

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

Vivianne Mendes Araújo Silva

O PRIMEIRO CONTATO DA MÃE COM O BEBÊ APÓS O
NASCIMENTO: UMA PERSPECTIVA DA ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM

Rio de Janeiro-RJ

Dezembro-2012

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

O PRIMEIRO CONTATO DA MÃE COM O BEBÊ APÓS O
NASCIMENTO: UMA PERSPECTIVA DA ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM

Relatório final de Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, para fins de obtenção ao título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Maria Aparecida Vasconcelos Moura

Rio de Janeiro-RJ

Dezembro-2012

**O PRIMEIRO CONTATO DA MÃE COM O BEBÊ APÓS O NASCIMENTO: UMA
PERSPECTIVA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

Vivianne Mendes Araújo Silva

Relatório final da Dissertação, apresentado ao Programa de Pós-Graduação e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, para fins de obtenção ao título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada por:

Profa. Dra Maria Aparecida Vasconcelos Moura- EEAN/UFRJ

Profa. Dra Adriana Lenho de Figueiredo Pereira -FE/UERJ

Profa. Dra. Elisa da Conceição Rodrigues- EEAN/UFRJ

Prof. Dra. Inês Maria Meneses dos Santos – FE/UNIRIO

Profa. Dra Claudia Santos- EEAN/UFRJ

S.586p. Silva, Vivianne Mendes Araújo

O Primeiro contato da mãe com o bebê após o nascimento:
uma perspectiva da assistência de enfermagem. /Vivianne Mendes
Araújo Silva. –2012.

77 f. : Il. , 31cm.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade
Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, 2012.

Orientadora: Profª Drª Maria Aparecida Vasconcelos Moura.

- 1- Enfermagem. 2- Saúde da Mulher. 3- Relações mãe-filho.
- I- Título. II Moura, Maria Aparecida Vasconcelos.

CDD 610.73

“Conhecer não é demonstrar nem explicar, é aceder à visão”

Antoine de Saint-Exupéry

AGRADECIMENTOS

A Deus, que a tudo providenciou para a conclusão deste Curso, sempre me dando todo o discernimento e me ajudando sempre em todos os momentos da minha vida

A minha família, por toda compreensão, amor e carinho, principalmente nos momentos mais atribulados.

As mães entrevistadas, por confiar e dividir comigo parte de suas vidas.

As amigas e chefes de trabalho, em especial às enfermeiras Claudia Salu, Claudia Dames, Miram Salles, Andrea Mattos pelo estímulo e cooperação no decorrer do curso.

A Doutoranda Ana Cláudia Mateus Barreto, por todo momento de escuta, carinho e atenção em meio às adversidades, bem como por toda conversa produtiva, de ajuda valiosa.

As professoras que compuseram as bancas examinadoras das diversas etapas deste trabalho: Prof^a. Dr^a Adriana Lenho de Figueiredo Pereira, Prof^a. Dr^a Elisa da Conceição Rodrigues, Prof^a. Dr^a Cláudia Santos e Prof^a. Dr^a. Inês Maria Menezes Santos pelas inestimáveis contribuições que enriqueceram esta pesquisa.

A minha orientadora, Prof^a Dr^a Maria Aparecida Vasconcelos Moura, companheira, pelos valiosos ensinamentos, carinho e dedicação a mim direcionados.

Aos meus amigos, por estarem sempre ao meu lado, torcendo pelo meu êxito, compreendendo meus momentos de ausência e pelo apoio e incentivo.

Aos meus irmãos da Comunidade Bom Pastor que sempre colocaram meu nome em suas orações. Pude sentir mais claramente o amor de Deus fluir através de todos vocês.

A bibliotecária Martha Suely Simas pela paciência durante a construção do estudo presente. na construção da ficha catalográfica.

RESUMO

SILVA, Viviane Mendes Araújo. **O primeiro contato da mãe com o bebê após o parto: uma perspectiva da assistência de enfermagem.** Rio de Janeiro, 2012. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

O PRIMEIRO CONTATO DA MÃE COM O BEBÊ APÓS O NASCIMENTO: UMA PERSPECTIVA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Trata o estudo da vivência materna acerca do primeiro contato com o bebê após o nascimento. Os objetivos propostos foram Descrever a percepção materna acerca do primeiro contato com o seu bebê após o nascimento e Analisar as expressões maternas sobre a assistência de enfermagem recebida no primeiro contato da mãe com o seu bebê após o nascimento.. Pesquisa qualitativa e exploratória, em uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro. Participaram vinte e quatro parturientes, escolhidas de forma aleatória, atendendo aos critérios éticos da pesquisa. Para análise dos dados utilizaram-se os conceitos de Bardin. Dos resultados emergiram duas categorias temáticas: vivências das parturientes frente ao primeiro contato com o bebê após o nascimento e expressões maternas sobre a assistência de enfermagem recebida. Das mulheres entrevistadas, verificamos que a maioria foi recepcionada com o seu bebê em um intervalo de trinta minutos, ou seja, após a realização dos procedimentos imediatos na sala de parto; e apenas uma minoria recebeu o bebê logo após o nascimento. Nas expressões as mães demonstraram um cenário de atenção acolhedor, seguro e confiante, onde as emoções e sentimentos eram de alegria e felicidade. Conclusões: Dar voz às mulheres, constituiu-se um forte indicador de qualidade na perspectiva da humanização da assistência, considerando o suporte oferecido pela enfermeira na recepção do bebê, possibilitando mais segurança e o vínculo afetivo mãe-filho. O contato precoce como prática na recepção do bebê logo após o nascimento deve ser estimulado e motivado pelos profissionais que assistem ao parto, como uma prática benéfica e estímulo para amamentação precoce e a manutenção do vínculo afetivo.

Descritores: Enfermagem; Saúde da Mulher; Relações mãe-filho.

ABSTRACT

The study treats of the maternal experience on the first contact with the baby after birth and to analyze the maternal expressions on nursing assistance received in light of the Hospital Amigo da Criança (“Baby Friend Hospital”). Qualitative and exploratory research, in a public maternity of the Rio de Janeiro municipality. Twenty-four parturient women, chosen at random, meeting the ethical criteria of the research. For data analysis it used the concepts of Bardin. Emerged from the results two thematic categories: experiences of parturient women before the first contact with the baby after birth and maternal expressions about the nursing assistance received. Of the women interviewed, we found that the majority has been welcomed with the baby in a thirty minute interval, that is, after completion of the immediate procedures in the delivery room; and only a minority received the baby soon after birth. In expressions the mothers showed a cozy attention scenario, secure and confident, where emotions and feelings were of joy and happiness. Conclusions: Giving voice to women constituted a strong indicator of quality from the perspective of assistance humanization, considering the support offered by the nurse at baby reception, making possible more security and mother-child affective bond. Early contact as practice at the baby reception soon after birth should be encouraged and motivated by the professionals who attend childbirth, considering the ten steps recommended by the World Health Organization, as a beneficial practice and encouragement for early breastfeeding and the maintenance of the affective bond.

Descriptors: Nursing, Women's health, Mother son relationship

RESUMEN

Trata el estudio de la vivencia materna relacionada al primero contacto con el bebé después del nacimiento y analizar las expresiones maternas sobre asistencia de enfermería recibida a la luz de la Iniciativa del Hospital Amigo del Niño. Pesquisa cualitativa y exploratoria, en una maternidad pública del municipio del Rio de Janeiro. Participaron veinte y cuatro parturientes, escogidas de forma aleatoria, atendiendo a los criterios éticos de la investigación. Para análisis de los datos se utilizó los conceptos de Bardin. De los resultados emergieron dos categorías temáticas: vivencias de las parturientes frente al primero contacto con el bebé después del nacimiento y expresiones maternas sobre la asistencia de enfermería recibida. De las mujeres entrevistadas, verificamos que la mayoría fue recibida con su bebé en un intervalo de treinta minutos, o sea, después de la realización dos procedimientos inmediatos en la sala de parto; y apenas una minoría recibió el bebé logo después del nacimiento. En las expresiones las madres demostraron un escenario de atención acogedor, seguro y confiable, donde las emociones y sentimientos eran de alegría y felicidad. Conclusiones: Dar voz a las mujeres, se constituyó un fuerte indicador de calidad en la perspectiva de la humanización de la asistencia, considerando el soporte ofrecido por la enfermera en la recepción del bebé, posibilitando más seguridad y el vínculo afectivo madre-hijo. El contacto precoz como práctica en la recepción del bebé logo después del nacimiento debe ser estimulado y motivado por los profesionales que asisten al parto, considerando los diez pasos recomendado por la Organización Mundial de Salud, como una práctica benéfica y estímulo para amamantación precoz y la manutención del vínculo afectivo.

Descriptor: Enfermería, Salud de la mujer, Relación de madre e hijo

SUMÁRIO

	Pág.
Resumo.....	viii
Abstract.....	ix
Resumen.....	x
CAPÍTULO I- CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	01
1.1- Trajetória profissional e a inserção da temática.....	01
1.2- Problemática de estudo	03
1.3- Objeto do estudo.....	03
1.4- Questões Norteadoras.....	08
1.5- Objetivos.....	08
1.6- Justificativa.....	09
1.7- Contribuição do estudo	10
1.8- Relevância.....	11
CAPÍTULO II- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	12
2.1- Políticas de Atenção à Saúde à Mulher.....	12
2.2- A Humanização e a atenção à mulher no parto e nascimento.....	15
2.3- Assistência de enfermagem no parto e nascimento.....	19

CAPÍTULO III- ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	30
3.1- Tipo de pesquisa.....	30
3.2- Método.....	30
3.3- Atores sociais.....	30
3.4- Cenário de pesquisa.....	31
3.5- Coleta de dados.....	31
3.6- Questões éticas da pesquisa.....	32
3.7- Análise e organização dos resultados.....	32
CAPÍTULO IV- ANÁLISE DOS RESULTADOS DA PESQUISA.....	34
4.1- Breve caracterização das participantes da pesquisa.....	34
Categoria 1- Vivências maternas acerca do primeiro contato com o bebê após o nascimento.....	39
Categoria 2- Expressões maternas sobre a assistência de enfermagem recebida no primeiro contato com o bebê após o nascimento.....	50
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	60
REFERÊNCIAS.....	62
APÊNDICE 1- Carta de autorização para realização da pesquisa no campo de prática.....	68

APÊNDICE 2- Carta de autorização para o Comitê de Ética e Pesquisa da SMS/RJ.....	69
APÊNDICE 3- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	70
APÊNDICE 4- Formulário de Entrevista	72
APÊNDICE 5- CARTA DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA SMS/RJ...	74

CAPÍTULO I - CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1- Trajetória profissional e a inserção da temática

O interesse pela pesquisa na área da Saúde da Mulher iniciou-se antes mesmo do meu ingresso na vida acadêmica. A maternidade em especial, sempre impulsionou-me, motivando-me a buscar novos conhecimentos e a ampliação de meus horizontes.

Tão somente na condição de acadêmica de enfermagem, pude entrar em contato com a mulher, no que diz respeito à assistência prestada durante o ciclo gravídico-puerperal. Esta experiência possibilitou-me refletir sobre algumas práticas de enfermagem, muitas julgadas inapropriadas ou impositivas, que proporcionavam à mulher nesse ciclo de vida, insatisfações, medo, angústias, entre outras, ainda fortemente predominante na atenção obstétrica.

Posteriormente, durante o Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ, no qual obtive conhecimentos no contato teórico-prático ampliados com uma atenção humanizada ao parto e nascimento vivenciados nos protocolos assistenciais, refletindo para uma nova proposta de atenção que contemplasse a mulher nas diferentes fases do seu ciclo vital.

Frente a esta perspectiva, de uma assistência humanizada ao parto e nascimento, deparei-me com a atenção integralizada e a finalidade de contemplar a individualidade e subjetividade da mulher/mãe. Esta deve ser vista como um ser único, considerando os seus direitos a uma assistência digna e de qualidade.

Iniciar essa experiência tornou-se extremamente gratificante no tocante a esta assistência diferenciada, com o olhar direcionado às necessidades e satisfação da clientela assistida. Os relatos dessas mulheres assistidas por nosso grupo transmitiam sentimentos de satisfação, gratidão, alegria e compartilhamento. Compreender que, de fato, o que estava designado nas ações da política pública de saúde materna proporciona um direcionamento favorável para que estas necessidades, possam ir além daquelas que são utilizadas no modelo biomédico, restritas às patologias e/ou às intercorrências obstétricas. Acreditamos que um modelo de assistência é determinado por uma racionalidade que indica a ação, as práticas ou os processos de trabalho em saúde. Isto significa dizer que um modelo de atenção também produz valores, normas,

procedimentos, rituais, uma cultura que se expressa nos saberes e nas práticas, ou seja, no modo de se produzir cuidados.

No intuito de aperfeiçoar cada vez mais a assistência oferecida, procuramos aprofundar conhecimentos cujas alternativas proporcionassem um ambiente acolhedor à mãe, por ocasião do parto e nascimento, momento tão singular e único da recepção do bebê, para que transcorresse de forma mais natural possível. Pudemos evidenciar também, quando as mulheres eram assistidas no parto normal, que durante a recepção do bebê pela mãe verificava-se que tais sentimentos tornavam-se mais evidentes.

Nesse sentido, o modo de produção de cuidados ao parto e ao nascimento no hospital ou maternidade produziu novas formas de decodificação, de controle e de ajustamento dos fenômenos corporais, sobretudo por meio das técnicas e tecnologias obstétricas.

Experiências durante a minha formação chamaram-me a atenção. Presenciei na prática a atitude de uma mãe em relação à recepção de seu filho imediatamente após o nascimento, ao colocá-lo sobre o ventre da sua mãe, esta apresentou um comportamento de espanto, surpresa ou rejeição, e não aceitou ficar com o bebê naquela posição, solicitando que o profissional o retirasse. O fato provocou inquietações e surpresa, que me instigaram a desenvolver este estudo no Curso de Mestrado.

Em uma concepção pré-estabelecida, esta mãe estaria receptiva ao primeiro contato com o bebê, por meio do olhar, do toque e de carícias, demonstrando satisfação, aceitação e alegria com a chegada do seu bebê. Por outro lado, este comportamento contraditório possibilitou-me levantar questões nessa pesquisa, a fim de compreender diferentes comportamentos que levam às mães a reagirem diante da recepção de seus bebês.

Em outras oportunidades no cenário de prática, observei diferentes reações nas atitudes e expressões das parturientes por ocasião do primeiro contato com seu filho imediatamente após o parto, apresentando uma dualidade de comportamentos. Por vezes, algumas mães expressavam satisfação, sentimentos de alívio, tranquilidade e contentamento; enquanto outras, demonstravam expressões de rejeição, medo, insegurança e, até mesmo “nojo” ao olhar para o bebê, pela presença de sangue, vernix caseoso ou secreções.

Essas expressões foram responsáveis pela motivação, em buscar respostas e ampliar pesquisa, delineando como *objeto* desse estudo: *A vivência materna acerca do primeiro contato da mãe com o bebê após o nascimento.*

Cabe aqui salientar que as evidências científicas apresentadas nos 10 passos da Iniciativa do Hospital Amigo da Criança sustentaram as ideias sobre o que preconiza o *primeiro contato da mãe com o bebê logo após o nascimento*.

Realçamos que dentre as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996) no atendimento ao parto normal, em relação as condutas que são claramente úteis e devem ser encorajadas, podemos verificar o primeiro contato da mãe com o bebê como procedimento a ser realizado o mais precocemente possível, dando ênfase como um dos recursos indispensáveis à atenção humanizada e qualificada nos serviços de saúde e maternidades.

1.2.- Problemática do Estudo

Nas atividades desenvolvidas na área obstétrica em uma maternidade como enfermeira obstétrica, atuando diretamente na sala de parto, tem contribuído diversas situações que seguem instigando-me a novas reflexões. É bem provável que outros profissionais não estejam ainda sensibilizados para as questões subjetivas no cotidiano dessas mulheres, na sala de parto, em relação à aproximação entre mãe e o bebê imediatamente após o nascimento, conforme preconiza o Ministério da Saúde (2000) e estimula ainda na sala de parto a recepção do bebê à mãe

Após o período expulsivo, o bebê passa às mãos do pediatra ocasionando muitas vezes, o distanciamento, retirando a oportunidade de um momento único e especial do vínculo afetivo entre mãe e filho. Essa situação provoca o adiamento do primeiro contato da mãe com o seu bebê priorizando procedimentos médicos e rotineiros, sem a preocupação do espaço único em promover à mãe a recepção do bebê, quando em boas condições de vitalidade e de avaliação do escore de Apgar.

Sob o ponto de vista dessa mãe, o momento que se sucede após o nascimento é considerado como precursor do apego, a primeira oportunidade para estar sensibilizada pelo seu bebê. Portanto, a mesma reconhece a importância de que este momento seja respeitado; cabe ao profissional estimular o contato precoce, de forma que o ciclo que leva ao bem-estar e ao aleitamento materno não seja interrompido. (GOMES, 2010)

Somado a isso, destacamos o fato de que recém-nascidos saudáveis são frequentemente separados de suas mães após o nascimento e podem não ser colocados no peito por horas. Esta

prática é potencialmente prejudicial tanto para o aleitamento materno como para o desenvolvimento da relação afetiva mãe-filho. Ambos não devem ser separados a não ser que exista uma razão médica aceitável. Preferencialmente, o bebê deve ser colocado junto à mãe a partir do nascimento. O contato pele-a-pele pode ser valioso e deve ser encorajado, independente se pretendem ou não amamentar (OMS, 2001). Deve ser uma intervenção de enfermagem de forma cuidadosa, individualizada, criteriosa e humanizada.

Contudo, também observamos na atenção materna, quando esse bebê é colocado sobre o ventre de sua mãe, que há um sentimento de “estranhamento”, praticamente predominante, em alguns casos em especial quando não orientamos sobre a recepção precoce do bebê. Podemos evidenciar uma lacuna aqui presente. Verificamos que essa mulher não foi orientada acerca da recepção e acolhimento do bebê. Os profissionais que a assistem na sala de parto não estão sensibilizados, quanto à importância do primeiro contato da mãe com o bebê logo após o nascimento. E nesse sentido, a atenção da mulher no parto e nascimento deve estar relacionada à qualidade e à humanização da assistência prestada.

Na busca de referências sobre a temática, encontramos alguns artigos, tais como “A percepção das mulheres acerca do contato precoce e da amamentação em sala de parto” cujos resultados evidenciavam “situações de estranhamento das mulheres, ao segurar o recém-nascido ainda envolvido em sangue e secreções” (MONTEIRO, GOMES E NAKANO, 2006, p. 431). Os resultados mostraram que essa mulher está impregnada por sentimentos negativos motivo por que o sangue, a secreção, o vernix caseoso entre outras secreções responsáveis pela proteção do bebê na vida intrauterina, podem igualmente, dar lugar a estes sentimentos de rejeição ou de nojo no primeiro contato da mãe com o bebê. Tal situação exige que a enfermeira e profissionais orientem as mulheres parturientes quando na sala de parto.

De acordo com Spíndola(2007), a primeira hora de vida do bebê é uma fase em que a mãe se torna sensível e comovida com o nascimento e procura estabelecer o vínculo afetivo. Para tanto, o profissional de saúde envolvido na atenção ao parto e nascimento, torna-se ou não um facilitador, respeitando esse momento em sua singularidade, de forma a transmitir segurança e confiança às mulheres durante o seu trabalho de parto, e possibilitando a redução de medidas intervencionistas que refletem de forma negativa na aproximação entre a mãe e o bebê.

No contexto atual, a atenção ao parto e nascimento está marcada pela medicalização e intervenções desnecessárias e iatrogênicas; concomitante a esta situação, tem-se ainda o

isolamento da gestante e dos seus familiares; à sua falta de autonomia e de privacidade, o que vem a contribuir para o aumento dos riscos maternos e perinatais (BRASIL, 2004).

Considerando que atualmente o hospital é o cenário predominante da atuação obstétrica ao parto normal e que outrora, o poder decisório sobre o parto era designado à mulher, hoje temos a inversão de papéis: o parto deixou de ser um fenômeno social e passa a ser concebido como um evento médico. Observando por esta ótica, compreendemos porque certos comportamentos que antigamente eram observados, foram colocados fora de foco.

Cabe salientar que o cenário de atenção ao parto normal influencia diretamente para que o primeiro contato venha a ser observado. Por exemplo, em comunidades onde as mulheres dão à luz em casa, mães com experiência mostram às novas mães o que fazer. Onde mulheres dão à luz em hospitais é necessário que a equipe de saúde as ajude. Contudo, o aconselhamento em amamentação geralmente não é uma prática incluída no treinamento dos profissionais que assistem essas mulheres.

Portanto, possibilitar o intercâmbio de experiências e conhecimentos é considerado como a forma ideal para promover a compreensão do processo de gestação e parto. Informações sobre as diferentes vivências devem ser trocadas entre as mulheres e os profissionais de saúde que as assistem (OMS, 2001).

Este suporte fornecido pelos profissionais de saúde tem se mostrado benéfico para proporcionar benefícios duradouros. O mesmo deve estar inserido nas rotinas das maternidades. Uma mãe precisa de ajuda para assegurar que ela é capaz de tocar, de posicionar o seu filho e consequentemente adquirir uma boa pega no peito. Para isto, ela deve ser orientada sobre como interpretar o comportamento do seu filho, respondendo a ele. Caso seja evidenciada alguma dificuldade, essa mãe necessita de ajuda capacitada para superá-la, de forma que este contato precoce venha a ser observado. Devemos lembrar que essa mãe necessita acima de tudo, de alguém que lhe dê apoio e confiança. (op.cit, 2001)

Existem evidências de que a preparação destas mulheres, desde o pré-natal, pode apresentar um importante efeito na amamentação. Principalmente ao orientá-las de forma que a sua autoconfiança esteja fortalecida e consequentemente possam sentir maior segurança ao receberem o seu filho e amamentar. Discussões acerca de temas como mitos, inibições e demonstrações práticas são métodos úteis como práticas educativas. Possibilitar a participação de pessoas que convivem no ambiente social da mulher, tais como o pai, os avós, que possam

exercer influência sobre a opinião da mulher contribui para que medidas que não são benéficas sejam reduzidas. (op.cit, 2001)

Neste contexto, foi realizado levantamento bibliográfico e na produção de conhecimentos nas bases de dados, com intuito de buscar estudos que remetessem a esta questão, vislumbrando a necessidade de ampliar conhecimentos acerca da temática, e nos possibilitar analisar a importância desse primeiro contato do bebê a partir da visão dessas mulheres, que vivenciaram o parto e o acolhimento do filho.

Nenhuma evidência foi observada na sala de parto pela observação não participativa no estudo, que justifique o afastamento do bebê de sua mãe, quando o mesmo não possuir risco eminente pelas avaliações das condições fetais e análise dos sinais vitais. O contato precoce e a relação afetiva entre a mãe e o seu filho são algumas das características mais antigas e inerentes à nossa espécie, devendo o profissional e as instituições priorizar e proteger estes dois seres, ao vínculo procedente ao nascimento. (HOCKENBERRY, 2011).

Dentre uma das diversas formas da mãe descobrir seu filho é através do toque, o qual expressa o primeiro sentimento e a reação de emoções, quando o bebê apresenta-se coroando, na dilatação máxima do períneo, na fase do período expulsivo do parto. Neste momento, há uma junção de “emoções, dor e prazer”, e percebemos as diferentes atitudes e comportamentos das mulheres na parturição. Permitir que ela sinta o bebê, através do toque de suas mãos. Por meio desse toque ela tem a certeza e a sensação de vida, iniciam suas emoções e libera seus hormônios, encorajando-a a receber, a tocar o seu bebê. Ao tocá-lo ela sente o seu palpitar, descobre seu bebê, enquanto desliza as mãos e o coração expressa as emoções. Momento singular e único, em que se sente a beleza da vida e misturam-se sentimentos de emoções e alegrias, permeados de choro, lágrimas e risos. A emoção da chegada do bebê é um momento bastante esperado, a chegada de um novo ser, o nascimento, nova vida, é uma explosão de bons sentimentos à mãe e à família.

Posicionar o bebê no ventre da sua mãe é um ato único e expressivo capaz de propiciar o elo de interação mãe-bebê. O silêncio no toque e as expressões faciais refletem muitas vezes a satisfação, ou não, da chegada de um novo ser tanto para a mulher, como para seu acompanhante. Durante todo período gestacional, a mulher sentia seu bebê e seus movimentos intrauterinos. A partir do parto, o bebê passa a receber o calor que emana do corpo de sua mãe, transmitindo-lhe energia, aconchego e o carinho, na forma de acolhimento e amor materno.

Por meio dos relatos de alguns estudos como o de Spíndola(2007), Brasil(2004), Trindade(2007), entre outros pesquisados, foi possível identificar o enorme desejo das mães em permanecer com seus bebês antes que qualquer intervenção fosse realizada, bem como a valorização da aproximação e do primeiro contato logo após o nascimento, como forma da manifestação de sua emoção e interação entre mãe-filho.

Esse contato precoce, é uma prática benéfica às parturientes por ocasião do nascimento no primeiro momento do contato mãe-filho e que deve ser estimulado. Além de se tratar de um período propício ao início da lactação, onde o bebê encontra-se no seu nível máximo de alerta, há o estímulo à produção de prolactina e ocitocina, sendo o cenário ideal para o bebê e a sua estabilização (BRASIL, 2008).

Dentro desta perspectiva se preconiza que todo recém-nascido deva ser colocado junto à mãe para dar início à amamentação, durante a primeira meia hora de vida, sempre que ambos estiverem em boas condições. Esse contato é indispensável para o seguimento do quarto passo da Iniciativa do Hospital Amigo da Criança (IHAC) a ser implementado nas instituições de saúde para o sucesso do aleitamento materno, conforme indicam as evidências científicas(OMS, 2001)

Esses passos demarcam a base desta iniciativa cujo propósito é fornecer uma ferramenta tanto para defesa quanto para a educação, visando enfrentar práticas de saúde que interferem na amamentação. Apesar de tais práticas tidas como inadequadas nas maternidades não poderem ser consideradas como as únicas responsáveis pela redução do aleitamento materno exclusivo, cuidados apropriados podem ser um pré-requisito para diminuí-las. (op. cit, 2001)

Considerando este contato precoce, o Ministério da Saúde preconiza que todo recém-nascido deva ser colocado junto à mãe, iniciando a amamentação durante a primeira meia hora de vida. Essa orientação está em consonância com a Organização Mundial de Saúde, que refere o contato íntimo entre mãe e bebê deve ser iniciado, no máximo dentro da primeira hora após o nascimento (MONTICELLI, 2010).

Portanto, cabe salientar que os profissionais de saúde que atuam em maternidades são os agentes imprescindíveis no estímulo ao contato precoce, uma vez que atuam diretamente na assistência, podendo ser facilitadores ou não dessa prática. Em especial, destacam-se os elementos da enfermagem, que fundamentam suas atividades no processo de cuidar da mãe e do bebê durante o parto. Acreditamos que ao compreendermos as vivências

dessas mulheres diante deste contato precoce ainda em sala de parto, poderemos proporcionar maiores condições de cuidar de modo integral, de forma humanizada e coerente com os direitos de que a mulher e sua família possuem de serem assistidas de forma integral (op cit, 2010).

Como suporte do profissional de saúde, no momento do nascimento, é preciso oferecer tempo e ambiente tranquilo, auxiliar a mãe a posicionar-se confortavelmente, atentar para o estado de alerta e procura do bebê, favorecendo a confiança materna e evitar manobras que venham a interferir na amamentação (SANTOS, 2010).

Esta afirmativa também diz respeito para o estímulo na formação do apego entre mãe e bebê, uma vez que este vínculo é aprendido ao longo dos primeiros anos de vida, sendo um sentimento fundamental para a saúde do indivíduo adulto. Deste modo, compreender melhor como ocorre essa relação, já nos primeiros minutos de vida do bebê, de forma a estimular este contato precoce, são práticas que devem fazer parte do cotidiano dos profissionais nas salas de parto. (MONTICELLI, 2010).

1.3- Questões Norteadoras

Para o alcance do objeto de estudo, apresentamos as seguintes *questões norteadoras*:

- 1- Como a mãe vivenciou o primeiro contato com o seu bebê após o nascimento?
- 2- Quais as expressões maternas sobre a assistência de enfermagem no primeiro contato com o bebe após o nascimento?

1.4- Objetivos

Em busca desses questionamentos, delineamos os seguintes *objetivos*:

- 1- Descrever a percepção materna acerca do primeiro contato com o seu bebê após o nascimento.
- 2- Analisar as expressões maternas sobre a assistência de enfermagem recebida no primeiro contato da mãe com o seu bebê após o nascimento.

1.5- Justificativa

Durante os últimos anos, no campo da obstétrica, muitas foram as mudanças que favoreceram a redução da morbimortalidade materna e perinatal. Contudo, esta situação proporcionou a institucionalização e a medicalização do parto e nascimento. A mulher é colocada fora do foco da atenção no que concerne à sua cidadania, em detrimento de um modelo de cuidado biologicista. As condutas profissionais têm sido estabelecidas dentro de uma tomada de decisão, sem contudo, priorizar as necessidades e expectativas das mulheres que procuram o atendimento nas maternidades públicas.

Atualmente temos em vigência protocolos e modelos assistenciais que preconizam a humanização e a qualidade da atenção. É nítido que a atenção à mulher está caminhando rumo a diretrizes que respeitem a mulher em suas características e individualidades. Não podemos deixar de considerar que o parto é uma experiência especial na vida da mulher e de sua família, em que o profissional de saúde é um dos coadjuvantes desse processo; ele desenvolve um papel importante, fornecendo informações necessárias sobre o processo parturitivo, como também prestando uma assistência individual, procurando atender as expectativas e necessidades.

No intuito de que essa assistência contemple a mulher nas diferentes etapas do ciclo vital, evidenciamos a necessidade de trazer à luz deste estudo, a percepção materna sobre o primeiro contato do binômio após o nascimento, uma vez que a voz do sujeito assistido constitui-se de forte indicador para a qualidade da assistência.

Portanto, a qualidade da assistência à mulher durante o processo parturitivo, é fundamental para a adaptação da puérpera e da família para uma nova relação com a situação, que é a chegada do bebê. É justamente durante a conversa e o diálogo que a enfermeira pode detectar indícios de situações ou necessidades específicas, bem como, programar orientações de acordo com as expectativas da clientela, ocasião de preparo para as informações que serão fornecidas.

Toda mãe necessita receber amor, carinho e confiança. Jamais devemos impor uma rotina rígida, para que ela se torne favorável e susceptível aos cuidados preventivos, orientações, algumas intervenções quando necessário e tenha um acompanhamento digno dos profissionais sensibilizados às necessidades desta mulher e as subjetividades que permeiam as suas atitudes.

Destacamos ainda como justificativa, a possibilidade de proporcionar uma nova mentalidade de educação e treinamento em serviços de saúde dos profissionais da unidade envolvidos na

assistência à mulher, bem como orientação das próprias mulheres quanto à importância acerca do primeiro contato com o bebê logo após o nascimento, de forma a promover a concretude do vínculo afetivo.

Dada a importância dessa temática, a justificativa para a realização desse estudo pautou-se na necessidade de maior aprofundamento científico do contexto na visão das mães assistidas em uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro.

1.6- Contribuição do estudo

Acreditamos que essa pesquisa possa contribuir para melhorar a qualidade da assistência de enfermagem, mais especificamente à saúde da mãe e do bebê, de forma a oferecer um suporte de conhecimentos aos profissionais de enfermagem e demais profissionais da equipe obstétrica elevando, ainda mais os padrões dessa assistência, cenário da pesquisa em que se desenvolverá o estudo, visando atender as expectativas e necessidades e à satisfação da clientela.

Igualmente poderá proporcionar a formação dos acadêmicos e profissionais de enfermagem sobre um novo entendimento em relação à recepção da mãe na chegada de seu filho, permitindo compreender a necessidade desse primeiro contato, e a manutenção do vínculo mãe e filho.

Numa perspectiva de ensino, esperamos que esse estudo contribua não só para o aprofundamento acerca da temática em questão, mas que possa fornecer subsídios para ampliar debates e críticas tanto nos cursos de graduação quanto em pós-graduação, na área da Saúde da Mulher.

Para a pesquisa, acreditamos que irá colaborar para o avanço nos questionamentos sobre a qualidade da assistência prestada à mulher durante o trabalho de parto nessa proposta de um movimento de atendimento humanizado; promover discussões sobre a importância e os benefícios do primeiro contato da mãe com o bebê após o parto.

Considerando o Programa de Humanização de Pré-Natal e Nascimento (PHPN) no qual propõe este procedimento por ocasião da recepção mãe-filho, esse procedimento deverá ser priorizado pelos profissionais que assistem às parturientes no momento do nascimento, como ação de promoção e prevenção à saúde com a finalidade de qualificar a atenção. (BRASIL, 2000).

Esperamos ainda que o estudo possa contribuir para aumentar o nível de satisfação da clientela em relação à atenção oferecida pela equipe profissional, bem como orientações acerca dos seus direitos, possibilitando-as receber uma assistência digna e de qualidade.

1.7- Relevância

Na busca de referências que remetessem ao tema abordado, evidenciamos na biblioteca virtual de saúde, os indicadores LILLACS, SCIELO e COCHRANE, utilizando os descritores “significado”, “enfermagem” e “parto”, foram observados um total de vinte(20) artigos. Dentre estes oito(8) apresentaram texto completo, e apenas dois(2) apresentaram aproximação com a temática em questão. Na base Scielo foi evidenciado apenas (03) artigos direcionado à temática, enquanto na Cochrane, nenhum artigo foi evidenciado.

Portanto, a vivência materna acerca do primeiro contato precoce da mãe com o bebê logo após o nascimento, foi foco da nossa investigação, verificamos ser um com a presente pesquisa, ainda é um assunto sobre o qual existem lacunas na literatura brasileira, numa perspectiva da enfermagem.

CAPÍTULO II – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1- Políticas de Atenção à Saúde da Mulher

Os documentos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), nos mostram que as mulheres correspondem à maioria da população brasileira com 50,77%, as quais estão entre as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Isto porque, estas além de buscar assistência para o seu próprio benefício, seja na qualidade de mãe ou mulher, também acompanham seus filhos, familiares, parentes idosos, vizinhos e amigos.

Essas mulheres adoecem com maior frequência, porém, a discriminação é o fator mais incidente sobre a sua condição de saúde-doença. A diferença social também é mais evidente entre as mulheres do que os homens.

Os dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) destacam os princípios e as diretrizes da atenção integral à saúde da mulher. As mulheres apesar de viverem mais do que os homens adoecem com maior frequência. Evidenciamos que os problemas são agravados pelas diferentes discriminações impostas pela sociedade em relação ao trabalho, além da sobrecarga familiar. Esses fatores são responsáveis pelos desgastes físicos e psicológicos, deixando a mulher mais vulnerável para determinadas doenças e expostas às causas de mortalidade materna, como aborto clandestino, infecções puerperais, doenças hipertensivas, cardiopatias e neoplasias, entre outras.

De acordo com Lima (2003), existe neste momento o paradoxo assistencial em que a problemática da saúde da mulher é controlada pelo estado, conseqüentemente atribuindo aos homens a discussão de temas pertinentes ao gênero feminino, como por exemplo, o aleitamento materno e planejamento familiar.

Na visão de Trindade (2007, p.12) atualmente, essas mulheres vêm buscando atingir novos patamares dentro da sociedade, assumindo sua condição de ser social, tomando novos rumos na sociedade no decorrer dos séculos. Ela vem ocupando espaços diferentes na sociedade, o que décadas anteriores ainda recebia “a influência de uma mentalidade paternalista de ser, agir e pensar (...) e na atualidade percebe-se uma maior reivindicação e inquietação das mulheres reconstruindo sua trajetória histórica”.

A política assistencial vem sofrendo um processo de transição desde a década de 70, mais precisamente em 1974. Neste período, houve a criação do Programa Nacional de Saúde Materno-

Infantil (PNSMI), que atendia as necessidades decorrentes do ciclo gravídico-puerperal. A mulher era vista como um objeto da procriação, perpetuando-se a mentalidade na qual a mulher não tinha a sua representabilidade social, bem como a inserção no mercado de trabalho. As diretrizes assistenciais se resumiam em cumprir seu papel normativo- descritivo na sociedade. (LIMA, 2003).

Em 1975, com a Declaração Internacional do Ano da Mulher, dentre as reivindicações dos grupos feministas, somado à Reforma Sanitária, houve o cenário propício para a mudança deste modelo que culminou em 1984, com o novo modelo assistencial, quando houve a separação da atenção da mulher e da criança. Neste contexto, ela passa a ser vista em diferentes etapas da vida, quando esta atenção torna-se mais abrangente para a mulher, do que para a mãe, abordando ações educativas, preventivas, de diagnóstico e tratamento (op cit).

O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM, 1984) passa então, a ser prioridade do Ministério da Saúde por ter amplo respaldo do movimento de mulheres e por representar, no conjunto de suas ações, um substancial avanço em relação à proposta anterior do Programa Materno-Infantil. Este programa ainda encontra-se em vigência, mesmo com suas limitações.

Como assinalou Lima (2003), uma das iniciativas mais importantes no âmbito nacional, foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 1986. Neste evento, foram delimitadas estratégias que promovem a municipalização por meio da descentralização de riquezas e de decisões político-administrativas, definindo a dependência recíproca entre política social e economia. Isto resultou na implantação do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS), posteriormente no Sistema Único de Saúde (SUS), que possui como ideal atenção à saúde de todos os cidadãos, sem distinção, de forma igualitária, integral, nos moldes da descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços.

Alguns eventos ocorridos no âmbito mundial, foram propícios à sensibilização da posição da população feminina, como por exemplo, a Conferência do Cairo, em 1994. Neste momento, foi apresentado o Programa de Ação o qual possui dentre suas diretrizes, aspectos como igualdade de gênero, redução da mortalidade materna, neonatal e infantil, bem como direitos reprodutivos, planejamento familiar e a saúde sexual.

A Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Pequim, em 1995, proporcionou o comprometimento dentre os membros frente à igualdade de direitos entre homens e mulheres e a promoção do avanço e fortalecimento das mulheres, como o reconhecimento de que os direitos das mulheres são direitos humanos.

Contudo, o que se observa são ações que ainda não vêm respondendo adequadamente às individualidades das mulheres, quer nas especificidades de adoecimento, quer na perspectiva da emancipação ou superação das diversas formas de dominação. (MATTOS, 2001)

Em relação ao tema, Moura (1997) disserta em sua tese que o que se percebe é a falta de recursos e dos esforços comuns da União, dos Estados e Municípios, ou seja, de uma ação política articulada e coerente que contemple efetivamente o direito da população à assistência global, à saúde.

Cabe destacar que a política de direito universal de assistência à saúde, foi intensamente discutida nas 9ª (1992) e 10ª(1996) Conferências Nacionais de Saúde; tornou-se evidente que é preocupante a cobertura assistencial, principalmente nas regiões e áreas mais carentes, ainda não ser amplamente garantida. (LIMA, 2003)

Dessa forma, por meio dessa crise nos serviços de saúde, continua existindo a gravidade das deficiências no atendimento à saúde da população brasileira, principalmente no grupo materno-infantil. (DARGAN, 2009)

A 11ª. Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2000, analisou e deliberou proposições relativas ao tema “Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à saúde, com controle social”. Propôs como políticas específicas para melhorar a qualidade da assistência às mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal aonde se priorize o parto vaginal em detrimento das cesáreas desnecessárias, os cuidados adequados à gravidez e alto risco, a capacitação profissional, dentre outras propostas (BRASIL, 2001).

Na 12ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 2003, com o tema abordado “ A Saúde que temos, o SUS que queremos”, foi apontada como proposta avançar na implementação da Atenção Integral à Saúde da Mulher no país, incorporando a garantia dos direitos reprodutivos e sexuais considerando as suas especificidades, como a garantia de agendamento da consulta de revisão para a mulher, em puerpério, independentemente do parto da etiologia do parto e acesso aos programas de planejamento familiar (DARGAN, 2009)

Em 2004, o governo assumiu o compromisso de atender a mulher, respeitando sua condição de ser social, abordando questões de gênero, direitos reprodutivos e sexualidade, o que culminou na criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Este modelo de atenção visa incorporar o enfoque de gênero, direitos sexuais e reprodutivos como também violência doméstica e sexual, através da implantação de ações de saúde que colaborem para a garantia dos direitos humanos das mulheres (BRASIL, 2009).

Ressaltamos ainda o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, do Ministério da Saúde, criado em 2000, que visa ao desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, com o intuito de ampliar o acesso deste grupo em questão de forma qualificada. (BRASIL, 2000).

Para que possamos atingir a resolução destes problemas, é necessário que a humanização e qualidade da atenção modifique as ações de saúde, visando a satisfação desta usuária, no reconhecimento de sua cidadania, da reivindicação de seus direitos. A humanização por si só se traduz em compartilhar saberes e reconhecer direitos. (BRASIL, 2004).

2.2- A Humanização e a atenção à mulher no parto e nascimento

Merece destaque o fato de que o cuidado prestado à mulher e ao bebê no processo parturitivo tem sofrido constantes mudanças ao longo dos anos, em decorrência da institucionalização do parto, e dos avanços tecnológicos. Contudo, pode-se observar que este surgimento de novas técnicas e tecnologias correspondeu à melhoria das condições do parto e nascimento; mas por outro configurou-se na medicalização do parto e nascimento.

Nesse sentido, a medicalização pode ser compreendida como o processo de controle pelo qual os eventos naturais do ciclo vital e os desvios no comportamento do corpo são considerados como doenças ou desordens que se situam sob a jurisdição da profissão médica (HISHOP E HARBER, 2003). E neste caso, a mulher foi especialmente vulnerável à medicalização de sua vida reprodutiva (PEREIRA E MOURA, 2010).

Este processo evolutivo iniciou-se no século XVI, com o declínio da profissão da parteira. A inserção no campo da obstetrícia do fórceps proporcionou a mudança de papéis; permitiu-se a intervenção masculina sobre o corpo da mulher e a substituição do paradigma não intervencionista pela ideia do parto sendo controlado pelo homem.

Um modelo de assistência é determinado por uma racionalidade que indica a ação, as práticas ou os processos de trabalho em saúde. (PAIM, 2003). Portanto, um modelo também produz valores, normas, procedimentos, rituais, uma cultura que se expressa nos saberes e nas práticas, enfim, no modo de produção de cuidados (PEREIRA e MOURA, 2010, p. 43).

Os autores relatam que o modo de produção de cuidados ao parto e nascimento sofrem mudanças substanciais a partir da segunda metade do século XX. Houve uma crescente inovação técnica e a aceleração do tempo de produção, circulação e o consumo dessas inovações, o que transformou a vida social como um todo. As épocas se distinguem exatamente pelas formas de fazer, isto é, pelas técnicas e tecnologias delas decorrentes (op. cit., p. cit, 2010).

No que diz respeito à formação, a obstetrícia passa a ser então uma disciplina técnica e científica; instaurou-se a noção de que o parto pode ser comandado. A presença do médico passa a ser imprescindível de acordo com o conceito de que o parto era perigoso. Os partos começam a ser visualizados como algo patológico e anormais.

O modo de produção de cuidados ao parto e ao nascimento no hospital produziu novas formas de decodificação, de controle e de ajustamentos dos fenômenos corporais, sobretudo por meio das técnicas e tecnologias obstétricas (PEREIRA e MOURA, 2010 p. 44).

Consequentemente, a prática obstétrica hoje em dia está caracterizada pelo uso indiscriminado da tecnologia; o parto é visto como um acontecimento médico, no qual a mulher é agente passivo durante todo o processo parturitivo, restrita sobre os seus direitos,

A problemática adjetivada como desumanização é caracterizada pela insensibilidade dos trabalhadores frente ao sofrimento das pessoas, pelos tratamentos desrespeitosos, o isolamento das pessoas e de suas famílias, pela prática de gestão autoritária, degradação nos ambientes e nas relações de trabalho. Tais características são a expressão fenomênica de certos modos de se conceber e organizar o trabalho no âmbito da saúde; esta demarcação conceitual proporcionará inflexões na organização do SUS, culminando com a Política de Humanização. (BRASIL, 2004)

Logo, pode-se perceber que para atingir a humanização da saúde, as iniciativas não podem contemplar o enfrentamento de atitudes e comportamentos individuais que fossem tidos como inapropriados. Para isto, evidencia-se a necessidade de fomentar estratégias pedagógicas correlacionadas com bondade, benevolência e à hospitalidade como recurso para resolver a questão de como mudar a mentalidade dos profissionais de saúde para agirem de modo correto. A

formação seria de forma corretiva destes trabalhadores supostamente desumanos; formar no aspecto da humanização teria o sentido de humanizar os desumanos. (op. cit, 2004)

Mediante isto, questionamo-nos sobre o real significado do termo humanização, e se estamos de fato prestando um cuidado humanizado, durante o processo nascimento. Poderíamos associar a humanização com a qualidade do cuidado, pois não se pode admitir que um ser humano seja tratado de outra forma senão aquela que seja condizente com sua humanidade.

Portanto, podemos eliminar rotinas e práticas redutoras, e implementar outras que podem também se tornar desumanizantes, se não forem desenvolvidas respeitando a subjetividade e singularidade dos seres humanos envolvidos no processo do nascimento. Não podemos caracterizar uma conduta como humanista se ela não levar em consideração a vivência e o ponto de vista da mulher e sua família, no processo parturitivo. Dessa forma, a qualidade da relação entre os sujeitos nesse processo é indispensável para que a experiência de ter um filho possa ser tranquila e prazerosa.

A atitude do profissional que assiste à mulher é fundamental para a humanização do cuidado; as orientações e o relato das pessoas mais experientes são vistos como forma de apoio, ao amenizar as preocupações e os medos dos mulheres oriundos desse processo singular e único que é o parto e o nascimento. Cada mulher possui uma história de vida, bem como uma percepção sobre o que se encontra à sua volta. Cabe ao cuidador centrar-se em cada mulher de forma individual, favorecendo a liberdade de expressão e a sua participação. (GUEDELL, 2011)

Este direcionamento é possível por meio de um diálogo franco bem como da percepção daquele que acompanha o trabalho de parto e parto. Escutar sem julgamentos e sem preconceitos, permitindo à mulher falar de sua intimidade, fortalece e ajuda na formação de um conhecimento sobre o processo de nascimento, de forma tranqüila e saudável. Por meio deste processo terapêutico é que a mulher pode passar por situações de estresse e medo (op. cit. , 2011).

Nesse pensamento, afirmamos que nada se compara à emoção de ver o rosto do seu filho pela primeira vez e nenhuma outra situação pode superar a responsabilidade de promover o vínculo afetivo mãe-filho.

No que diz respeito ao nascimento, destacamos o fato de que os pais desejam o bebê ao seu lado, acalentando, demonstrando o seu amor e alegria, compartilhando esse momento de troca, suavizando a passagem do nascimento. Acariciar com suavidade o corpo do bebê, colocando-o junto de si, embalando-o, são formas de expressar tais sentimentos.

Por isso, estar sensibilizado para a importância desse encontro entre mãe e bebê, é indispensável para que o profissional de saúde possa prestar uma assistência humanizada e de qualidade. Humanizar consiste no respeito pelo outro, na consideração das diferenças, promovendo o crescimento do ser assistido frente à sua saúde. O ponto de partida para atingir esse respeito é a comunicação, baseando no respeito das próprias individualidades, expressando-se por gestos de amor, de uma escuta sensível, de uma observação apurada, tomando como diretriz as técnicas assistenciais, que só serão humanizadoras se houver o envolvimento do profissional com a mulher.

Humanizar caracteriza-se por uma entrega de forma sincera e leal ao outro e saber ouvir com ciência e paciência o dito e o não dito. O relacionamento e o contato direto com o sujeito a ser cuidado fazem crescer; é por meio desta troca que humanizo, porque assim posso me reconhecer e me identificar como ser humano.

No que diz respeito à humanização do parto e nascimento, as discussões acerca de como proceder, deparamo-nos com os mais distintos pontos de vista. Para uns, falar de humanização, é uma estratégia; uma forma mais dialógica de abordar sobre a violação dos direitos praticadas pelas instituições de saúde. Humanizar o parto não significa fazer ou não o parto normal, realizar ou não procedimentos intervencionistas, mas proporcionar o protagonismo da mulher neste evento, respeitando sua liberdade de escolha sobre os processos decisórios; implica em mudança de atitudes, de filosofias de vida e percepção de si e do outro como ser humano digno e merecedor de uma assistência de qualidade (GUEDES, 2011)

Cabe destacar a participação da enfermeira neste contexto de humanização; ela recebe a mulher quando é admitida na sala de parto, divide com ela suas angústias em relação ao parto, proporciona conforto e bem-estar no decorrer do processo parturitivo, estimulando-a assumir o protagonismo desse momento. A enfermeira possui posição indispensável por auxiliar a mulher nessa passagem, pois é capaz de utilizar de artefatos para mudar o ambiente que a cerca, trazendo a ciência que aprendeu nos modelos humanistas em sua formação, considerando o direito da mulher à maternidade segura e satisfatória. (op. cit, 2011.)

A atenção humanizada é aquela em que as relações entre os sujeitos, ultrapassam as suas individualidades, pois trata-se de um processo no qual se necessita de uma reflexão constante sobre os atos desencadeados por cada um dos sujeitos envolvidos. Portanto, é primordial o conhecimento de si próprio para melhor conhecer o outro; é atuar de forma que não aja imposição

de opiniões ou valores. É por meio da humanização e da qualidade que podemos dar o real significado para as ações de saúde, resultando na resolução dos problemas identificados pelas mulheres e, conseqüentemente, a satisfação destas usuárias. (BRASIL, 2004)

O Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ) prevê a inclusão, como efetivamente podemos observar a sua inserção na atenção ao parto acompanhado pela enfermeira obstetra na construção de um novo modelo assistencial e menos intervencionista no processo parturitivo, o que é preconizado pela Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde. (VIEIRA, 2009).

Fica evidente a importância do papel desempenhado pelo enfermeiro frente à atenção à mulher, em específico no parto e nascimento, devendo prestar uma assistência qualificada e humanizada de forma integral às necessidades da mulher, levando em conta a importância de um acompanhamento ao logo deste momento tão imprescindível à mulher, fornecendo o apoio necessário no que diz respeito à observância da receptividade mãe-filho logo após o nascimento.

Portanto, neste contexto, a enfermeira obstétrica é um instrumento indispensável na humanização do trabalho de parto, mas ela por si só não se resume na mudança assistencial em sua totalidade. Ela por ter como atributo essencial a realização do cuidado, está apta a esta sensibilização por ocasião do primeiro contato da mãe com o bebê após o nascimento, além da manutenção do ambiente acolhedor que trata o modelo humanista.

2.3- A assistência de enfermagem à parturiente no parto e nascimento.

A assistência é um ato significativo e pode ser considerado muito mais do que uma ação singular; é o modo como o profissional se porta bem como a forma que seus atos repercutem no outro e no ambiente no qual os envolvem. Inúmeros aspectos culturais estão em torno da atenção, sendo este propício a embates conceituais oriundos da própria vivência e das peculiaridades de cada um dos envolvidos no ato de assistir. Frente às atribuições, cabe ao profissional- enfermeiro orientar, informar e elucidar dúvidas remanescentes sob a percepção da assistência, que é única para cada ser assistido, possibilitando uma compreensão, a fim de melhor se obter a conscientização para não infringir os pilares que o constituem. Nesse sentido, a participação do enfermeiro na sala de parto e no acompanhamento no processo de trabalho de parto e parto é

fundamental para a obtenção de um norteamento à mãe sobre o processo e a busca da melhoria da assistência ao parto, com responsabilidade para a recepção do bebê logo após o nascimento.

Enfatizamos o papel da enfermeira, que tradicionalmente está voltada para o atendimento das necessidades dessas mulheres, e de que estas necessitam ser orientadas e cuidadas, com dever de conduzir as informações necessárias e uma assistência integral. A categoria de enfermagem ocupa uma posição única dentre os serviços de saúde, no que diz respeito ao contato inicial com a clientela quando esta busca o serviço de atenção a saúde da mulher. Não podemos deixar de enfatizar que essa classe é em grande parte composta por membros do sexo feminino, que deveria consequentemente observar pôr à disposição as suas necessidades, abrangendo as suas sensações, emoções e negações procedentes do encontro assistencial. (TRINDADE, 2007)

Vale salientar que o parto muitas vezes é cercado por medos, ansiedades e expectativas decorrentes das informações adquiridas pelas mulheres no núcleo familiar, no seu grupo social no qual está inserida. Ao dar entrada na maternidade, essa mulher já traz consigo uma pré-concepção sobre o desenvolvimento do parto, das dificuldades que poderá vivenciar e, principalmente, da forma como ela será atendida. Temos um confronto entre o imaginário e o real quando o processo não ocorre conforme o esperado. Isso interfere diretamente na qualidade da assistência do parto e nas vivências da parturiente no percorrer do trabalho de parto. (OLIVEIRA, ZAMPIERI E BRÜGGEMANN, 2001).

Cada experiência dolorosa é interpretada de maneira única por essa parturiente, considerando que juntamente à resposta fisiológica inerente a dor, também encontramos fatores comportamentais, étnicos e culturais que são capazes de moldar posturas e atitudes; logo, cada mulher expressa, de forma única e peculiar a dor sentida. (CARVALHO, 2005)

Após o processo parturitivo as mulheres apresentam um desgaste físico e emocional ocasionado pelo trabalho de parto exaustivo; podendo vir a ser um obstáculo frente à sucessão da maternidade. É essencial dar o suporte necessário, inviabilizando medidas desnecessárias, reduzindo o sofrimento, para que esteja empoderada e apta a responder as solicitações oriundas do primeiro contato com o bebê. (CARVALHO, 2005)

No pensamento de Fleck et al.(2002), a vulnerabilidade da mulher reside na importância de variáveis sociais, relacionadas ao gênero feminino como: gestação, jornada de trabalho, estado marital e número de filhos. Outra questão que sustenta esta vulnerabilidade é a associação entre

oscilações de humor e as alterações hormonais as quais as mulheres estão sujeitas, em especial no período pós-parto.

É por meio do primeiro contato entre a mãe e seu bebê, que ocorre o encontro entre os dois personagens em cena, que devemos mudar antigas restrições sobre a fisionomia da mulher. Isto porque pode-se trabalhar a resistência cultural, que está inserida no papel desencadeador entre o profissional, equipe de trabalho e na relação de interação com a cliente- mãe- bebê.

Sabe-se a necessidade de que os bebês sejam submetidos à adaptação do ambiente no útero para o meio ambiente aeróbio após o parto. Igualmente, a recepção do bebê após o nascimento deve ser orientada numa perspectiva evolucionária, capaz de identificar atributos essenciais que possibilitem uma avaliação da dinâmica fisiológica completa do recém-nascido subsidiando a condução da assistência.

Auxiliar as mães a iniciar o primeiro contato, principalmente o pele-a-pele, é também estar motivando para o aleitamento precoce na primeira hora após o parto. É fundamental para obtermos a criação de um ambiente acolhedor proporcionando a adaptação do bebê a vida extrauterina, além de ser um mecanismo essencial para o estabelecimento do vínculo. Por meio do estímulo de contato pele-a-pele temos a relação do vínculo afetivo entre o binômio mãe e filho.

Nos estudos observacionais de KLAUS (2001), ficou nítido que bebês que são alimentados e não são levados ao colo, tocados, apresentam déficit emocional, desenvolvimento lento e prejudicado. As massagens e o toque estimulam respostas sensoriais que favorecem a estabilização hemodinâmica; também são encontradas evidências de que o contato pele-a-pele estimula a produção de hormônios do crescimento e auxilia o sistema imunológico.

O hospital, cenário predominante da atenção obstétrica é responsável pela diminuição da mortalidade materna e neonatal, por proporcionar a maior assepsia à equipe de saúde. Contudo é o foco de grande medicalização, somado ao desconhecimento das mulheres, causando medo e amedrontamento enquanto são assistidas. Ao serem admitidas na unidade, passam a ser cuidadas por desconhecidos- a equipe de saúde-, o que a impede de participar de forma ativa neste processo (KNOBEL, 2001).

Para permitir a recepção dos bebês às mães, devemos adiar os procedimentos rotineiros, tais como a mensuração dos perímetros, a aplicação de vitamina K, e da vacina anti-hepatite B entre outros, pelo menos por um período de meia hora. A mãe anseia em conhecer seu filho, e se

isto não for respeitado, ela pode se sentir sozinha e abandonada. É necessário que ela idealize o filho real, e não o imaginário. (KLAUS , 2001)

Alguns fatores que alterem o curso natural do parto, como por exemplo, período expulsivo prolongado e o número de pessoas presentes na sala de parto, tornam o parto difícil e doloroso, resultando na ativação do mecanismo de fuga, mediante a liberação de adrenalina , influenciando no contato mãe-bebê (SILVA e CLAPIS, 2004).

De acordo com Odent (2000), o vínculo se desenvolverá através da liberação de endorfinas pela mãe e o bebê durante o trabalho de parto, que induz conseqüentemente, à dependência afetiva e emocional. Ao infringirmos o curso natural do parto, por meio de medidas que levem ao medo, principalmente do desconhecido, estamos quebrando esta interação hormonal imprescindível para que o vínculo seja estabelecido. O mesmo autor (op. cit, 2002) aborda sobre este tema que:

“Os diferentes hormônios que são secretados pela mãe e pelo bebê durante o trabalho de parto não são eliminados imediatamente após o nascimento e cada um deles, têm um papel específico na interação entre mãe e bebê”.

Odent igualmente disserta em alguns estudos que analisam o caráter comportamental onde a separação/rejeição precoce da mãe está fortemente associado à incidência da criminalidade e da violência, que modificam os valores humanos.

Consideramos fundamental o papel da mulher-parturiente e acompanhante, cuja função é de suporte a esta mulher, por ter as suas especificidades e individualidades respeitadas. Em torno dela circundam simbolismos sobre o papel materno, principalmente no que diz respeito ao vínculo afetivo. O aprendizado é mútuo, a partir do momento em que identificamos as nuances que permeiam as significações da mulher em relação à sua maternidade e à chegada de um novo ser.

Levar a mãe a estar sensível frente às necessidades do recém-nascido é indispensável para que o vínculo seja estabelecido. Entre eles, educar quanto aos mecanismos nos quais o bebê utiliza para expressar-se com o ambiente que o envolve, faz com que esta mulher fique mais perceptível. Estimular a mãe a tocar, acariciar, sentir, perceber e acompanhar o filho vem

possibilitar um elo de interação, afetividade aconchego nessa magia do silêncio e na troca de sentimentos.

O suporte emocional é indispensável; para isso devemos prestar as orientações sobre o que está acontecendo durante a evolução do trabalho e parto, ressaltando que todo o movimento de rotação interna do bebê e as contrações uterinas são necessárias e essenciais para um processo fisiológico do trabalho de parto normal, bem conduzido pela parturiente e enfermeira, para que o trabalho de parto e parto sejam bem estabelecidos.

Cabe destacar que, dentre as peculiaridades para as mães, o choro do bebê além da sua importância de comunicação e de ter suas necessidades atendidas, também deve ser uma condição necessária na origem do apego entre pais e filhos. Isto favorece a proximidade com as mães, família e com o meio social. Podemos entender então, que o choro do bebê pode viabilizar benefícios para a mãe e a família, como também pode ser uma forma de aprendizado reconhecimento de que poderão interagir e descobrir as necessidades expressadas por ocasião do choro. À medida que a mãe fica mais a vontade com a linguagem do choro do bebê poderá reagir mais prontamente às necessidades do filho nos momentos em que ele mais precisar de cuidados. (KLAUS, 2001)

É durante o pós-parto imediato, onde percebemos de que forma o vínculo será estabelecido, de forma mais concreta que se pode apontar algumas experiências e evidências científicas e diretrizes para tornar possível o contato pele-a-pele na manutenção do vínculo mãe-filho. Mãe e bebê já se relacionam mutuamente, durante o decorrer do período gestatório. A interação entre ambos é identificada e referida pela mãe por meio dos movimentos intra-uterinos. Ela sente o seu bebê no seu ventre e responde à movimentação fetal por meio de gestos e carícias. Esta interação constitui-se num elemento valioso de predição do comportamento materno frente ao bebê depois de seu nascimento.

Portanto, compreendemos que o conhecimento acerca de saúde varia entre os grupos sociais cuja a construção ocorre por meio de suas próprias vivências e particularidades ao longo dos anos. O sujeito é inerente ao meio e cabe a ele adaptar-se aos costumes impostos pelo cenário cultural. O cuidar depende diretamente da formação cultural e social do indivíduo ao ser assistido. (SOUZA, 2006)

As redes sociais são os elos que dão suporte para a construção das vivências culturais da mulher. No que diz respeito à sua interpretação, faz-se necessário a compreensão da sua estrutura,

seja na observação do bebê, no toque, no aconchego e no choro, para que se mantenha o vínculo afetivo. (op. cit. 2006)

Estudos de Santos (2010) consideram que ser mãe é uma função simbólica ocupada pela mulher, não ficando restrita meramente aos cuidados prestados à superação do recém-nascido. Por meio da sua subjetividade essa mulher poderá exercer essa função; sua história com sua mãe, o relacionamento com o homem e sua sexualidade.

A assistência de enfermagem é eficiente quando a comunicação entre os profissionais, em especial o enfermeiro e a cliente, estão direcionados no sentido de compreender a situação ou o problema, e de respeitar as suas individualidades; é imprescindível incorporar sua participação ativa nas decisões no que concerne à assistência prestada.

A escuta é essencial para uma assistência humanizada, pois proporciona compreensão e acolhimento às suas necessidades, proporcionando um atendimento único. No que tange à enfermagem, este momento são recorrentes as indicações da necessidade de ouvir a cliente, para que se possa formular um plano de cuidados coerente com as suas necessidades e expectativas.

É importante destacar que a satisfação da usuária deve ser o foco de qualquer serviço de saúde que pretenda oferecer, e deve ser proporcional ao atendimento dos desejos, necessidades e expectativas da usuária desses serviços.(DARGAN, 2009)

A assistência de enfermagem à mulher nesse período deve ser envolvida por práticas educativas; por meio de ações educativas é possível propiciar o diálogo e a participação responsáveis por transformar a realidade social dessas mulheres(LEONELLO, 2009).

Os fatores que afetam as taxas de aleitamento materno não apenas são variados e complexos, mas também operam nas mais diversas situações. Por exemplo, a influência do pai da criança pode depender do nível de controle do mesmo sobre o corpo de sua mulher em determinada sociedade; a educação materna tem sido associada com altas taxas de aleitamento materno. (OMS, 2001)

Tais fatores também podem variar na mesma comunidade. Atitudes culturais relativas aos seios como símbolos sexuais, e a confiança da mulher em sua capacidade de lactar podem também diferir e influenciar a atitude das mães na receptividade do bebê e na amamentação. (op cit, p. 34).

A forma como a mãe segura o bebê não pode ser ensinada; a única ajuda possível é aquela que possibilita à mãe confiar na forma como administramos o ambiente que a envolve, possibilitando a oportunidade de exercer seus próprios poderes naturais. (KITZINGER, 2006)

O amor ou o cuidado só podem ser expressos e reconhecidos em termos físicos, através de uma adaptação do ambiente proveniente de todas as direções. Uma das mudanças provocadas pelo nascimento é a de que o recém-nascido precisa adaptar-se a algo novo, à vivência de ser empurrado de baixo (op cit, 2006)

Portanto, cabe salientar que ter um bebê é um processo que de certa forma envolve algum stress. Por mais que a gravidez seja bem-vinda, implica em alterações fundamentais no modo de vida, que têm de ser enfrentadas, e uma transformação no papel social da mulher que se torna mãe. Mesmo emoções tidas como positivas, tais como alegria, excitação, provocam alguma tensão, porque a mulher passa a ver o mundo com outros olhos e é confrontada com o desafio de um ajustamento profundo em sua vida. (KITZINGER, 2006, 36)

Ter um bebê não somente é, em si, uma revolução na vida, como também traz consigo, muitas vezes, outras transformações que provocam ansiedade. Algumas mulheres mudam os seus hábitos de vida; muitas delas tornam-se donas de casa por tempo integral.

Durante esse processo cheio de stress que é ter um bebê, o apoio que a mulher recebe das outras pessoas pode fazer toda a diferença entre ser capaz de suportar ou ficar destroçada pelas experiências que atravessa. Cabe salientar que na maioria dos casos, ela fica socialmente isolada e privada da sua rede habitual de apoio; somado a isto, ela é confrontada por um novo conjunto de pessoas- médicos, enfermeiras e outros- que supervisionam a gravidez e com os quais a grávida tem de se relacionar (KITZINGER, 2006, 53).

O seu emocional é um elemento importante de confiança que ela terá ou não sobre si mesma enquanto mãe e do prazer sobre a própria maternidade. A, nesse momento, vem acompanhada de sintomas físicos no pós-parto, que fazem com que a mulher sinta-se fraca, exausta e incompetente. Algumas chegam a relatar que não conseguiram ligar-se afetivamente ao seu filho durante as primeiras semanas, porque a primeira preocupação foi consigo mesma. (KITZINGER, 2006)

Portanto, podemos concluir que as mulheres exprimem mais afeto pelos seus bebês em hospitais ou outras instituições que facilitam o contato entre mães e os seus filhos, do que em hospitais onde os profissionais de saúde revelam um grande entusiasmo, mas exigem que elas

sejam passivas. Elas devem escolher o que desejam fazer e não ser praticamente obrigadas a criar laços à força.

A maternidade está longe de ser uma condição passiva e envolve constantes tomadas de decisões, estabelecimento de limites, sendo uma aprendizagem constante sobre o bebê e a aceitação da responsabilidade assustadora pela vida de outro ser humano. Após um parto extremamente tecnológico e extremamente comandado por outros, esta mulher tem de se transformar dentro de um espaço curto de tempo, de paciente criança para mãe adulta. (KITZINGER, 2006, p. 40)

Todas as mães, necessitam de alguém com quem falar, alguém que não as julgue, que demonstre um interesse genuíno naquilo que elas têm para contar sobre o seu parto e que reconheça e possa analisar todo o espectro de emoções que elas possam exprimir acerca da transformação fundamental que foi o nascimento de um filho. (KITZINGER, 2006, p. 60)

Sob esta ótica, propomos a vivência materna acerca do primeiro contato da mãe com o bebê após o nascimento, como forma de estimular e sensibilizar os profissionais que fornecem cuidados diretos à mulher e ao bebê na sala de parto, visando a observância desta receptividade.

No início da civilização, o parto era tido como um evento solitário, de caráter fisiológico. Com o advento da ciência, algumas mudanças foram acontecendo na assistência ao parto; a inserção da mulher no âmbito hospitalar proporcionou um progressivo aumento da medicalização e fragmentação do processo parturitivo. Contudo, os seres humanos não conseguem sobreviver sem no mínimo uma pequena interação afetiva, que se inicia imediatamente no nascimento, perpetuando por toda a sua vida (ALMEIDA, 2005).

Este advento tecnológico corroborou para que os rituais em torno deste processo perdessem o seu significado. Questionar sobre o uso desnecessário de tais tecnologias contudo, não é o suficiente para que o paradigma do parto hospitalar possa ganhar outro significado. Existem outras necessidades a serem contempladas, de caráter psicológico e social, bem como o resgate da mulher como sujeito participativo e ativo durante o processo de parto e nascimento.

Aspectos históricos são apontados no estudo de Gotardo e Silva (2007) no qual evidencia-se que o processo de maternidade sempre foi cercado por cuidados especiais, tanto para a mulher, como para o recém-nascido. A assistência ao parto era realizada por mulheres, as parteiras, aparadeiras ou comadres. Esta atividade mostra sua atuação com conotação de vocação e

solidariedade; as mulheres eram assistidas em domicílio, com a inserção da família, visando proteger a mulher-parturiente e o seu filho. A parturição era vista como algo natural.

A partir do século XVIII, o parto começa a ser associado à patologias e a mulher passa a ser vista como sensível e frágil. Dessa maneira, teve início o empoderamento da medicina em relação ao corpo da mulher, no intuito de lhe dar proteção. As parteiras começam a ser vistas como um perigo, culminando com rejeição do seu ofício, ao proporcionarem a expressão individual da mulher e sua participação ativa no processo parturitivo. Após a Segunda Guerra Mundial, numa tentativa de reduzir as altas taxas de mortalidade materna e infantil, o cenário de atuação obstétrica foi direcionada para o cenário hospitalar, gerando o afastamento da mulher e de sua família da cena do parto, introduzindo os profissionais como protagonistas deste processo (GOTARDO, 2007)

Na década de 80, iniciou-se um movimento global organizado para priorizar as tecnologias apropriadas ao parto, dar ênfase à mulher, visando a elevação da qualidade da assistência oferecida. No Brasil, este movimento recebeu o nome de Humanização do Parto. Em suas práticas, o movimento visa possibilitar a parturiente escolher a posição mais confortável e quem irá acompanhar o seu parto, bem como o respeito às suas singularidades e necessidades, de acordo com o que recomenda o Ministério da Saúde e a Organização Mundial de Saúde. (PORTAL DA SAÚDE, 2006)

No Brasil, o movimento pelo parto iniciou-se de forma isolada em alguns estados. Baseados nas práticas das parteiras e das índias, alguns profissionais e instituições impulsionaram este movimento. Ainda na década de 80, alguns grupos emergiram prestando uma assistência diferenciada e propondo esta mudança de paradigma hospitalar e medicalizado, cabendo destacar a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA). O Grupo é composto por profissionais de diversas categorias e usuárias, dos mais diversificados cenários de atenção obstétrica, onde foi possível o debate sobre as mais variadas vertentes que envolvem o parto, possibilitando questionamentos e sensibilizando para uma atenção humanizada. (LONGO, 2008)

A partir de diversas interações entre as mais variadas esferas de poder público e social, surgiram iniciativas institucionais e nas políticas públicas, que culminaram com alguns marcos, tal como a criação do prêmio Galba de Araújo em 1998, o início da construção das Casas de Parto, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) em 2000, o Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher em 2005 são os que merecem destaque. Cabe

destacar que a REHUNA promoveu em 2005, no Rio de Janeiro a Conferência Internacional pela Humanização do Parto, demonstrando a inserção do Brasil no âmbito internacional. (DINIZ, 2005; TORNQUIST, 2007)

Com a institucionalização do PHPN, em 2000, o respeito aos direitos sexuais e reprodutivos e a percepção da mulher como sujeito aparecem como prioridade para atingir uma assistência de qualidade e humanizada. O principal objetivo desse programa é reduzir as taxas de morbimortalidade materna e perinatal, ampliando o acesso das mulheres ao pré-natal, promovendo o vínculo entre a assistência e o momento do parto .

Mediante o preconizado, podemos evidenciar algumas conquistas acerca do parto humanizado. Incentivos governamentais vêm sendo destinados visando fomentar este propósito. Contudo, resultados concretos na prática não avançaram na mesma proporção, uma vez que nem sempre as unidades hospitalares possuem adequação do espaço e recursos humanos ou mesmo conseguem implementar as medidas estipuladas pelos programas do Ministério da Saúde(RIZZOTTO, 2002).

Somado a isso, evidenciamos algumas fragilidades do Programa, tais como a falta de integração funcional entre o pré-natal e o parto e a escassa realização da consulta do puerpério. Em síntese, a diretriz da humanização não vem sendo cumprida. Portanto, toda recomendação para potencializar o PHPN é importante para sua concretização. (LONGO, 2008)

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) foi instituída em 2004, pelo Ministério da Saúde, introduzindo questões de direito sexuais, reprodutivos e sociais, proporcionando um empoderamento à mulher sobre uma assistência de integral.

Com a finalidade de reduzir o quadro da morbimortalidade materna e neonatal, enfatiza-se o aleitamento materno como prática benéfica, ressaltando a nutrição de alta qualidade para a criança, o que contribui para seu desenvolvimento e crescimento. Essa diretriz inserida na Declaração de Innocenti, foi criada e adotada pela 45ª Assembleia Mundial de Saúde em maio de 1992, por Organizações Não Governamentais (ONGs), defensores da amamentação de países de todo o mundo. (OMS, 2001)

Com o propósito de garantia que a mulher tenha acesso às informações e serviços sobre planejamento familiar, possibilitando a pratica do aleitamento materno, se orienta a evitar a redução dos intervalos entre partos que podem comprometer seu estado de saúde e nutrição e a saúde e nutrição de seus filhos. Para alcançar tal objetivo, os países envolvidos devem reforçar a

cultura do aleitamento materno, defendendo vigorosamente esta prática contra as incursões da cultura da mamadeira. Isto requer compromisso e campanhas de mobilização social, utilizando o prestígio e a autoridade de líderes reconhecidos da sociedade em todos os setores. (op cit, 2001).

Tais medidas corroboraram para que a Iniciativa Hospital Amigo da Criança fossem instituídas em caráter mundial, visando cumprir a segunda meta operacional de Innocenti; Os “Dez Passos para o sucesso no Aleitamento Materno são a base desta iniciativa. Estas diretrizes resumem as práticas nas maternidades para apoiar o aleitamento materno, de forma precoce, estimulando a amamentação logo após o nascimento.

Levando-se em conta que os recém-nascidos são separados constantemente de suas mães após o parto, podem não ser colocado por horas no peito. Esta prática é tida como prejudicial tanto para o aleitamento materno, como para o desenvolvimento da relação mãe-bebê. Proporcionar o contato pele-a-pele é considerado como um potencial facilitador, por se tratar de ser um encontro tão singular entre os sujeitos, do vínculo entre a mãe e o seu bebê.

Neste sentido, o quarto passo disserta sobre ajudar as mães a iniciarem o aleitamento materno na primeira hora após o nascimento. O contato com o bebê logo após o nascimento desempenha um papel importante na manutenção do comportamento materno, influenciando positivamente na relação mãe-filho, durante os primeiros dias após o parto. A sucção precoce pode aumentar a atividade uterina pós-parto e reduzir o risco de hemorragia, como também, a redução da temperatura corporal e níveis mais altos de glicose no bebê, bem como diminuir o choro.(OMS, 2001)

Portanto, mães e bebês não devem ser separados após o nascimento, a não ser que exista uma razão médica justificável; preferencialmente, o bebê deve ser posicionado de forma contínua a mãe logo após o nascimento, permitindo que ele pegue o peito de forma espontânea sempre que estiver apto a fazê-lo. Evidências científicas dos dez passos para o sucesso no aleitamento materno em que foram identificados os efeitos de sua implementação sobre o aleitamento materno e outros aspectos nos estabelecimentos de saúde vinculados com a Iniciativa Hospital Amigo da Criança. (OMS, 2001).

CAPÍTULO III- ABORDAGEM METODOLÓGICA

3.1- Tipo de Pesquisa

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa. A pesquisa qualitativa é aquela na qual é dado o enfoque aos resultados, e não aos números de experiências. Desta forma, temos a compreensão do problema, por proporcionar a valorização da relação entre o pesquisador e o informante, resultando em um ambiente favorável à obtenção da confiança e a aproximação com a realidade a ser estudada. (LEOPARDI, 2002)

3.2- Método

O estudo é do tipo exploratório. É aquele que tem como objetivo a elaboração de questões pertinentes à problemática, favorecendo a familiaridade da pesquisadora com o meio, a formulação de conjecturas ao esclarecimento de conceitos (LAKATOS, 2006).

3.3- Atores sociais

Os atores sociais foram mulheres-mães atendidas em uma maternidade, escolhidas de forma aleatória, obedecendo aos critérios de inclusão a pesquisa; e cuja a participação foi voluntária. Contudo, foi necessária a aceitação, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os critérios de inclusão foram: a pesquisadora ter acompanhado na sala de parto, com a observação não participativa; estar na enfermaria no momento da pesquisa, ter realizado o parto normal, ter mais de um filho e ser maior de 18 anos. Os critérios de exclusão foram aqueles que não atenderam aos requisitos acima.

Cada mulher entrevistada recebeu anterior à coleta de dados as informações sobre a pesquisa, seus objetivos, sobre o sigilo do nome e das informações fornecidas, garantindo o anonimato. Foram informadas que os dados seriam utilizados apenas para divulgação dos resultados em periódicos científicos, e seriam destruídos após 5 anos de guarda do material.

3.4- Cenário de pesquisa

O cenário de campo foi uma maternidade pública situada na Cidade do Rio de Janeiro. Atende à clientela oriunda de diversos polos da área da Zona Oeste, que correspondem aos Bairros de Madureira, Cascadura, Campinho, Irajá, Tomás Coelho, Engenho Novo, entre outros. O período de coleta de dados teve o início após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde. O seu início ocorreu no segundo semestre de 2011, e a permanência no campo foi de aproximadamente 3 meses. Houve necessidade de ampliar as entrevistas nesse cenário, considerando a pouca consistência dos depoimentos.

3.5- Coleta de dados

Os dados foram coletados por meio da técnica de entrevista individual e da observação não participativa. A entrevista é o encontro entre duas pessoas que através de um diálogo de caráter profissional, possibilita a obtenção de informações sobre determinado assunto. A modalidade de entrevista utilizada foi a não estruturada, na qual tivemos a possibilidade de abordar de forma mais ampla o tema desejado. (LAKATOS, 2006)

A técnica de observação não participativa é aquela em que o pesquisador entra em contato com a comunidade, grupo ou realidade em estudo, sem integrar-se a ela; presencia o fato sem participar, não se deixa influenciar pelas situações, restringindo-se ao papel de espectador. (op. cit, 2006). Utilizou-se nesse momento, de diário de campo, a fim de registrar as expressões da mãe, tempo de recepção do bebê à mãe, avaliação do APGAR e outros dados necessários.

O diário de campo teve a finalidade de conduzir a observação não participativa durante o trabalho de parto e parto ainda na sala de parto. O tempo médio de recepção do recém-nascido ocorreu em média durante trinta minutos. A apresentação do bebê se deu por intermédio do profissional que assistia ao parto naquele momento, podendo ser o obstetra, pediatra, residente ou enfermeiro obstetra.

Essa técnica possibilitou verificar as expressões de satisfação das mães durante a recepção do bebê. Assim, o diário de campo permitiu registrar as informações com detalhes, trazendo a

memória da ocorrência dos fatos e procedimentos nas diferentes situações. Descreveremos os resultados empíricos no capítulo de análise dos dados.

3.6- Questões Éticas da Pesquisa

Este estudo obedeceu às exigências da Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde que trata das pesquisas envolvendo seres humanos. Este versa a “pesquisa individual ou coletivamente, envolva o ser humano, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou parte deles, incluindo o manejo de informações ou materiais” (ANVISA, 1996). Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro, conforme o registro de número 58/10 de 16/04/2010.

3.7- Análise e organização dos resultados da pesquisa

Considerando o objeto de estudo e os objetivos propostos, apresentamos as categorias analíticas que emergiram com os depoimentos das mães na coleta de dados. Os dados foram categorizados, as expressões utilizadas foram divididas, visando à interpretação mais adequada da realidade a ser estudada.

Neste sentido, optamos pela análise temática de Bardin, que segundo esse autor é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (BARDIN, 2009, p. 44)

A análise de conteúdo procura conhecer o que está por trás das palavras sobre as quais se debruça. É uma busca de outras realidades através das mensagens. Visa ainda o conhecimento de variáveis de ordem psicológica, sociológica, histórica, entre outras, por meio de um mecanismo de dedução com base em indicadores reconstruídos a partir de uma amostra de mensagens particulares. (op. cit., p. 45-6).

A organização da análise deverá ser realizada em torno de três pólos cronológicos assim organizados:

- 1) Pré-análise;
- 2) A exploração do material;
- 3) O tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

A pré - análise corresponde ao período de hipóteses, no qual o objetivo é ordenar as ideias iniciais, de maneira organizada, para direcionar as próximas etapas com precisão. Esta etapa possui três deveres: A escolha dos documentos que irão se submeter a análise, a formação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que irão dar o embasamento para a interpretação final. (BARDIN, 2009 p. 121)

A exploração do material consiste na codificação, decomposição ou enumeração baseada em regras estabelecidas (op.cit. , 2009 p. 127).

Na terceira etapa, os resultados na íntegra foram ajustados, contemplando as categorias analíticas.. Após a obtenção dos resultados fidedignos, propomos inferências e interpretações de acordo com os objetivos propostos. (BARDIN, 2009, p. 127)

A categorização elaborada se constituiu em uma forma de maior aproximação com a realidade estudada, a qual nos permitiu que questões ainda não suscitadas até então, pudessem emergir no imaginário dos sujeitos envolvidos para o avanço desta pesquisa e alcance dos objetivos.

Os dados foram apresentados e organizados em categorias temáticas, refletindo assim, a vivência materna acerca do primeiro contato com o bebê após o nascimento. Ao analisar os depoimentos, obtiveram-se as categorias temáticas elaboradas a partir dos dados coletados, conforme apresenta BARDIN (2009), perpassando as etapas de pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Neste momento, a análise dos dados é elaborada a partir do conteúdo das falas das entrevistadas.

A organização das transcrições das depoentes, ocorreu com a pré-análise, procurando ordenar as ideias iniciais, organizando-as e direcionando-as para a etapa seguinte, de elaboração de indicadores que possibilitaram a exploração dos depoimentos. Em seguida, mediante os dados empíricos da pesquisa emergiram duas categorias analíticas, realizando as inferências e a interpretação dos resultados para o alcance dos objetivos propostos.

CAPÍTULO IV- ANÁLISE DOS RESULTADOS DA PESQUISA

4.1- Breve caracterização das participantes da pesquisa

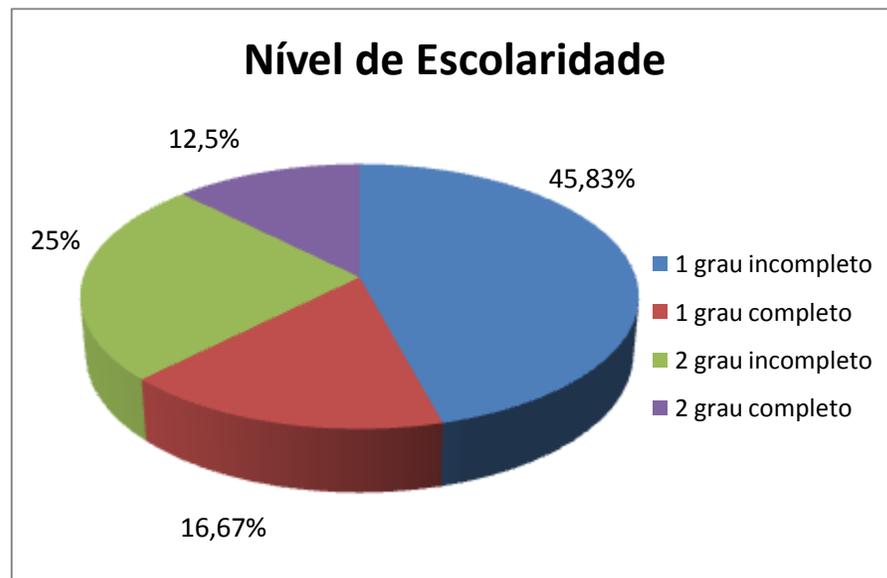
Neste capítulo, tivemos o propósito de analisar os principais resultados na fase empírica do estudo. Considerando as questões norteadoras, o objeto de estudo e objetivos, além do referencial teórico, optamos por iniciar o capítulo apresentando uma breve caracterização das participantes da pesquisa. Em seguida, analisamos as categorias, descrevendo as vivências das mães no primeiro contato com o bebê logo após o nascimento; bem como, as expressões maternas à luz das políticas públicas de saúde em relação ao Hospital Amigo da Criança.

O perfil das participantes permite conhecer a realidade do grupo pesquisado, para planejar e implementar a assistência, pois conforme aponta a carta de direitos dos usuários de saúde, é direito de todos os cidadãos terem um atendimento acolhedor nos serviços de saúde, de forma humanizada, livre de quaisquer discriminação ou restrição em função de idade, cor, orientação sexual, etnia, condições econômicas ou sociais, ser portador de patologias ou deficiências (BRASIL, 2007)

Quanto ao nível de escolaridade, 11 (45,83%) das entrevistadas têm o primeiro grau incompleto, 04 (16,67%) apresentaram o primeiro grau completo; 06 (25,0 %) referiram-se ao segundo grau incompleto e 03 (12,5%) concluíram o segundo grau. Cabe destacar que nos relatos de algumas depoentes, a evasão no processo de escolarização é apontado pela ocorrência da gravidez, que é interrompida para cuidar do bebê, além da necessidade de realizar os afazeres domésticos.

Os resultados apontam que as participantes apresentam um baixo grau de escolaridade: menos da metade das entrevistadas detinham o segundo grau completo (12,5%) e outra parcela (45,83%) apenas o primeiro grau incompleto, conforme o gráfico a seguir:

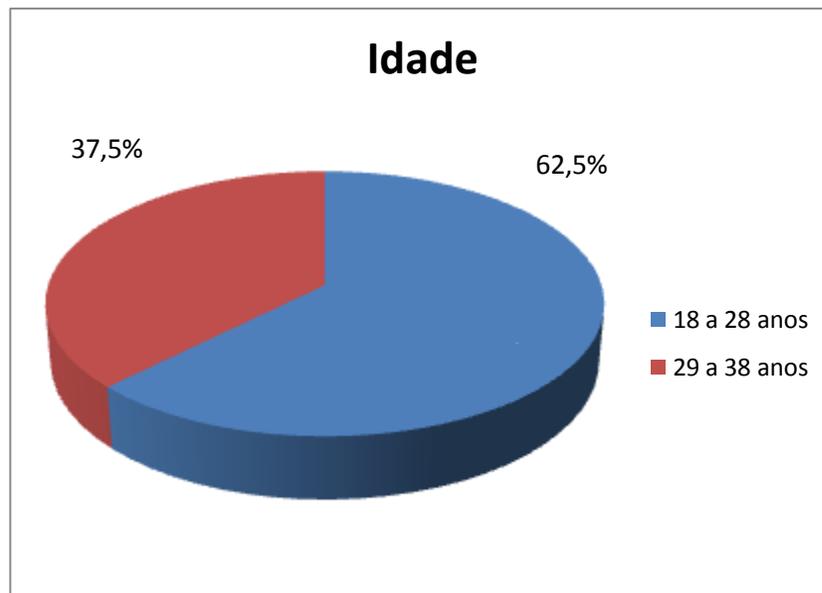
Gráfico 01- Distribuição do nível de escolaridade em parturientes em uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro. Ano: 2011-2012



Essa variável influencia na visão de mundo dessas mulheres, no que diz respeito à maneira de viver, sentir e conseqüentemente conceberem e relatarem às suas experiências. De acordo com Gauthier (1998), o processo de percepção e reconhecimento das mulheres contribuem ou interferem no seu cognitivo. Logo, podemos correlacionar o nível de escolaridade como a possibilidade de estarem melhor orientadas e aptas à receptividade do seu bebê.

A faixa etária das depoentes variou de 18 a 38 anos, sendo que 15 (62,5 %) encontrou-se na faixa etária de 18 a 28 e 10 (37,5%) distribuíram-se nas diferentes idades entre 29 e 38 anos, segundo o gráfico 2 abaixo:

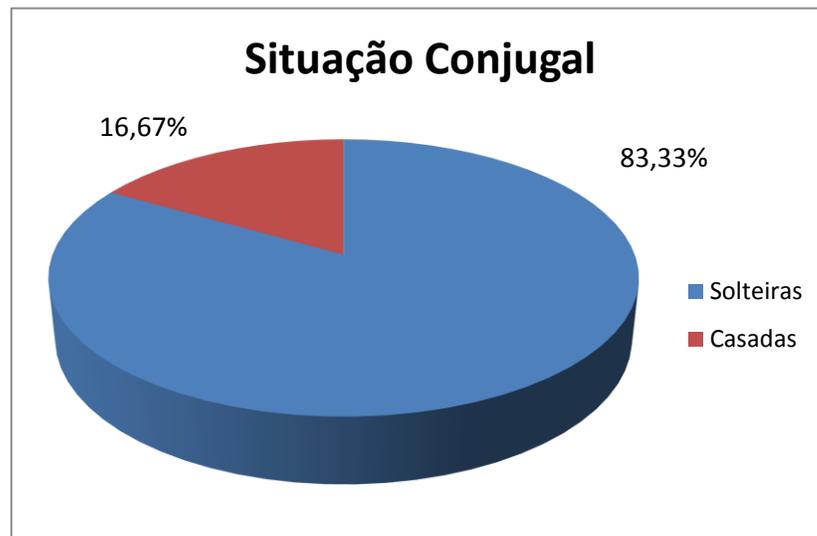
Gráfico 02- Distribuição da faixa etária em parturientes em uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro. Ano: 2011-2012



De acordo com Lima(2003), devido a juventude e a falta de experiência que caracteriza o grande contingente de gestantes nos dias de hoje, evidencia-se maior necessidade e urgência de um sistema eficaz de orientação, educação e acompanhamento pré-natal mais rigoroso. Em consequência, é necessário a disponibilidade de um serviço de saúde adequado às condições econômicas e culturais das mulheres, favorecendo a horários variados para fornecer as orientações necessárias, compatibilizando outros procedimentos e consultas com os demais profissionais de saúde de forma a possibilitar uma assistência integral.

Quanto à situação conjugal, das 24 depoentes, 20 (83,33 %) são solteiras e 04 (16,67 %) são casadas. Vejamos a distribuição no gráfico 03, a seguir:

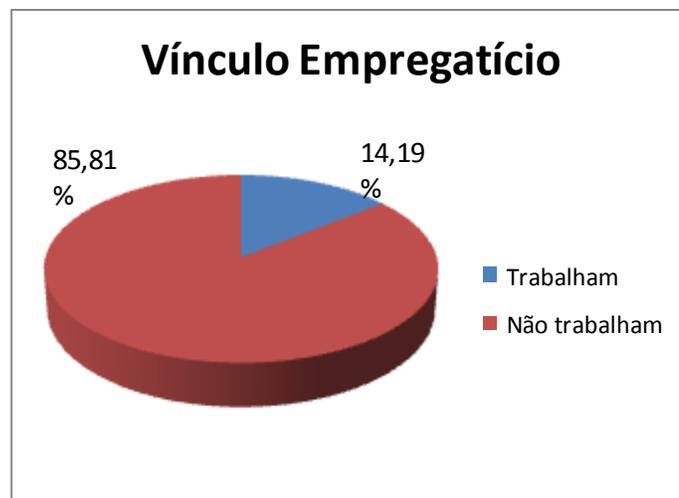
Gráfico 03- Distribuição da situação conjugal em parturientes em uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro. Ano: 2011-2012



A participação feminina torna-se um dado cada vez mais presente. Contudo, a evasão escolar e a baixa inserção no âmbito trabalhista apontado no estudo presente vêm possibilitar reflexões acerca da adoção de medidas adequadas à dupla jornada de trabalho, garantindo os direitos de assistência à saúde da mulher. (LIMA, 2003)

Em relação ao vínculo empregatício, a maioria das mulheres(85,81%) relataram não trabalhar e apenas 14,19% trabalhavam.

Gráfico 04- Distribuição do vínculo empregatício em parturientes em uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro. 2011-2012.



Partindo para a descrição e análise, na busca do objeto de estudo, discutimos os dados especificamente relacionados com os objetivos da pesquisa. Os resultados indicam desabaços, dúvidas, reconhecimentos e desconhecimentos que ficaram explícitos nos relatos das depoentes

no que diz respeito ao primeiro contato com o bebê após o nascimento. Elas apontam situações pessoais, contudo, observa-se a inclusão de uma ideologia no senso comum sobre as suas necessidades e expectativas em relação às vivências maternas no primeiro contato com o bebê após nascimento.

Cabe destacar que é direito dos cidadãos terem um atendimento resolutivo com qualidade, com garantia da continuidade da atenção, sempre que necessário, fornecendo as informações de forma clara, objetiva e compreensível, considerando a condição cultural, respeitando os limites éticos. (BRASIL, 2007)

Pelos depoimentos obtidos foi possível evidenciar que o sentimento expressado pelas mães, ao vivenciarem o primeiro contato com os seus filhos, em sua maioria, é de felicidade e de alegria. Algumas dessas mães relatam sobre o desejo de que a recepção do bebê aconteça o quanto antes. É geralmente, na primeira hora de vida do bebê que a mãe se torna mais sensível e comovida com o nascimento e se concretiza o vínculo afetivo.

4.2- CATEGORIAS ANALÍTICAS

As categorias analíticas possibilitaram uma aproximação dos resultados numa análise à luz do referencial teórico adotado, buscando aprofundar as vivências maternas no primeiro contato com o bebê após o nascimento e as expressões percebidas diante da experiência das mulheres na sala de parto.

CATEGORIA 1- Vivências maternas acerca do primeiro contato com o bebê após o nascimento

A experiência do parto sempre representou um evento importante para as mulheres; é como um acontecimento único e especial, quando ocorre a transição da mulher para o seu novo papel, o de ser mãe.

As mães relatam em seus depoimentos, a vivência no primeiro contato com o bebê após o nascimento, demonstrando sentimentos de felicidade e alegria, amor e até mesmo de uma, emoção muito grande, como destacamos a seguir:

“ É uma coisa inexplicável, mesmo que não seja o primeiro filho... a emoção é muito grande[...] o coração bate forte, a mente vai a mil, você vai vendo cada detalhe [do bebê]...” (Tulipa)

“ Ah, foi bom, ter um sentimento de alegria. Era um ser que eu já gerava por 9 meses, uma criança que já estava sendo gerada mesmo... (Orquídea)

“ Ah, alegria, de felicidade, em ver que ele está bem, com saúde”. (Jasmin)

“ [um sentimento] De amor, de emoção. Amor, carinho, apesar de todo o sofrimento. Foi de felicidade; parecia uma festa...” (Copo-de-leite).

Pelas expressões acima, as mães tiveram no primeiro contato com o seu bebê após o nascimento, sentimentos afetivos dos mais diversificados, demonstrando o carinho, amor, desejo

de pegar, de beijar e a expectativa da espera de um novo ser. Expressaram sentimentos bons, de alegria e de uma emoção imensa, como algo inexplicável, ainda que não seja o seu primeiro filho. Descreveram o coração bate forte, a mente vai a mil e elas vão observando cada detalhe do seu bebê; como uma coisa divina, em que somente Deus pode realizar este milagre, considerando o filho como algo supremo, como observaremos nos relatos a seguir:

“...foi uma emoção muito grande, cada filho é diferente, é uma coisa divina, pois só Deus para colocar um ser no nosso ventre, e quando ele vem, a gente nem acredita... o resultado é supremo!” (Orquídea)

“...inexplicável! Não tem como dizer! Você vê que é capaz de ter um ser tão pequenininho, e quando vê já está em seus braços, sobre seus cuidados! (Dente-de-leão)

“Ah, foi bom, ter um sentimento de acolhida, de ter ele assim, perto de mim, foi uma sensação muito gostosa, de poder tocar, de ver os seus olhinhos logo quando nasce(Anis)

“Sim, foi bom! Eu acho o contato com a mãe fundamental[...] Eles sentem e devem falar: ei, essa é a minha mãe. E aí você vê e olha logo que é sua filha, no sentido de afeto também, é o primeiro contato, é uma troca da mãe para com o bebê e do bebê para com a mãe! (Lavanda)

É importante ressaltar a forma como os seres humanos pressentem, intuem e movem-se em direção a alguma coisa; é antes de tudo, sentida, vivida e daí se deduz que o ser humano vivencia o mundo primeiramente através dos sentidos. Como o animal, o ser humano em sua evolução era, primeiramente instintivo. Portanto, a razão, o desenvolvimento do pensamento, a atividade intelectual aparecem depois. Antes mesmo da linguagem, a forma de comunicação se dava através dos gestos e das mímicas (WALDOW, 2008)

Cabe destacar que a gravidez leva a uma readaptação dos mecanismos corporais e psicológicos da mãe. Os nove meses de gestação confere um período suficiente para que essa

mulher passe por uma transformação; ela começa a direcionar a preocupação que em outrora era para consigo a outro ser, que em alguns meses estará sobre os seus cuidados (TOMAZ, 2005, p. 140).

Autores como Winnicott(2006), disserta que mães saudáveis apresentam um estado psíquico denominado de *preocupação materna primária*; quando a mulher se encontra nessa condição, desenvolve um estado de sensibilidade aumentada, principalmente no final da gravidez, continuando por algumas semanas após o parto. Nesse estado, as mães se colocam no lugar do seu filho; isto é, elas desenvolvem intuitivamente uma capacidade de identificação com o bebê, permitindo-lhes ir ao encontro de suas necessidades. Essa mãe, portanto, estará instintivamente sensibilizada e direcionada a ir ao encontro do seu bebê logo após o nascimento para atender às suas solicitações, sempre imersas por carinho e zelo.

É imprescindível que esse momento de aproximação seja respeitado e que a enfermeira possa estimular a recepção do bebê pela mãe, de modo a proporcionar o vínculo entre ambos, conforme descrito abaixo:

“[...] Ah, foi quando colocaram ela aqui no meu peito, sabe? E eu chorei, foi muito legal! [...] quando eu vi seus olhinhos, foi muito bom, bem emocionante!(Bromélia)

“Quando colocaram ele aqui pertinho de mim, no meu peito! Ah, eu tenho 3 filhos, cada um é um, cada um veio de um jeito. Mas esse, dessa forma é o primeiro!(Dente-de-leão)

“ O rostinho, assim, narizinho com narizinho, que a minha cunhada ajudou a segurar, a colocar junto de mim, esse foi o primeiro contato! Até hoje, quando encosto o rosto no dele, ele fecha o olho! (Tulipa)

“ Logo que nasceu, colocaram ele assim, em cima de mim, foi tão lindo aquela hora.. Foi uma emoção muito grande! (Orquídea)

“Assim que ele nasceu, colocaram em cima de mim[...] Adorei receber ele aqui, foi emocionante! [...] Fiquei muito calma depois que ele veio para mim, vi que ele estava ali, pertinho de mim, foi ótimo! (Begônia)

Devemos considerar ainda que é no período de pós-parto que a mulher encontra-se em um momento de ambiguidade; ao mesmo tempo que se sente realizada, ela também se sente confusa. Isto pode conseqüentemente refletir na forma em como o primeiro contato com o seu filho será estabelecido. Ao observamos o comportamento dessas mães na recepção do bebê ainda na sala de parto, identificamos atitudes que refletem surpresa, encantamento, emoções, mas percebemos dúvidas, e medo, constatados por uma das depoentes, conforme a fala a seguir:

“ [...] a médica disse: segure aí [o bebê] e eu disse não, não quero. Não, [...] ah, eu sei lá, estava muito sujo e eu nervosa, apesar desse parto ter sido diferente dos demais, quando tive o acompanhamento do meu marido.

As mães quando demonstram tal comportamento, afirmam que a atitude dos profissionais que a assistem podem levar à rejeição imediata no primeiro contato, por não estarem muitas vezes preparadas ou dispostas para a recepção do bebê. Neste caso, inferimos que esta situação ocorreu por falta de preparo ou observação sobre essa recepção, ou até mesmo pela não aceitação da gravidez, ocasionando rejeição ao conceito.

É compreensível que essas mães, ao conceberem seus filhos, em sua maioria expressem o desejo de recepcionarem ou não o seu bebê, o que deve ser respeitado. Problemas poderão surgir caso este vínculo seja interferido, por meio de uma rotina institucionalizada, procedimentos adotados na sala de parto ou forma de atendimento de plantonistas. Há evidências científicas que demonstram que os sentimentos das mulheres pelos seus filhos são influenciados pelo ambiente onde deram à luz. Elas exprimem mais afeto pelos seus bebês quando são colocadas em ambientes em que o contato entre mãe e bebê é propício para o vínculo materno. Devemos salientar que as maternidades de hoje, estão longe de possibilitarem uma condição participativa, acolhedora e favorável às mães na recepção do bebê logo após o nascimento. Tal situação

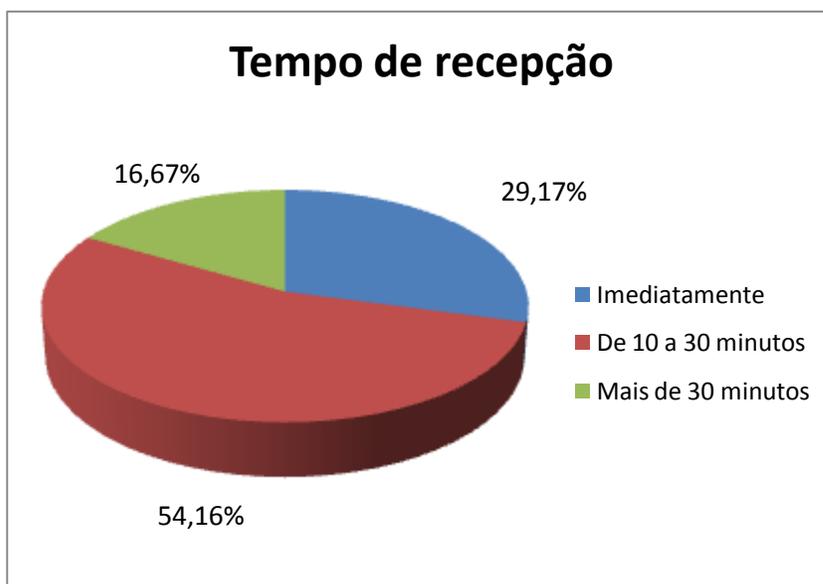
envolve constante tomada de decisão por parte da equipe obstétrica da sala de parto, determinada pela imposição de limites e na aceitação de novas práticas de humanização do cuidado.

Odent (2000) disserta que o vínculo se desenvolverá através da liberação de endorfinas pela mãe e pelo bebê durante o trabalho de parto, que induz conseqüentemente, à dependência afetiva e emocional. Ao infringir o curso natural do parto, essa interação hormonal imprescindível pode ser prejudicada, interferindo no vínculo entre a mãe e o seu bebê.

Esse toque precoce, principalmente no mamilo e na auréola pode influenciar positivamente na relação entre mãe e bebê durante os primeiros dias após o parto; o contato com a criança desempenha um papel importante na manutenção do comportamento materno nos mamíferos. (OMS, 2001, p. 47).

Das 24 participantes na pesquisa, verificamos em relação ao tempo de recepção que 07 mães (29,17%) receberam o bebê logo após o nascimento, 13 (54,16%) mães receberam o bebê em um intervalo de 10 a 30 minutos e que 04 (16,67%) receberam o bebê em um intervalo de mais de trinta minutos, isto é, após terem sido realizados os procedimentos imediatos na sala de parto, o que podemos verificar no gráfico abaixo:

Gráfico 05- Distribuição do tempo de recepção do bebê à mãe. Ano: 2011-2012.



Estes procedimentos normalmente são utilizados na sala de parto e referem-se à avaliação da vitalidade fetal (APGAR), aspiração das secreções nasofaríngeas, mensuração dos perímetros cefálico e do comprimento, peso, avaliação do Capurro (relação do desenvolvimento fetal com a sua idade), administração da vitamina K (prevenção de doenças hemorrágicas) e da vacina anti-hepatite B (prevenção de complicações hepáticas causadas pelo vírus), entre outros.

De acordo com o preconizado pela OMS (2005), em suas condutas que são claramente úteis e que deveriam ser mais encorajadas frente ao parto normal, a realização precoce do contato pele a pele, entre mãe e filho vêm recebendo destaque somando ao apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e o parto. Portanto, observamos que estes profissionais não estão focando a humanização frente ao parto natural ao prestarem uma assistência que prioriza a observância de protocolos e rotinas, postergando esse primeiro contato e dificultando o vínculo materno de forma precoce.

O Ministério da Saúde (2000) vem corroborar esta mentalidade por meio do Programa de Humanização do Parto e Nascimento cujo objetivo principal é reformular a assistência, de forma a ampliar o acesso das mulheres e garantindo a realização de um conjunto mínimo de procedimentos, dando destaque à recepção dos bebês de forma precoce, mantendo o vínculo afetivo, a troca hormonal de ocitocina endógena e o estímulo à amamentação.

Um contato tão curto quanto de 15 a 20 minutos na primeira hora pode ser benéfico, enquanto até mesmo uma interrupção de contato por 20 minutos na primeira hora pode ser prejudicial; mesmo se a sucção espontânea não ocorrer em até 45 minutos após o nascimento, o contato pele-a-pele deve iniciar-se tão logo quanto possível após o parto (OMS, 2001, p. 48).

Nesse pensamento, observamos que apenas 07 (29,17%) mães tiveram o primeiro contato com o seu bebê imediatamente após o nascimento, deixando-se retardar o clampeamento do cordão umbilical, motivando para o primeiro contato, o vínculo afetivo e estimulando à amamentação precoce.

Este contato precoce é uma prática benéfica às parturientes por ocasião do nascimento e que deve ser estimulada. É neste período que a lactação estará propícia para ser iniciada; a produção de prolactina e ocitocina encontra-se nesse momento em seu ápice. (BRASIL, 2008)

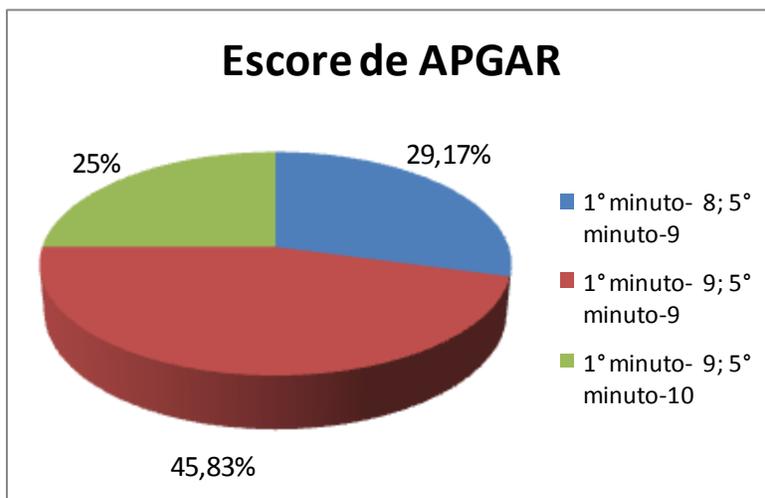
Nas duas situações descritas, não foram observadas alguma justificativa nos prontuários das mães para que o primeiro contato com o bebê não fosse mantido imediatamente após o

nascimento, o que nos leva a crer que tais procedimentos podem ser postergados, priorizando a recepção do bebê pela mãe.

Nos registros do diário de campo, em que consta a avaliação do ajuste imediato desses bebês à vida extrauterina (APGAR), era em torno de 8 a 9 no primeiro minuto. Escores entre 7 a 10 no primeiro minuto indicam ausência perante a essa adaptação (TAMEZ, 2011). Portanto, esses bebês poderiam permanecer por alguns minutos junto às mães, num ato de humanização ou acolhimento do bebê no parto.

Nos partos observados, o escore de APGAR foi favorável à recepção do bebê logo após o nascimento. Das 24 situações observadas, 06 partos obtiveram o escore de 9/10 (29,17%); em 11 bebês, o escore de APGAR foi de 9/9 (45,83%) e em 07 bebês o escore foi de 9/10 (25%), conforme o gráfico 06, abaixo:

Gráfico 06 - Distribuição do Escore de Apgar em minutos, de recém-nascidos de uma maternidade do município do Rio de Janeiro. Ano: 2011-2012



O programa de assistência à saúde da mulher fundamenta-se no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério, com a finalidade de assegurar a melhoria do acesso da cobertura e da qualidade dessa assistência numa perspectiva dos direitos de cidadania. (BRASIL, 2002)

Nesse pensamento, entendemos que é por meio do contato pele-a-pele, que mãe e filho concretizam o vínculo afetivo. Neste curto intervalo de tempo, ocorre a estabilização sanguínea, a regulação dos batimentos cardíacos e da respiração do bebê, por meio da redução do stress e do choro. A mãe, conseqüentemente, sente-se mais confiante e segura à medida que vai tocando e acolhendo o seu filho. Esse vínculo poderá ser prejudicado caso a mãe venha a ser pega de

surpresa, e esta poderá não se sentir pronta para receber o bebê no mundo. Após o nascimento, a mãe irá conhecer o seu filho à medida que cuida dele e reconhece os seus estímulos (THOMAZ, 2005).

Caso a mãe esteja impossibilitada, ou o seu bebê estiver doente, necessitando de qualquer intervenção, o aleitamento materno entre ambos é colocado em risco. O contato precoce pode não ser possível, o alojamento conjunto pode ser adiado. Entretanto, com um bom manejo e apoio emocional para desenvolver a autoconfiança da mãe, os efeitos adversos podem ser substancialmente superados. (OMS, 2001, p. 59)

Gentileza e apoio, podem fortalecer a autoconfiança da mãe e ter um efeito duradouro no vínculo materno. Os cuidados hospitalares convencionais possuem efeito contrário nessa receptividade; ao ter apoio durante o trabalho de parto, por meio do toque e conversas, elas refletem menor dificuldade frente à amamentação, estando mais aptas à recepção do bebê (op. cit, p. 60).

Ficou nítido que mesmo as mães expressando o desejo de pegar o seu bebê e de passar as 24 horas com ele, ao ser questionada acerca da forma como ocorreu o primeiro contato, ela expressa que na realidade, o primeiro contato somente aconteceu após a avaliação do pediatra, isto é, após 30 minutos após o nascimento, conforme os relatos abaixo:

“[...] a médica só me mostrou ela e levou para a pediatra.” (Cravo)

“[...] Primeiro, nasceu e levaram. Nem a vi, só umas partezinhas dela, depois que ela veio[...] é normal né, levaram ela para realizar os procedimentos e depois que trouxeram (Flor de Lis)

Verificamos que nas situações descritas acima, esta é a realidade de uma maternidade, onde os protocolos assistenciais estão fortemente arraigados pela medicalização dos cuidados, pelo modelo hegemônico e hospitalocêntrico.

No que diz respeito ao tempo foi possível observar o período para a apresentação do bebê à mãe. Dos 24 partos, 07(29,17%) ocorreram imediatamente após o parto, 11(54,16%)

ocorreram no intervalo de 10 a 30 minutos e 04(16,67%) casos a receptividade do bebê aconteceu a partir de 30 minutos.

Torna-se óbvio que o ambiente acaba por se contrapor ao vínculo precoce entre mãe-bebê para que seja estabelecido o mais rápido possível, como uma estratégia de estímulo ao parto normal, procurando sensibilizar os profissionais do centro obstétrico para a observância na estimulação do primeiro contato.

Devemos considerar que existem hoje, protocolos assistenciais publicados pelo Ministério da Saúde, nas últimas décadas, onde está preconizado um novo paradigma, ao estabelecer ações reformadoras da prática assistencial nas maternidades públicas municipais. Este ideário contribui para uma proposta ideológica do movimento de humanização do parto, que visa a uma atenção humanizada à mãe, criança e família, respeitando-os em suas individualidades.

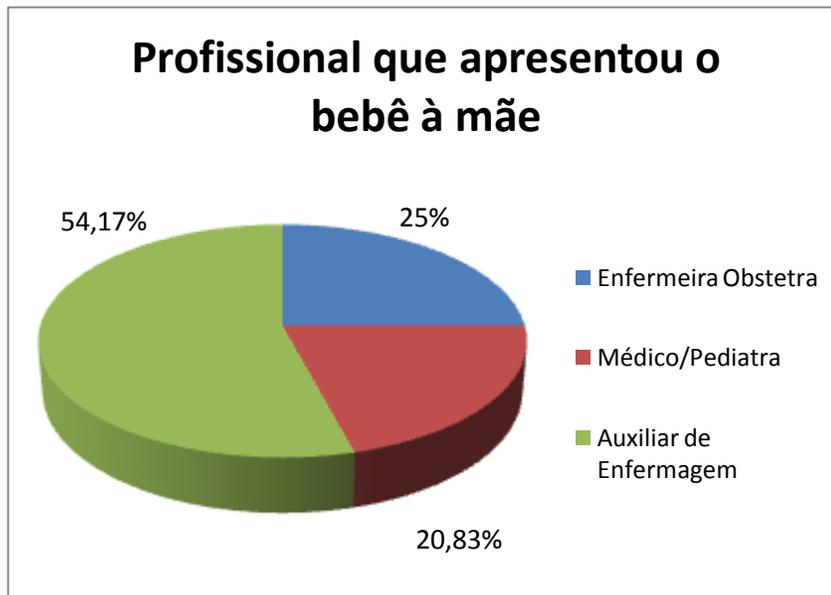
No pensamento de Gomes (2004, p. 30), este não é o quadro predominante no país, e expõe a distância entre as diretrizes e a realidade nos serviços públicos. Estratégias de atenção são formuladas sem articulação entre os formuladores e os responsáveis pelo gerenciamento dos serviços de saúde. Nesse sentido, entendemos que deve haver uma relação de proximidade entre quem produz e quem planeja as ações, contemplando as necessidades e expectativas da mulher melhorando a qualidade da assistência prestada.

Dar voz a essas mulheres, constituiu-se um forte indicador de qualidade; mais do que ninguém, elas expressam seus medos e ansiedades, contribuindo para que as condutas possam garantir os direitos legalmente constituídos.

Neste contexto, a enfermeira possui um papel indispensável na realização deste contato. Pode ser um facilitador, prorrogando os cuidados rotineiros, ou gerar malefícios, desrespeitando os mecanismos fisiológicos do recém-nascido e de sua mãe. Um ambiente tranquilo e acolhedor, onde a mãe possa se posicionar o mais confortável possível e favorecer a confiança materna são exemplos de atitudes do profissional que vêm a colaborar para que esse vínculo seja estabelecido (MATOS, 2009).

Dos 24 partos, observamos que em 06 (25%) o profissional que realizou a apresentação do bebê foi a Enfermeira obstetra; em 05 (20,83%) partos a apresentação foi realizada pelo Obstetra ou Pediatra, e em 13(54,17%) partos, o profissional que realizou a apresentação foi o Auxiliar de Enfermagem em atividade nas salas de parto, como mostra o gráfico 07, a seguir:

Gráfico 07- Distribuição dos Profissionais que apresentaram o bebê à mãe em uma maternidade do município do Rio de Janeiro. Ano: 2011-2012



É a enfermeira que possui a oportunidade de colaborar para que este contato seja iniciado o quanto antes; a sua presença no reconhecimento mãe-filho proporciona um cenário acolhedor onde emoções e sentimentos se tornam visíveis e nítidos.

A ternura, é uma expressão de sensibilidade, delicadeza, e a forma concreta de expressá-la é por meio da carícia, do toque. Nem todos os profissionais aceitam a idéia de acariciar. Contudo, o ato de cuidar reside justamente na expressão sensível, na interação que pode ser apenas gestual, silenciosa através do olhar. É por meio do toque que conseguimos transmitir sentimentos de afeto, aceitação; a carícia é a mais bela forma de expressar a ternura humana(WALDOW, 2008), e podemos constatar este pensamento nos depoimentos a seguir:

“... É uma felicidade, é uma felicidade grande[...] Você quer pegar [o bebê], quer beijar, quer passar as 24 horas com a criança, a gente fica com essa sensação. Eu queria pegar[o bebê], ficar logo com ele.” (Cravo)

“... Logo que nasceu, colocaram ele sobre mim, foi tão lindo aquela hora para mim! Foi uma emoção muito grande! (Orquídea)

A mãe, dentro do aspecto psicoafetivo, cria representações sobre o bebê. E é no momento do parto que ela vai de encontro com o idealizado como o bebê real: o bebê que irá nascer está permeado pelas melhores fantasias, construídas pelos pais. Após o nascimento, a mãe passa a vivenciar o bebê real. Ou seja, na mente da mãe, o bebê já começa a existir antes mesmo do nascimento, a partir do desejo que cada mulher possui desde a sua infância. Ele começa a ser criado por meio das representações que a mãe oferece, em consequência das sensações que ele provoca ainda na vida intrauterina. Quando o parto ocorre, esse bebê passa a deixar de existir, dando lugar ao bebê real (SANTOS, 2009). Ela precisa passar por esse processo, reconhecendo o seu filho, tocando-o e identificando as suas peculiaridades, desconstruindo o idealizado, e construindo o bebê na sua visão real.

O bebê imaginado, é aquele no qual é criado pelos pais durante a gravidez, a partir de experiências do bebê intraútero, da imagem do ultrassom e das características do comportamento do bebê, ainda no ventre de sua mãe. Ele é mais evidente a partir do quarto mês de gravidez até o sétimo mês. É formado pelas melhores fantasias parentais sobre o bebê que desejam e acreditam que vá nascer. O bebê real é aquele que nasce e que deverá receber os cuidados necessários para a sua sobrevivência e desenvolvimento. Começa a surgir no final do período gestacional, facilitando a aproximação que ocorrerá no seu nascimento. (BRASIL, 2009, p. 26)

Cabe salientar que a gravidez não é um evento isolado na vida de uma mulher. Devem ser considerados os mais diversos aspectos- social, econômico e cultural- que irão influenciar diretamente a forma como a mulher irá vivenciar esse momento na sua vida, bem como as repercussões que isso poderá desencadear (THOMAZ, 2005 p. 140).

A relação afetiva entre a mãe e o seu filho começa antes mesmo do parto. Inicia-se durante o desenvolvimento da gestação, sendo marcada por vários fatores. Para que essa relação se solidifique, após o nascimento, muitas mães precisam vivenciar perdas e mudanças que uma gravidez traz para suas vidas. É preciso desconstruir a imagem do bebê imaginado e as suas alusões de perfeição; é por meio do reconhecimento do seu filho que ela pode perpassar por essa transição de mentalidades e ideias, tornando-se apta a desempenhar as suas funções enquanto mãe e cuidadora (THOMAZ, 2005 p. 140).

Por isso, uma mãe necessita sentir a expansão de sua própria personalidade na personalidade de seu bebê; ambos precisam se sentir profundamente identificados um com o

outro. Os cuidados maternos com uma criança não se prestam de forma mecânica; trata-se de uma relação humana viva, que altera tanto a personalidade da mãe como a do seu filho. Mediante a isto, o bebê precisa sentir que pertence à sua mãe, e esta também tem necessidade de sentir que pertence a seu filho, e somente quando este sentimento é satisfeito é que pode se dedicar ao filho (BOWLBY, 2006, p 70).

Por conseguinte, muitas das mais intensas emoções humanas surgem durante a formação, manutenção, rompimento e renovação de vínculos emocionais. Em termos de experiência subjetiva, a formação de um vínculo é descrita como algo relativo a “apaixonar-se”. Isso consequentemente levou a examinar que as causas possíveis de distúrbio psiquiátrico na infância, fortemente relacionadas a ausência de oportunidade para estabelecer vínculos afetivos ou então a ruptura de vínculos que foram estabelecidos (BOWLBY, 2006, p. 98).

E é por meio da figura da enfermeira que obtemos a expressividade de emoções e sentimentos positivos, demonstrados na atitude, no semblante, no sorriso e na alegria de ter em suas mãos um ser único e real. Uma conexão que se traduz em uma interação afetiva é estabelecida a partir desse momento da recepção do bebê. Quanto mais precoce este acolhimento, maior habilidade em extrair significado dos encontros com o paciente em cada situação particular que ela vivencia, compreendendo os primeiros sentidos oriundos desses encontros (WALDOW, 2008). Suas atitudes, por conseguinte, são favoráveis para que a mãe possa reconhecer o seu filho, durante este primeiro contato, compreendendo os significados que este encontro pode desencadear.

Dessa forma, essa mãe, por intermédio do suporte fornecido pela enfermeira, poderá identificar o seu bebê, de forma real e concreta; sentindo-se mais segura para cuidar do seu filho à medida que o reconhece em sua totalidade. Portanto, essa enfermeira ao cuidar, passa a realizar uma ação, interagindo com a mãe a ser cuidada, com envolvimento e responsabilidade

CATEGORIA 2- Expressões maternas sobre a assistência de enfermagem recebida no primeiro contato com o bebê após o nascimento.

A experiência da parturição sempre representou um evento muito importante na vida da mulher; um momento no qual é marcado pela transformação da mulher em seu novo papel, o de ser mãe. Este protagonismo está associado a aspectos emocionais e socioculturais, descritos como

uma experiência única e relevante, que conduz ao crescimento pessoal. Estes fatores associados à emoção do primeiro encontro com o filho, repercutem numa maior satisfação com a cena do parto normal, segundo Bruguemann (2012, p. 464).

As enfermeiras possuem um papel relevante na assistência ao parto e nascimento. Auxiliar e encorajar as mulheres para o contato precoce com seus bebês, ou seja, logo após o nascimento é fundamental para que possamos respeitar a celebração familiar e o contexto sociocultural do nascimento, recuperando o protagonismo das mulheres no parto, considerando suas opiniões sobre a melhor maneira que gostariam de receber o bebê (Op. cit, 2012, p. 460).

A maioria das depoentes relata de forma positiva sua opinião sobre a assistência de enfermagem desde o momento da sua internação. Expressam que a equipe de enfermagem se portou de forma atenciosa, esclarecendo as suas dúvidas, como observamos nos depoimentos abaixo:

“... Eu gostei mais do que da minha primeira filha, porque me deram muito mais atenção. Eu fiquei lá e vinham me examinar toda hora, e dessa vez conversavam comigo, ficaram comigo o tempo todo, e me deixaram menos nervosa.” (Girassol)

“ Sempre que eu estava precisando de algo, eles[enfermeiros] vinham logo me atender, sempre tinha uma enfermeira, pronta para atender” (Tulipa)

“ Bom, me atenderam na hora, foram logo me dando o roupão, medindo a minha pressão, perguntando sempre o que eu estava sentindo” (Rosa)

Parturiente e profissional de enfermagem compartilham informações em um processo recíproco, isto é, a enfermeira oferece informações, oportuniza aprendizagem necessária para que ela possa fazer suas escolhas e decisões, e o profissional, por sua vez, compartilha seus desejos, medos e esperanças. Dessa forma, ambos são capazes de planejar as ações que melhor respondam aos seus interesses, além de reconhecer, quem cuida apóia e reconhece suas decisões e escolhas (WALDOW, 2008, p 57).

As intenções da mãe em relação ao seu bebê são geralmente formadas antes mesmo do parto. Vários fatores, incluindo normas sociais presentes mesmo antes da gravidez são os principais determinantes. Contudo, práticas hospitalares podem influenciar em sua decisão final, mesmo durante uma curta admissão na maternidade (OMS, 2001, p. 103).

Por meio do suporte oferecido às mulheres demonstram confiança na sua capacidade de lidar com o trabalho de parto e nascimento; dessa forma apontam para o parto como um acontecimento natural e saudável para si e o bebê. Proporcionar métodos alternativos no qual a mulher pode desenvolver o seu protagonismo frente ao parto normal, também contribui para que aconteça um crescimento pessoal à construção de uma nova identidade, o status de ser mãe, cercado por sentimentos positivos de alegria, felicidade e realização (BRUGGERMAN, 2012 p. 460), conforme evidenciamos nos relatos abaixo:

“Ah para ter contato com a mãe e a mãe vai reconhecendo seu bebê, nas primeiras horas de vida, toma o leite, que é bom, e aí fica juntinho da gente, é importante tudo isso” (Angélica)

“Com ele eu senti um contato completo, ele ficou o tempo todo comigo, ali do meu ladinho, e foi diferente! E por isso eu considero essa a melhor forma, no momento que ele está ali, com você, está protegendo ele, o resguardando de qualquer coisa!” (Dente-de-leão)

“Porque esse é o primeiro contato, com a gente, acabou de nascer, tem de vir logo para a gente! É tanto tempo de espera, que quando nasce a gente quer pegar, tocar de uma vez!” (Flor-do-Campo).

É essencial que a mulher durante o trabalho de parto sinta-se acompanhada, orientada e com um espaço de confiança no profissional que lhe assiste. É necessário que ela perceba que o parto exige muito mais de si, do seu conhecimento sobre as fases do parto e possa realmente ser “sujeito-ativo” nesse processo.

Ao desenvolver uma relação fraterna, isenta de manipulação, permitimos que a expressividade de cada um no processo de cuidar se torne nítido. A relação se torna segura, a

mulher se torna confiante, conectada à enfermeira. Reconhece que pode confiar na integridade da enfermeira enquanto cuidadora, como pessoa e profissional, em sua competência e sensibilidade (WALDOW, 2008).

As expressões abaixo demonstram o sentimento das mães em relação ao cuidado recebido na sala de parto pelos profissionais de enfermagem:

Ah, não, eles [equipe de enfermagem] foram super atenciosos comigo. Toda hora iam verificar como eu estava, tiveram muita atenção comigo. (Bromélia).

“Foi mais um dos motivos[o atendimento] por ter escolhido essa maternidade(...) pelos profissionais da maternidade, que dão uma atenção necessária, que em muitos lugares a gente não vê isso” (Laranjeira)

“Meu esposo pode ver, receber[o bebê], ele estava comigo, eu precisei dele, não tem outra forma, meu maior medo era de meu esposo não ver e ele viu o parto” (Tulipa)

Essa atenção e cuidado traduzem uma sensibilidade que demonstra expressão de ternura, de amor, e a forma real de transmiti-la é por meio do toque, da carícia. Entretanto, verificamos no dia-a-dia que nem todos os profissionais estão habituados com a idéia da mãe poder acariciar ou de tocar o bebê, de forma precoce. Todavia, é nesta expressão sensível para as mães que reside o cuidar; nessa transmissão de afeto, de aceitação da enfermeira para com a clientela.

Cabe salientar que com o advento da IHAC, adquiriu-se vasta experiência com diferentes tipos de treinamento. Todavia, o treinamento precisa incluir um forte componente prático e aspectos clínicos, e não deve ser predominantemente teórico; deve também focar as atitudes dos profissionais de saúde. Esforços devem ser empreendidos para fortalecer os passos relativos à educação, orientação e apoio às mães, antes e depois do parto. (OMS, 2001, p. 122)

Para as participantes da pesquisa, as ações de enfermagem são reconhecidas não meramente como atitudes profissionais, mas como um envolvimento de toda uma equipe de profissionais da sala de parto, que gera uma troca de confiança e estabelece vínculos, conforme evidenciamos abaixo:

“... Foi até mais do que eu esperava, que eles marcam consulta, marcou a primeira consulta dela[...] fez todos os meus exames, perguntando sempre se está tudo bem, gostei pra caramba daqui.” (Flor-de-lis).

“Eles foram super atenciosos comigo, deixando o profissionalismo de lado. Ficavam falando: Sua princesinha é linda. E a enfermeira ficou me chamando pelo diminutivo do nome, e ninguém me chama assim, foi bem legal!” (Jasmin)

Este vínculo, em que a parturiente e o profissional de enfermagem compartilham informações em meio a sentimentos, proporciona a cliente a opção de optar pelas suas escolhas e decisões. Ambos se tornam capazes de planejar as ações que melhor possam contemplar os interesses, necessidades e expectativas da mulher. (WALDOW, 2008.)

Por outro lado, alguns depoimentos relataram a assistência de enfermagem recebida de forma insatisfatória, no qual as mães deixam explícito a percepção de piadas, como estivessem fazendo escândalo, marcados pelo descaso frente às suas queixas, como observamos as expressões abaixo:

“Não gostei do modo que as moças[profissionais da sala de parto] estavam no plantão me atenderam...” (Violeta)

“Escutei piadas de enfermeiros, de médicos, dizendo que eu estava fazendo algum show, fazendo escândalo, como se não tivesse nada para nascer e que tinha feito isso para me levarem de cadeira de rodas” (Rosa)

A postura dos profissionais de enfermagem, ao dispensar o espaço para falar, bem como desconsiderando as suas queixas, enfatiza o silêncio e a ausência do diálogo. Assim, passa a considerar que o saber está sob o domínio de quem cuida, negando e desconhecendo o outro como uma pessoa capaz de pensar e de decidir. O reconhecimento do outro, como um ser autônomo pode ficar comprometido, caso alguém assuma a responsabilidade pela saúde do outro,

sem considerar a participação desse outro no desenvolvimento da assistência (LUNARDI et al, 2011, p. 812).

O respeito aos sentimentos das mulheres, ao valorizar suas queixas em relação à dor durante o trabalho de parto e parto, vivenciada de forma única por cada uma delas, é um passo importante de apoio da equipe de enfermagem, pois a experiência da parturição para a mulher caracterizada pelo sentimento de dor forte e intensa, que mexe com o seu emocional, de forma a desestruturá-la. (FRELLO; CARRARO, 2010 b).

Os profissionais que atendem na sala de parto, em uma minoria, de enfermagem ainda encontram-se distanciados das mulheres nas quais assistem e com isso não conseguem evidenciar suas reais necessidades daquele momento. É necessário maior conscientização da equipe para que possam oferecer à mulher por ocasião do parto maior segurança, respeito e confiança, possibilitando um ambiente tranquilo, harmonioso e acolhedor.

Cabe salientar que o parto normal é percebido pelas mulheres como um processo doloroso e que a insatisfação com a experiência do parto está associado com a má atenção da equipe, pouco ou nenhum controle do trabalho de parto, frequência de exames vaginais e limitações de movimentação, elevando com isso o seu nível de stress e ansiedade. A assistência prestada ao parto e nascimento ainda é fortemente caracterizada por uma relação interpessoal, no qual os profissionais estão distanciados do ser que a recebe, pela utilização de tecnologias intervencionistas e pela desinformação sobre o evento do nascimento. (BRUGUERMAN, 2012, p 461)

A ausência do pai na sala de parto, foi referida especialmente por uma depoente, que alerta que a equipe de enfermagem não permitiu que o seu marido assistisse ao parto, o que gerou nela sentimento de solidão e abandono durante o parto e nascimento, conforme observamos abaixo:

“ Não deixaram ele[o marido] entrar fiquei sozinha no pré-parto. O pior foi quando eu pedi para ele entrar, depois de 3 minutinhos ela nasceu! Quer dizer, ele poderia ter visto o parto. Ele nunca conseguiu ver nenhum. E isso é muito importante pra gente, que ele participe também!”(Onze-horas)

A assistência de qualidade à mulher no processo parturitivo é um direito fundamental, bem como representa um passo indispensável para garantir que ela possa exercer a maternidade

de forma segura e com bem-estar. Para isto, a equipe de enfermagem deve estar preparada para acolher a parturiente, seu companheiro ou demais familiares considerando todos os significados desse momento, com o dever de proporcionar a criação de vínculos, transmitindo confiança e tranquilidade. (PEREIRA, 2012, p. 77)

Na atenção à parturiente, o acolhimento é um dos elementos fundamentais para que possamos proporcionar a humanização da atenção obstétrica, pois é através deste que o trabalhador de saúde envolve-se com a mulher, seus familiares e consegue identificar as suas demandas, reduzindo o medo oriundo do parto. A ausência no início do acolhimento poderá contribuir para a elevação dos níveis de medo e ansiedade da mulher, tendo em vista a permissão da presença do acompanhante (op. cit., 2012, p. 77).

Do mesmo modo, os gestores de políticas públicas que apesar dos incentivos governamentais à humanização da assistência ao parto e nascimento, precisam repensar suas estratégias de ação, para obtenção de melhores resultados na prática obstétrica. (BRUGGERMAN, 2012, p 462).

Segundo a OMS (2002), a presença de algum familiar durante o parto e nascimento contribui para afastar a sensação de isolamento das puérperas e reduz o estresse. Contudo, o pai que é parte integrante da família, tem sido considerado como um elemento importante durante o trabalho de parto e parto. Ele pode propiciar à mãe muita segurança por ocasião do nascimento do bebê. Este evento deverá ser do casal, onde as emoções brotam e o primeiro contato com o bebê na troca de carinho, estimulando a concretização da amamentação.

Este caso vem se contrapor com o proposto na Lei 11.108 onde designa que os serviços de saúde do SUS ficam obrigados a permitir a presença junto à parturiente de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e puerpério imediato, como uma forma de amenizar o sofrimento e abandono nas unidades de atenção obstétrica (BRASIL, 2005).

Portanto, impedir a presença do acompanhante viola o direito da mulher como cidadã brasileira, e de sua própria capacidade de escolha e de optar pela presença do mesmo, de acordo com o seu desejo de quem esteja ao seu lado nesse momento (PEREIRA, 2012,p. 77)

Uma grande parcela das mulheres quando é admitida a sua entrada no setor de préparto, de imediato questionam sobre a presença do seu acompanhante, que muitas vezes pode ausentar-se por um breve momento para a realização da sua internação hospitalar frente ao setor de

documentação médica. Posteriormente, fica nítido que as mesmas portam-se de forma mais tranquila quando o seu acompanhante retorna para estar a seu lado.

Na sala de parto, durante o período expulsivo, o acompanhante fornece o apoio fundamental para a mulher; ela torna-se mais participativa e a recepção do bebê ocorre de forma mais natural, dentro de um contexto familiar e acolhedor.

Ao ampliar o conhecimento das mulheres sobre sua saúde e seus direitos, o enfermeiro pode proporcionar a autonomia e garantir a sua participação na tomada de decisões no ciclo-gravídico puerperal; por meio de um processo educativo que estimule à reflexão e a ação positiva das mulheres, acerca de seu corpo e do seu processo reprodutivo; a mulher se torna sujeito participante na tomada de decisões sobre seu corpo e do seu processo reprodutivo. Para tanto, é imprescindível que este profissional respeite a individualidade e sensibilidade feminina, considerando que o período gravídico-puerperal acomete importantes transformações físicas e emocionais na mulher (LUNARDI et al 2011, p 810).

Cabe destacar que a importância do compartilhamento de práticas e saberes, a partir de uma relação horizontal entre a mulher e o enfermeiro é que podemos nos tornar capazes de promover a adoção de medidas importantes e benéficas para a saúde materna e neonatal, com a participação da mãe. Ao proporcionar esta troca de saberes, possibilitamos a ampliação de conhecimentos, que por sua vez, favorece a autonomia e, garante à sua participação na tomada de decisões (op cit, 2011, p. 811).

Atualmente, o Ministério da Saúde tem lançado campanhas a favor do parto humanizado, buscando sensibilizar a inserção do pai durante o trabalho de parto e nascimento, se o casal assim desejar. O bom atendimento tem como efeito aliviar a ansiedade, superar medos e ansiedades, proporcionando a segurança e autoconfiança em relação ao parto e ao bebê. Isso permitirá ao casal acolher o bebê da melhor forma possível. (PORTO, 2008)

Em análise das propostas dos dez passos da IHAC recomendada pela OMS (2001), no atendimento ao parto normal e nas condutas que são úteis e devem ser encorajadas, o PHPN evidencia relações de assimetria entre o profissional e a mulher e o cuidado oferecido se concretiza de forma impositiva. Todavia, a forma como o trabalho de parto será conduzido deve ser uma decisão da mulher, cabendo ao profissional o papel de suporte (WALDOW, 2008).

Portanto, a preparação para viver o momento do parto é uma proposta para oferecer mais alternativas de ação que ampliam os recursos, como a intuição, sensibilidade, ligação amorosa entre os pais e o bebê por exemplo (MALDONADO, 2000).

As instituições públicas de saúde também devem visar à qualidade da assistência, pois todas as pessoas têm direito ao atendimento qualificado. Devem, portanto, investir nas condições necessárias para a prestação da assistência seja de qualidade, instituindo uma cultura de busca incansável por este objetivo, a fim de atender às necessidades e expectativas das mulheres (MOURA; COSTA; TEIXEIRA, 2010).

Melhorar o nível de conhecimento pode não ser efetivo para mudar práticas se não houver mudança de atitudes ou aumento nas habilidades. Treinadores experientes relatam com frequência, que um forte componente prático pode ter mais efeito, tanto nas atitudes quanto nas habilidades, de que um treinamento que consiste primariamente de informações teóricas. (OMS, 2001, p. 28)

O senso comum sugere que deve ser importante falar com todas as mulheres grávidas sobre alimentação infantil, aproximação entre mãe e bebê, preparando-as para este aspecto da maternidade. Elas devem receber toda informação de que precisam para tomar uma decisão informada e consciente. Discussões em grupo tratando de assuntos como mitos, inibições e demonstrações práticas são métodos úteis. Cabe salientar sobre a importância da participação das pessoas que convivem no ambiente social da mulher, e que exercem influência em suas decisões.(op cit, 2001, p. 38)

A valorização da escuta e do diálogo nas relações interpessoais com a equipe de enfermagem, fica evidente a partir do respeito, escuta, atenção e atendimento das necessidades mínimas que a equipe pode fornecer à mulher. Contudo, a satisfação das puérperas em relação ao atendimento na maternidade reflete a interação com os profissionais de enfermagem e não com a assistência propriamente dita, pois a grande maioria desconhece os seus direitos, declarando-se satisfeitas pelo simples fato de obter o atendimento. (MOURA; COSTA; TEIXEIRA, 2010).

Há necessidade de mudar atitudes que criam barreiras ao contato precoce logo após o nascimento; perpassar pelas crenças que permeiam à amamentação e pela a relutância da equipe de enfermagem em fornecer apoio, bem como evitar falhas por informações imprecisas ou inconsistentes.

As enfermeiras precisam compreender os fatores que influenciam a mulher na tomada de decisões importantes para parturição e auxiliar em suas escolhas, bem como orientar a respeito da fisiologia do parto, para que a mulher se torne consciente do que esperar, proporcionando que a vivência frente ao parto ocorra de forma menos traumática (BRUGGERMAN, 2012, p. 464)

Estas possuem um papel relevante na assistência ao parto e precisam desenvolver ações como: fornecer informações sobre a evolução do trabalho de parto, valorizar experiências positivas e auxiliar e encorajar as mulheres para o contato precoce com seus bebês, ou seja, logo após o nascimento e reforçar a importância do papel do acompanhante e de que forma eles podem sofrer suporte. (op. cit.)

É necessário, para a melhoria da prática clínica dos profissionais de enfermagem, uma nova abordagem que estimule a participação ativa da mulher-parturiente e de seu acompanhante, que priorize a presença constante do profissional junto à mulher, por meio do suporte físico e emocional, proporcionando bem-estar. (PEREIRA, 2012, p. 94).

Nesse pensamento, a assistência à parturientes na sala de parto é essencial que os profissionais de enfermagem sintam-se fortalecidos para reivindicar o lugar do cuidado como fenômeno responsável pela humanização. O que se pretende colocar é que, embora não seja uma característica unicamente da enfermagem, é nela que o cuidado se concretiza plenamente e se profissionaliza, pois ocupa o privilégio de estar frente ao cuidado humano, onde estão embutidos os valores que priorizam a paz, a liberdade, o respeito, o amor, entre outros aspectos. (WALDOW, 2005).

Considerações Finais

As propostas pertinentes às Políticas Públicas de Saúde em relação aos dez passos da Iniciativa do Hospital Amigo da Criança apontam para que outras vertentes possam ser contempladas; como por exemplo a importância de dar voz ao sujeito na qual a assistência é ofertada visando identificar as suas reais necessidades, e portanto, melhorar a qualidade da assistência.

Ao identificar o perfil das mulheres participantes da pesquisa, pudemos conhecer a realidade do grupo pesquisado, ocasião que nos aproximou das expectativas e vivências maternas acerca do primeiro contato com o bebê após o nascimento.

No grupo em questão, identificamos que é predominante o nível baixo de escolaridade, com o primeiro grau incompleto. No que diz respeito à situação conjugal, a grande maioria é solteira, o que reflete na falta de apoio familiar, e as interferências da mulher para seguir seu plano de vida, como o estudo e trabalho. No quesito vínculo empregatício, a maior parte das mulheres não trabalha, até mesmo, porque não conseguem creches ou parentes para cuidar de seu filho(a). E em seus depoimentos, identificamos o desejo em que a receptividade entre a mãe e o bebê fosse concretizada, bem como apontam sentimentos de satisfação quando o mesmo ocorre.

Contudo, identificamos situações não condizentes à esta receptividade logo após o nascimento; o tempo para recepção do recém-nascido à mãe, a maioria ocorreu no intervalo de dez a trinta minutos após o parto, mesmo quando não ocorreram situações adversas que justificassem o adiamento dessa recepção. O escore de APGAR dos bebês das vinte e quatro situações foram favoráveis para que os procedimentos aos cuidados imediatos ao bebê fossem postergados.

Cabe destacar, que os profissionais que mais se destacaram nas expressões das mulheres assistidas foram os da enfermagem- enfermeiros e auxiliares- os quais caracterizam-se por estarem mais próximo, oferecendo a atenção e realizando os procedimentos. Estes constituíram-se como um instrumento favorável para que o contato entre a mãe e o bebê acontecesse após o parto, principalmente por meio de sua atitude, o que é favorável para a concretização do vínculo materno e amamentação precoce.

Cada mãe descreveu sua vivência frente ao primeiro contato com o bebê, mas apontam para o reconhecimento e suporte como itens fundamentais para que o contato precoce seja concretizado. Elas reconheceram as situações positivas ao primeiro contato referindo a atenção

fornecida pela equipe de enfermagem e às orientações prestadas. Para a mulher é fundamental ter acesso às informações sobre o processo parturitivo e a recepção do bebê imediatamente após o nascimento, pois assim poderá vivenciar em plenitude, a experiência do nascimento, proporcionando à tomada de decisões, de forma a exercer os seus direitos. Relaram que a assistência de enfermagem recebida no primeiro contato com o bebê perpassou o profissionalismo, sendo reconhecida como uma troca, que estabelece vínculos, com atenção e confiança.

A respeito da assistência, em suas falas verificamos sentimentos de carinho, amor, alegria, felicidade e de emoção imensa, de pegar, beijar, frente à expectativa da espera. Algo inexplicável, em que expressaram que o coração bate forte e a mente vai a mil.

Portanto, dar voz à essas mulheres, constitui-se de um forte indicador de qualidade; mais do que ninguém, elas expressam seus medos e ansiedades, contribuindo para que as condutas possam garantir os direitos legalmente constituídos. As mães, por meio do suporte oferecido pela enfermeira identificaram o seu bebê, sentindo-se mais segura para cuidá-lo, à medida que o reconheceram. A sua presença no vínculo afetivo mãe-filho proporciona um cenário acolhedor onde emoções e sentimentos se tornam visíveis e nítidos. O contato precoce como prática na recepção do bebê em sala de parto deve ser estimulado e motivado pelos profissionais que assistem ao parto de forma a proporcionar às mães uma melhor interação entre a equipe o seu bebê.

A escuta participante em que a mãe possa se sentir acolhida, por cada profissional de saúde, em cada instituição. É essencial reflexões nas concepções e práticas se tornam fundamentais, dentro de uma perspectiva de integralidade, visando a mudanças na relação dos profissionais de saúde e usuários.

A atuação da enfermeira é fundamental para que tal mudança seja positiva no que diz respeito à receptividade do bebê logo após o nascimento; devido ao seu estímulo à participação ativa das mulheres frente ao trabalho de parto e parto. Elas têm uma conexão com uma proposta mais humanizada e integral do cuidado, de acordo com concepções e práticas que beneficiem as mulheres atendendo as suas necessidades individuais e coletivas.

REFERÊNCIAS

- Ávila AA. Socorro doutor! Atrás da barriga tem gente! São Paulo: Atheneu, 2003.
- Almeida NAM, Martins CA, Vasconcelos KL, Rios CHA, Lucas EA, Machado EA et al. A humanização no cuidado à parturição. Ver. Eletr. Enf. [internet], 2005. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista7-3/revisão-02.htm>.
- Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2009.
- Boehs AE. Análise dos conceitos de negociação/acomodação da Teoria de M. Leininger. Rev Lat-am Enferm, 2002 10(1): 90-6,
- Bowlby J. Formação e rompimento dos laços afetivos. São Paulo: Martins Fontes, 2006
- Bowlby J. Cuidados maternos e saúde mental. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 569, de 01. 06.n2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2000.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- Brasil. Ministério da Saúde. O modelo de atenção obstétrica no setor de saúde suplementar no Brasil: cenários e perspectivas. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2008.
- Brasil. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde/ Ministério da Saúde. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2007.
- Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher-Princípios e Diretrizes (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2009.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Brasília, 2005.

- Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Assistência Integrada à Saúde da Mulher: bases de ação programática. Brasília: PAISM: 1984.
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Inf Epidemiol SUS* 1996;5(2 supl 3):13-41.
- Bruggemann OM; Oliveira ME de; Zampieri M de FM. A melodia da humanização- reflexões sobre o cuidado no processo do nascimento. Florianópolis: Cidade Futura, 2001.
- Bruggemann OM; Camargo BV; Velho MB, Santos EAK dos. Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. *Texto Contexto Enferm.* 2012 21(2): 438-66.
- Carvalho MR; Tamez RN. Amamentação: bases científicas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2 ed., 2005
- Diniz, CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc saúde coletiva* 2005; 10(3) 627-37.
- Dargam, BGV. A Prática Profissional das Enfermeiras Obstétricas Egressas da Especialização da EEAN: implicações para a qualidade da assistência, Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem Anna Nery, 2009.
- Fontenele, FC; Paglivca LMF; Cardoso, MVLML; Cuidados com a pele do recém-nascido: análise de conceito. *Esc Anna Nery (impr)* 2012 jul-set; 16(3); 480-85.
- Fleck MPA. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. São Paulo: *Revista Saúde Pública*, vol 36, n 4 ago 2002
- Gotardo GIB; Silva IA. Refletindo sobre a prática obstétrica à luz de um modelo de relacionamento humano. *Cienc Cuid Saúde.* 2007; 6(2): 245-51.
- Guedes MVC, Oliveira ASS de, Rodrigues DP. Percepção de puérperas acerca do cuidado de de enfermagem durante o trabalho de parto e parto. *Rev enferm UERJ*, 2011: 19(2) 249-54.
- Gomes ML, Vargens OM da C, Seibert SL. Assistência de pré-natal da casa de parto do Rio de Janeiro: a visão de suas usuárias. *Rev Anna Nery Enferm*, 2008: 12(4) 758-64.
- Klaus MH; Klaus, P. Seu surpreendente recém-nascido. Porto Alegre: Artmed, 2001.
- Leonello VM; Oliveira MA de C. Competências para a ação educativa da enfermeira. *Rev Lat Enferm.* 2008; 16(2):1-7.

- Leopardi MT; Beck CLC; Nietsche EA; Gonzales RMB. Metodologia na pesquisa na saúde. Florianópolis: UFSC, 2002 2ed.
- Lei 11.108 de 7 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. Diário Oficial da União (Brasília). 2005 Abr7.
- Lima YMS. Consulta de enfermagem pré-natal: a qualidade centrada na satisfação da cliente. 113f. Tese (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2003.
- Longo, C da SM. O parto humanizado e a participação do pai. 120f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2008.
- Lunardi WDF, Busanelho J, Kerber NP da C. Lunardi VL, Santos SS dos. Participação da mulher no processo decisório no ciclo gravídico puerperal: revisão integrativa do cuidado de enfermagem. Rev Gaúcha Enferm 2011; 32(4) 807-14.
- Hishop JHS. Understanding women's sleep management: beyond medicalization-healthcization? Social Health Illn. 2003, nov; 25(7): 815-37 In: PROENF Saúde Materna e Neonatal, 2010, p.43.
- Hockenberry MJ. Wong. Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. São Paulo: Elsevier Medicina Brasil, 2012.
- Marconi, M de A; Lakatos EM. Técnicas de pesquisa. São Paulo: Atlas, 2006. 5ed
- Mello, D.F., Lima, RAG. O cuidado de enfermagem e a abordagem Winnicottiana. Texto e contexto Revista de enfermagem, Florianópolis: vl 19 n 3 , 2010.
- Monticelli, M; Rosa, R da; Martins, FE; Gasperi, BL; Martins, NM. Mãe e filho: os primeiros laços de aproximação. Rio de Janeiro: Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, vl 14 n 1, 2010: 105-12.
- Mouta RJO ; Araújo LM de A. ; Progianti, JM. Repercussões da episiotomia sobre a sexualidade. Rio de Janeiro: Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, vl 12 n 1, 2008
- Moura, MAV. A qualidade da assistência de enfermagem à saúde da mulher-gestante: possibilidades e limites. Tese de Doutorado. EEAN/UFRJ, Rio de Janeiro, 1997

- Mattos, RA. O sentido da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores a serem defendidos. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO. 2001, p. 39-64.
- Nakano, AMS.; Monteiro JC dos S.; Gomes FA. Percepção das mulheres acerca do contato precoce e da amamentação em sala de parto. São Paulo: Acta Paulista de Enfermagem, vl 19 n 4, 2006.
- Odent, M. A cientificação do amor. Tradução de Talia Gevard de Souza. São Paulo: Terceira Margem, 2000.
- Odent, M. O renascimento do parto. Tradução de Roland B. Calheiros. Florianópolis: Saint German, 2002.
- Oliveira SM. O Sentido do ser- mãe diante do choro do filho recém-nascido: uma análise compreensiva sob a ótica da enfermagem. Tese (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1999.
- Oliveira ASS de; Rodrigues DP; Guedes MVC. Percepção de puérperas acerca do cuidado de enfermagem durante o trabalho de parto e parto. Rev enferm UERJ 2011 19(2) 249-54.
- OMS. Evidências científicas dos dez passos para o sucesso no aleitamento materno/Organização Mundial da Saúde, 2001
- OMS. Saúde Materna e Neonatal. Unidade Maternidade Segura, Saúde Reprodutiva e da Família. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra; 1996.
- Pereira, AL de F. Moura, MAV. Modelos assistenciais na perspectiva da humanização do parto e nascimento. PROENF Saúde Materna e Neonatal, Sescad, 2010 p 39-62.
- Paim, JS. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: Rouquayrol MZ. Epidemiologia e Saúde. 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.
- Pereira, SS da C, Santos LM. Vivências de mulheres sobre a assistência recebida no processo parturitivo. Rev Saude Colet 2012; 22(1) 77-97.
- Rizzotto MLF. As políticas de saúde e a humanização da assistência . Rev Bras Enferm. 2002;55(2): 196-99.
- Santos, J de O, Shimo AKK. Prática rotineira da episiotomia refletindo a desigualdade de poder entre profissionais de saúde e mulheres. Rio de Janeiro: Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, vl 12 n 4, dez. 2008.

- Santos IMM. A Maternagem de Mulheres com filho pré-termo- bases para a assistência de enfermagem Neonatal. 244f. Dissertação(Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2010.
- Silva LM da; Clapis MJ. Compreendendo a vivência materna no primeiro contato com seu filho na sala de parto. São Paulo: Acta Paulista de Enfermagem. vl 17 n 5 jul/set 2004.
- Spíndola T, Suman NS; Cruz, DC dos S. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. São Paulo: Revista da Escola de Enfermagem da USP vl 41 n4 2007
- Tamez RN. Silva MJP. Enfermagem na UTI Neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006
- Trindade WR. O “grupo feminino de cuidado” como estratégia de cuidado de enfermagem à mulher. 131f. Dissertação(Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007.
- Tornquist CS. O parto humanizado e a REHUNA. Anais do II Seminário Nacional Movimentos Sociais, Participação e Democracia; 2007 abr 25-27; UFSC, Florianópolis, Brasil 2007.
- Thomaz ACP ; Lima MRTL.; Tavares C.H.F. Relações afetivas entre mães e recém-nascidos a termo e pré-termo: variáveis sociais e perinatais. São Paulo: Estudos de Psicologia, 10(1) pg 139-146, 2005.
- Vasconcelos SDD de. “Dominação e autonomia”: os elementos básicos da enfermagem obstétrica. 161f.Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2001
- Waldow VR. Cuidado humano: o resgate necessário. 3ªed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2005
- Waldow VR. Bases e Princípios do conhecimento e da arte da enfermagem. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.
- Winnicott DW. Da Pediatria à Psicanálise. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- Wolf LR. Representações sociais de mulheres sobre assistência no trabalho de parto e parto.198f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade do Rio de Janeiro, 2004.

APÊNDICE 1

Carta de autorização para pesquisa de campo no Hospital Maternidade Herculano Pinheiro



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY



COORDENAÇÃO DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO-INFANTIL
CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE DA MULHER

Prezado Diretor (a)

Gostaríamos de solicitar à V.Sa. a autorização para a realização da pesquisa intitulada “O primeiro contato da mãe com o bebê após o nascimento: uma perspectiva da assistência de enfermagem”

Consiste em uma pesquisa acadêmica da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ como requisito ao Curso de Mestrado em Saúde da Mulher, orientado pela Prof^aDr^a. Maria Aparecida Vasconcelos Moura. Os objetivos deste estudo são: Descrever a vivência materna acerca do primeiro contato com seu filho após o nascimento e analisar as expressões maternas sobre a assistência de enfermagem recebida no primeiro contato com o seu bebê após o nascimento à luz dos dez passos da iniciativa do Hospital Amigo da Criança.

Com esta pesquisa esperamos contribuir para o avanço nos questionamentos sobre a mulher durante o trabalho de parto, as discussões positivas sobre as repercussões do contato pele-a-pele do bebê imediatamente após o nascimento. Além disso, a pesquisa pretende fornecer informações aos profissionais, e contribuir para uma assistência de qualidade de forma humanizada dentre os princípios do SUS e as Políticas de Atenção à Saúde da Mulher, num enfoque da visão materna sobre o contato pele-a-pele do bebê após o nascimento.

Agradecemos a colaboração desta renomada instituição, colocando-nos à disposição para esclarecimentos quanto ao desenvolvimento da pesquisa na Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ, localizada na rua Afonso Cavalcanti, 275, Cidade Nova, tel: (021) 22938148 ramal 228 ou email: viviannenfe@gmail.com ou maparecidavas@yahoo.com.br.

Caso obtenha aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro, este documento deverá ser assinado em duas vias (uma para a instituição e outra ficará conosco.)

Assinado este documento, autorizo a realização da pesquisa nessa instituição nos meses de abril e maio de 2010.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2010.

(nome do Diretor (a))

(assinatura do Diretor(a))

APÊNDICE 2

Carta de autorização para o Comitê de Ética e Pesquisa da SMS/RJ



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO-INFANTIL

CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE DA MULHER



Rio de Janeiro, 08 de Março de 2010

Da: Prof^ª. Dr^ª. Maria Aparecida Vasconcelos Moura

Para: Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro- SMS/RJ

Trata o presente de solicitar à autorização no Comitê de Ética da SMS/RJ para a captação dos dados da pesquisa intitulada “O primeiro contato da mãe com o bebê após o nascimento: uma perspectiva da assistência de enfermagem” da Prof^ª. Dr^ª. Maria Aparecida Vasconcelos Moura.

Este projeto tem como objeto de estudo: “O significado materno do primeiro contato com o bebê na sala de parto: numa perspectiva da qualidade da assistência de enfermagem”. Propõe como objetivos: Descrever a vivência materna acerca do primeiro contato com seu filho após o nascimento e analisar as expressões maternas sobre a assistência de enfermagem recebida no primeiro contato com o seu bebê após o nascimento à luz dos dez passos da iniciativa do Hospital Amigo da Criança.

O desenvolvimento dessa pesquisa será de responsabilidade da Mestranda Vivianne Mendes Araújo Silva, matriculada no programa de Pós-Graduação- no Curso de Mestrado em Enfermagem da EEAN/UFRJ sob a orientação da professora acima citada, da Instituição em pauta.

O projeto de pesquisa será cadastrado no Departamento de Enfermagem Materno-Infantil, no Núcleo de Pesquisa em Saúde da Mulher da EEAN/UFRJ, e após a aprovação e autorização deste Comitê de Ética e Pesquisa, iniciaremos a atividade no cenário de prática, quando iniciaremos a coleta de informações.

Certas de contar com Vossa aquiescência aguardamos um pronunciamento em questão, ao tempo em que agradecemos a atenção e o apoio institucional. Colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Prof. Dra. Maria Aparecida Vasconcelos Moura

EEAN/UFRJ- DEMI/NUPESM

Contatos: maparecidavas@yahoo.com.br ou tel: (21) 82843432 /22938148 ramal 228

APÊNDICE 3
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO



ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY

COORDENAÇÃO DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO-INFANTIL

CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE DA MULHER

Você foi selecionada e está sendo convidada para participar da pesquisa que tem como título: “O primeiro contato da mãe com o bebê após o nascimento: uma perspectiva da assistência de enfermagem” da Profª. Drª. Maria Aparecida Vasconcelos Moura. Tem como objetivos: Descrever a vivência materna acerca do primeiro contato com seu filho após o nascimento e analisar as expressões maternas sobre a assistência de enfermagem recebida no primeiro contato com o seu bebê após o nascimento à luz dos dez passos da iniciativa do Hospital Amigo da Criança.

A pesquisa foi autorizada pela direção da instituição e a sua participação consistirá em responder às perguntas constantes no formulário usado pela pesquisadora durante a entrevista individual, sendo a entrevista gravada transcrita e posteriormente arquivada pelas pesquisadora. A entrevista será guardado por cinco (05) anos e deletada após esse período.

Não haverá quaisquer danos, tampouco riscos para você. Asseguramos que você tem total liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar desta pesquisa, sem que isto represente qualquer prejuízo. Também tem garantia de receber informações sobre o estudo, esclarecimento e orientação com relação à qualquer dúvida que tenha. Seus depoimentos serão usados apenas para fins de estudo e publicações, portanto, seu nome verdadeiro não será citado em nenhum momento, para lhe garantir sigilo, ou seja, que você não tenha sua identificação pessoal reconhecida. Não haverá gastos financeiros de sua parte em nenhuma fase relacionada ao estudo, pois os mesmos serão custeados pela autora. Sua participação e o preenchimento deste documento são fundamentais para a realização desta pesquisa que pretende contribuir para a melhoria da assistência. Agradecemos antecipadamente à sua atenção.

Pesquisadoras:

Dr.^a Maria Aparecida Vasconcelos Moura (Orientadora)

Vivianne Mendes A. Silva (Mestranda) _____

Contato: tel.: (0XX21) 87191970 – e-mail: viviannenfe@hotmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil/RJ- Tel: 3971-1590

Email: cepsmsrj@yahoo.com.br

CONSENTIMENTO

Eu, (nome completo) _____ concordo voluntariamente, a participar da pesquisa descrita, nas condições do termo acima. Autorizo que

meus depoimentos e a observação de minha pessoa sejam utilizados para fins de estudo e divulgação de seus respectivos resultados no meio acadêmico (eventos e/ou publicações), tendo garantido meu anonimato.

Data: / /

Assinatura do (a) participante: _____

APÊNDICE 4
Formulário de Entrevista



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO-INFANTIL
CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE DA MULHER
FORMULÁRIO DE ENTREVISTA



I- Caracterização dos sujeitos:

Iniciais do nome: _____ Pseudônimo: _____

- 1- Onde a senhora mora? _____
- 2- Qual a sua idade? _____
- 3- Qual a sua escolaridade?(a última série que cursou) _____
- 4- Qual o estado civil? _____
- 5- Quantas pessoas trabalham em sua casa? _____
- 6- Qual a sua ocupação atual? _____
- 7- Qual a renda familiar aproximadamente ? _____
- 8- Quantos filhos a senhora tem? (vivos e/ou falecidos) _____
- 9- Quem é o chefe da família em sua casa que assume as responsabilidades financeiras:

() Você () Seu companheiro () Outros: _____ Quem? _____

II- Dados para pesquisa: Entrevista propriamente dita

- 1- Qual foi o profissional que realizou o seu parto?

- 2- Que orientações recebeu sobre a chegada do bebê?

- 3- Qual foi o primeiro contato que teve com o bebê imediatamente após o nascimento
() toque carícia() contato pele-a-pele() outros() Quais ? _____ () não teve contato
- 4- Fale –me como foi esta experiência ao receber o seu bebê _____
- 5- Como a senhora vivenciou esse sentimento da recepção de seu bebê logo após o nascimento? _____
- 6- Como a senhora gostaria de ter recebido o seu bebê ao nascer? _____
- 7- Considera importante receber o seu filho logo após o nascimento? Por quê?

III- Roteiro de Observação de Campo(diário de campo)- sala de parto

Data: ___/___/___ Entrevista: _____
 Iniciais/nome: _____ Pseudônimo: _____
 Hora de nascimento: _____ Sexo: () Masc () Fem
 Tempo para a recepção do RN: _____
 Profissional que apresentou o RN: _____

a) Houve Recepção:

Qual a expressão facial da mãe na recepção do recém-nascido? _____

—

Quais as formas de expressão física observadas na recepção do RN pela mãe?() toque
 () carícias () beijos () aconchego () olhar outros () especificar

Qual a expressão não-verbal da mãe por ocasião da recepção do recém-nascido na sala de parto? () choro () lágrimas () palavras () sorrisos () gritos ()
 () sussurros () outros: _____

b) Não houve recepção:

Motivos: _____

Qual a expressão facial da mãe pela ausência de recepção do recém-nascido ao nascer?

De que forma a mãe expressou a falta de recepção do recém-nascido ao nascer?

Qual a expressão não-verbal da mãe pela ausência da recepção do recém-nascido na sala de parto?

APÊNDICE 5
CARTA DO COMITÊ DE ÉTICA SMS/RJ



Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer nº 49A/2012

Rio de Janeiro, 18 de junho de 2012.

Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - CEP SMSDC-RJ, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:

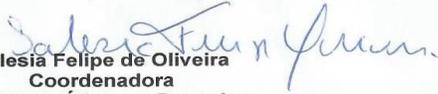
<p>Coordenadora:</p> <p>Salesia Felipe de Oliveira</p> <p>Vice-Coordenadores:</p> <p>Fabio Tuche Pedro Paulo Magalhães Crispim</p> <p>Membros:</p> <p>Carla Moura Cazelli Carlos Alberto Pereira de Oliveira José M. Salame Livia Beiral Forni Maria Alice Gunzburguer Costa Lima Martine Gerbauld Nara da Rocha Saraiva Sônia Ruth V. de Miranda Chaves Vitoria Regia Osorio Vellozo</p> <p>Secretária Executiva:</p> <p>Renata Guedes Ferreira</p>	<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 5px; margin-bottom: 5px;">2ª VIA</div> <p>RENOVAÇÃO DO PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 58/10</p> <p>TÍTULO: A visão materna sobre o contato pele-a-pele do bebê após o nascimento: a qualidade da atenção.</p> <p>PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Vivianne Mendes Araújo Silva.</p> <p>UNIDADE (S) ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: Hospital Maternidade Herculano Pinheiro.</p> <p>DATA DA APRECIÇÃO: 17/05/2010. DATA DA 1ª RENOVACÃO: 11/04/2011. DATA DA 2ª RENOVACÃO: 15/06/2012.</p>
--	--

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (*item V.13, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

O CEP/SMSDC-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (*item V.4, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMSDC-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Acrescentamos que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (*item IV.1.f, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (*item IV.2.d, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII. 13.d., da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).


Salesia Felipe de Oliveira
 Coordenadora
 Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
 Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 716 – Cidade Nova – Rio de Janeiro
 CEP: 20211-901 Tel.: 3971-1590
 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br - Site: www.saude.rio.rj.gov.br/cep

FWA nº: 00010761
 IRB nº: 00005577

