidade por tipologia.

~~§ 7º Os investimentos previstos no inciso II serão definidos na Fase 2 de operacionalização da Rede Cegonha, com aprovação no respectivo CGR, na CIB e no CGSES/DF. § 8º O financiamento dos componentes, PUÉRPERIO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA e SISTEMA LOGÍSTICO: TRANSPORTE E REGULAÇÃO já constam na programação dos recursos existentes nos três níveis de gestão do SUS.~~

§ 7º Os investimentos previstos no inciso II serão definidos na Fase 2 de operacionalização da Rede Cegonha, com envio, para conhecimento, do respectivo CGR, CIB e CGSES/DF.” (NR)

(Alterado pela PRT nº 1516/GM/MS de 24 de julho de 2013).

§ 9º Todos os recursos de custeio terão variação em seus valores globais de acordo com os resultados da avaliação periódica estabelecida na Fase 4 de operacionalização da Rede Cegonha.

§ 10. Após a qualificação do componente PRÉ-NATAL, descrito no art. 4º, o Município fará jus ao incentivo de R\$ 10,00 (dez reais) por gestante captada de acordo com o SISPRENATAL, em repasses mensais fundo a fundo;

§ 11. Após a certificação da Rede Cegonha o Município fará jus ao incentivo anual de R\$ 10,00 (dez reais) por gestantes captadas no ano de acordo com SISPRENATAL, mediante repasse fundo a fundo.

Art. 11. Os recursos de financiamento da Rede Cegonha serão incorporados ao Limite Financeiro Global dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme pactuação formalizada nos Planos de Ação Regional e Municipais.

Art. 12. No âmbito do Ministério da Saúde a coordenação da Rede Cegonha cabe à Secretaria de Atenção à Saúde.

Art. 13. Determinar que os recursos orçamentários objeto desta Portaria corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os Programas de Trabalho: 10.302.1220.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade e 10.301.1214.20AD - Piso de Atenção Básica Variável.

Art. 14. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

**ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA**