



PESQUISA

ACCESSION TO THE HUMANIZATION POLICY IN THE NEWBORN IMMEDIATE CARE - PERCEPTION OF THE NURSING TEAM

ADESÃO À POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO NO CUIDADO IMEDIATO AO RECÉM-NASCIDO - PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

LA ADHESIÓN A LA POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO - LA PERCEPCIÓN DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA

Adriana Dias Oliveira dos Santos¹, Inês Maria Meneses dos Santos², Leila Rangel da Silva³

ABSTRACT

Objectives: To describe the perception of the nursing team about the humanization of newborn immediate care, and to examine the implementation of the model of humanized care provided to newborns in the immediate perception of the nursing team. **Methods:** A qualitative descriptive study, conducted in a maternity hospital in Rio de Janeiro, from August to September 2010. We interviewed twenty members of the nursing team. **Results:** From the thematic analysis was designed two categories: 1) What is the humanization of newborn immediate care to the nursing team, 2) The implementation of the model of newborn humanized assistance - a reality (im)possible. **Conclusion:** The humanization was related to early skin-to-skin contact between mother and child and breastfeeding. The difficulty for the implementation of a humanized model appeared linked to the strength of professionals, especially medical team. The humanized care was related to the role of a midwife. **Descriptors:** Neonatal nursing, Humanization of assistance, Newborn.

RESUMO

Objetivos: Descrever a percepção da equipe de enfermagem quanto à humanização dos cuidados imediatos prestados ao recém-nascido(RN); e analisar a implementação do modelo de assistência humanizada nos cuidados imediatos prestados ao RN na percepção da equipe de enfermagem. **Métodos:** Estudo descritivo, qualitativo, realizado em uma maternidade do Rio de Janeiro, no período de agosto a setembro de 2010. Foram entrevistados vinte integrantes da equipe de enfermagem. **Resultados:** Da análise temática emergiram duas categorias: 1) O que é humanização dos cuidados imediatos ao RN para a equipe de enfermagem; 2) A implementação do modelo de assistência humanizada ao RN - uma realidade (im)possível. **Conclusão:** A humanização foi relacionada ao contato precoce pele-a-pele entre mãe e filho e à amamentação. A dificuldade para a implementação do modelo humanizado apareceu vinculada à resistência dos profissionais, em especial da equipe médica. O cuidado humanizado foi relacionado à atuação do enfermeiro obstetra. **Descritores:** Enfermagem neonatal, humanização da assistência, Recém-nascido.

RESUMEN

Objetivos: Describir la percepción del personal de enfermería sobre la humanización de la inmediata atención prestada a los recién nacidos (RN), y examinar la aplicación del modelo de atención humanizada prestada a los recién nacidos en la percepción inmediata del personal de enfermería. **Métodos:** Estudio cualitativo descriptivo, realizado en un hospital de maternidad en Río de Janeiro, entre agosto y septiembre de 2010. Entrevistamos veinte miembros del personal de enfermería. **Resultados:** Del análisis se dividían en dos categorías: 1) ¿Cuál es la humanización de la atención inmediata del recién nacido para el personal de enfermería, 2) Aplicar el modelo de la asistencia humanizada del RN - una realidad (im)posible. **Conclusión:** La humanización se relacionó con contacto temprano piel a piel entre la madre y el niño y la lactancia. La dificultad para la aplicación de un modelo humanizado aparecieron vinculados a la fuerza de los profesionales, especialmente personal médico. El cuidado humanizado fue relacionado con el papel de una enfermera obstétrica. **Descriptor:** Enfermeríaneonatal, humanización de La atención, Reciénnacido.

¹ Enfermeira. Graduada pela Escola de Enfermagem Alfredo Pinto/UNIRIO. Bolsista Permanente (2008-2010). E-mail: drykdry@yahoo.com.br. ² Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil/EEAP/UNIRIO. E-mail: inesmeneses@gmail.com. ³ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil/EEAP/UNIRIO. E-mail: rangel.leila@gmail.com. Artigo elaborado a partir do trabalho de conclusão de curso de Graduação em Enfermagem/EEAP/UNIRIO, 2010.

INTRODUÇÃO

O interesse pela temática humanização dos cuidados ao recém-nascido (RN) surgiu da minha experiência como acadêmica de enfermagem durante o desenvolvimento do Ensino Prático no centro obstétrico de um hospital maternidade localizado na cidade do Rio de Janeiro. Ao observar a realização dos cuidados imediatos necessários para a adaptação do RN ao meio extra-uterino, percebi que eram de natureza meramente técnica, apesar de cartazes sobre a humanização no parto e nascimento afixados na parede da instituição.

Os cuidados prestados ao RN imediatamente após o parto são essenciais para a adaptação do bebê, diminuindo a morbimortalidade neonatal¹. Devem ser prestados ao recém-nascido logo após o nascimento, ou seja, nas duas primeiras horas após o parto. São cuidados imediatos: verificar a permeabilidade das vias aéreas; manter a temperatura corporal; clampear e cortar o cordão umbilical, e colocar o bebê no seio o mais cedo possível².

O Ministério da Saúde, em 2000, lançou o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), que dentre outros, destaca que todo recém-nascido tem direito a assistência neonatal de forma humanizada e segura³.

A humanização do nascimento, por sua vez, compreende ações desde o pré-natal e busca evitar condutas intempestivas e agressivas para o bebê. A atenção ao recém-nascido deve caracterizar-se pela segurança técnica da atuação profissional e por condições hospitalares adequadas, aliadas à suavidade no toque durante a execução de todos os cuidados prestados. Especial enfoque deve ser dado ao conhecimento do psiquismo do bebê, seja em sua vida intra como extra-uterina, da mãe, do pai e de toda a família. Trabalho importante também deve ser desenvolvido com a equipe de saúde, oferecendo-

R. pesq.: cuid. fundam. online 2011. out./dez. 3(4):2426-39

lhe mecanismos para uma melhor qualidade no trabalho interdisciplinar⁴.

“O cuidado deve ser sentido, vivido” e, para que isso ocorra é necessário que o mesmo seja absorvido, e faça parte dos profissionais⁵. Desta forma, a equipe de enfermagem pode prestar um cuidado técnico que vai dar suporte de vida ao RN, mas de forma humanizada e acolhedora, ou seja, com uma visão e prática de assistência integralizada do ser humano.

Neste sentido, “o cuidado humano é o desvelo, atenção pela condição humana do outro. O cuidado humano está voltado à dimensão expressiva do cuidado; ultrapassa o enfoque biologicista e mecanicista da assistência”^{6:357}. Contudo, que aspectos influenciam na aderência à prática de humanização dos cuidados imediatos prestados ao recém-nascido?

Diante dessa problemática, traço como objeto de estudo: A percepção da equipe de enfermagem frente à humanização dos cuidados imediatos prestados ao recém-nascido.

A partir do exposto traçamos como objetivos: descrever a percepção da equipe de enfermagem quanto à humanização dos cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e analisar a implementação do modelo de assistência humanizada nos cuidados imediatos prestados ao recém-nascido na percepção da equipe de enfermagem.

A Humanização do Parto e Nascimento trata-se de uma política pública que deve ter adesão dos profissionais de saúde, em especial da equipe de enfermagem. O que vai refletir na melhoria da assistência prestada ao recém-nascido.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, que têm por objetivo levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma população⁷. De abordagem

qualitativa, que se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis⁸.

As pesquisas de abordagem qualitativa baseiam-se na premissa de que o conhecimento sobre as pessoas só é possível a partir da descrição da experiência humana tal como ela é vivida e tal como é definida pelos seus próprios atores. Assim, elas propiciam campo livre ao rico potencial das percepções e subjetividades dos seres humanos⁹.

A pesquisa foi realizada no Centro Obstétrico de um hospital maternidade localizado na cidade do Rio de Janeiro. Em 1973, foi a primeira Maternidade do Rio de Janeiro a ter a prática do alojamento conjunto. Em 1995, conquistou o título de Hospital Amigo da Criança, sendo a primeira instituição no estado do Rio de Janeiro a obter esse título e a décima terceira do Brasil¹⁰.

Em 1997, foi introduzida à presença do acompanhante na unidade para todas as parturientes e para as mulheres em pós-operatório. Nesse mesmo ano, também, foi inaugurado o banco de leite e iniciado o Projeto Canguru e Pré-alta, com o objetivo de prestar assistência humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Em 2005, foi introduzida a presença do acompanhante para todas as puérperas, independente da idade¹⁰.

Os sujeitos da pesquisa foram os integrantes da equipe de enfermagem. Foram feitos 21 contatos, sendo que 1 se recusou a responder, afirmando que sua visão sobre o assunto é muito diferente. No total foram entrevistados 20 profissionais, sendo 8 enfermeiros, 4 técnicos e 8 auxiliares de

enfermagem.

A idade dos entrevistados variou de 21 a 62 anos. Foram entrevistadas 19 mulheres e 1 homem (enfermeiro). O tempo de formado variou de 1 ano e 6 meses a 34 anos. O tempo de atuação no setor variou de 1 ano e 6 meses a 15 anos.

Para identificação dos entrevistados adotou-se o seguinte critério: E - para enfermeiros; T - para técnicos e A - para auxiliares de enfermagem, acrescido de algarismo arábico por ordem de realização das entrevistas.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - CEP SMSDC-RJ, conforme a Resolução 196 de 1996 de Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa com Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde¹¹, sendo apreciado e aprovado com parecer de nº 200A/2010 e protocolo de nº 117/10.

Os participantes foram informados sobre a pesquisa, seus objetivos e metodologia, ficando livres para participarem ou não e podendo desistir de sua participação em qualquer momento ao longo do estudo. Após os esclarecimentos pertinentes, o participante foi convidado a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme a resolução 196/96¹¹.

A coleta de dados foi realizada no período de 16 de agosto a 02 de setembro de 2010. Foi realizada entrevista semi-estruturada que combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador¹². As entrevistas foram orientadas pelas seguintes questões norteadoras: O que você entende por humanização dos cuidados imediatos ao recém-nascido? Quais as dificuldades e facilidades para a implementação do modelo de assistência humanizada nos cuidados imediatos prestados ao recém-nascido pela equipe de enfermagem. As

entrevistas foram gravadas em MP3 e foi garantido o anonimato de todos os entrevistados.

A entrada em campo foi facilitada pela enfermeira chefe do centro-obstétrico que demonstrou muita cooperação com a pesquisa, fazendo o contato inicial com a equipe de enfermagem, explicando a relevância do estudo, atitude que contribuiu para a minha aproximação com a equipe. A partir de então, agendei o melhor dia e horário para estar realizando as entrevistas individualmente.

O local usado para realizar as entrevistas foi o Espaço de Relaxamento, que é um quarto que fica no pré-parto, com o objetivo de oferecer à mulher a oportunidade de estar num ambiente que não lembrasse um hospital, com privacidade, segurança, conforto, possibilidade de música, incensos, massagens, bola do nascimento (*fisioball*), pouca luminosidade e outras opções, respeitando a escolha da mulher. Foi escolhido esse local, por se tratar de um ambiente humanizado, tranquilo para a melhor qualidade na gravação das entrevistas, e privado para que os participantes possam falar sem se sentirem observados por outros. As entrevistas foram transcritas na íntegra.

O procedimento analítico adotado foi à técnica de análise temática¹². Foram realizadas leituras sucessivas para identificação dos temas. Foram identificadas 26 unidades temáticas. Após novas releituras emergiram 2 categorias analíticas: 1) O que é humanização dos cuidados imediatos ao recém-nascido para a equipe de enfermagem e 2) A implementação do modelo de assistência humanizada ao recém-nascido - uma realidade (im)possível.

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Categoria1- O que é humanização dos cuidados imediatos ao recém-nascido para a equipe de enfermagem.

Para a maioria dos entrevistados, a

humanização dos cuidados imediatos ao RN, está relacionada ao contato imediato pele-a-pele entre mãe e filho. Quando mãe e bebê ficam juntos depois do nascimento, inicia-se uma série de eventos sensoriais, hormonais, fisiológicos, imunológicos e comportamentais, muitos dos quais contribuem positivamente para a ligação da mãe a seu bebê, o que vai gradualmente unindo-os e contribuindo para o posterior desenvolvimento do relacionamento⁴.

No discurso dos entrevistados, o contato pele-a-pele precoce apareceu como o primeiro cuidado a ser feito com o RN logo após o nascimento.

A humanização começa a partir de quando você recebe o bebê, ele é colocado no ventre da mãe.(E. I)

Assim que o bebê nasce, a enfermeira obstetra coloca o bebê na mãe para ter o contato pele com pele, para o bebê sentir a essência da mãe. (T. III)

Nas primeiras horas de vida, logo que ela nasce ter o aconchego da mãe. [...] Eu acho que no começo é isso.A criança acabou de nascer, gera um contato com a mãe, aquele quentinho do corpo da mãe. (A. III)

Nos termos da humanização, é poder estar colocando o bebê em contato com a mãe [...] (E. IV)

O contato pele-a-pele é um componente importante dos cuidados voltados para o desenvolvimento. Fornece um equilíbrio entre os sistemas tátil e proprioceptivo (desenvolvimento mais precoce) e os sistemas visual e auditivo (desenvolvimento mais tardio), ambos sob estimulação inadequada. Promove também uma experiência de contenção minimizando a sobrecarga de estímulos visuais e auditivos. Tem um efeito positivo no aleitamento materno exclusivo na alta, no desenvolvimento do apego e na confiança e satisfação materna¹³.

Esta prática do contato pele-a-pele pode também ser desenvolvida na UTI Neonatal e/ou na Unidade Intermediária quando o bebê estiver

estável clinicamente, tolerando ser manuseado e os pais desejosos. No momento em que a mãe não puder ficar com o bebê na posição canguru ele deverá ficar, com contenção adequada, na incubadora ou no berçinho, sempre com a cabeceira elevada⁴.

A equipe responsável pela assistência ao recém-nascido deverá ser habilitada para promover a aproximação, o mais precocemente possível, entre a mãe e o bebê, para fortalecer o vínculo afetivo, seja nos cuidados intensivos ou garantindo o alojamento conjunto desde que possível⁴. Como descrito no depoimento a seguir:

A humanização começa a partir de quando você recebe o bebê ele é colocado no ventre da mãe, são feitos os cuidados imediatos e depois levado para o aleitamento materno imediatamente, nas primeiras horas de vida. (E. I)

A amamentação imediata, ainda na sala de parto, foi descrita pelos entrevistados como sendo um cuidado imediato humanizado realizado assim que possível, na primeira hora de vida.

É a amamentação imediata. Esse é o cuidado da humanização que a gente tem. [...] Logo assim que a gente percebe que existe a possibilidade de estar dando o aleitamento materno. (T. I)

As primeiras horas, se a mãe está com os exames tudo em dia, inclusive o teste de HIV, aí a gente coloca para mamar. (T. II)

Nas primeiras horas de vida, logo que ela nasce ter o aconchego da mãe, amamentação [...] (A. III)

A primeira hora após o nascimento é o momento considerado ideal para iniciar a amamentação, visto que o RN usualmente está bem alerta e atento, com o reflexo de sucção ativo, estimulando precocemente a produção materna de ocitocina e prolactina¹⁴.

Toda instituição que deseja possuir um programa de incentivo ao aleitamento materno deve ter como norma a prática de colocar o recém-nascido para sugar durante a primeira hora de vida, desde que mãe e criança se encontrem

em boas condições, favorecendo o contato olho a olho, pele a pele de ambos¹⁴.

O leite humano provê ao recém-nascido não apenas os nutrientes para o crescimento, mas uma gama de componentes bioativos moduladores do desenvolvimento neonatal. Assim, todos os esforços devem ser feitos para garantir a produção do leite materno e o contato pele-a-pele da mãe com o seu bebê pré-termo⁴.

Ao considerar a amamentação como atenção às necessidades do bebê num ritmo e por estímulos singulares, este fenômeno passa a integrar o rol dos cuidados ao RN¹⁵. O aleitamento materno é vida, amor, carinho, respeito pelo recém-nascido, respeito pela vida, enfim amamentar é viver¹⁶.

Os entrevistados também citaram a ambiência como um cuidado imediato humanizado ao RN, com o objetivo de favorecer o contato precoce entre mãe e filho, para que esse binômio tenha um bom entrosamento.

[...] então a gente tenta harmonizar aquele ambiente para que mãe e filho tenham um bom entrosamento [...] (A. I)

A humanização do parto e nascimento é uma filosofia de assistência, cuja preocupação essencial ao parto é acolher bem o recém-nascido (RN), suavizando o impacto da diferença entre o mundo intra e extra-uterino. É preconizado o emprego de uma luz difusa na sala de parto, silêncio, ambiente menos frio e tranquilo, uma música suave e o contato corporal imediato entre a mãe e o RN. Este deve ser colocado sobre o ventre da mãe logo após o nascimento, sendo acariciado por ela e somente após alguns minutos corta-se o cordão umbilical¹.

Nos serviços de saúde, a ambiência é marcada tanto pelas tecnologias médicas, quanto por outros componentes estéticos e sensíveis apreendidos pelo olhar, olfato e audição, por exemplo, a luminosidade, os ruídos do ambiente,

a temperatura, etc. Além disso, é importante na ambiência o componente afetivo expresso na forma do acolhimento, da atenção dispensada ao usuário, da interação entre os trabalhadores e gestores¹⁷.

A manutenção da temperatura corporal apareceu como uma necessidade do RN importante a ser suprida imediatamente após o nascimento, conforme a fala de quatro enfermeiras:

Observar as necessidades, necessidades de carinho, oxigênio, aquecimento [...]. (E. II)

É ter a noção do que ele precisa naquele momento que é aquecer, secar, [...]. (E. IV)

Evitar perda de calor no nascimento. (E. VII)

[...] reduzindo sua exposição ao frio, onde há a perda de calor. (E. VIII)

O acompanhamento familiar deixa a parturiente mais tranquila, tornando o parto mais seguro, ao constatar que a equipe especializada dos hospitais não consegue oferecer o suporte emocional que a parturiente necessita¹⁹.

A participação dos pais no momento do nascimento é fundamental, sendo um dos princípios da humanização da assistência ao parto. Com base nas evidências científicas, este autor aponta que o envolvimento do homem durante o pré-natal possibilita o suporte psicossocial a gestante, trazendo benefícios a sua saúde e do bebê e que o compartilhamento da experiência pelo casal permite a formação do vínculo pai-bebê²⁰.

Para a equipe de enfermagem a humanização nos cuidados imediatos ao RN, também está relacionada a evitar procedimentos invasivos, pois poderá interferir no contato precoce entre mãe e bebê.

Quando o RN nasce tranquilo (sem intercorrências), a gente evita, por exemplo, de fazer o Credê logo de início, por que eles ficam com a vista embaçada.

E fazendo isso a gente mostra para a mãe, para ter aquele contato, e depois de um tempinho faz o Credê. (T. IV)

Se ele tiver um nascimento humanizado, mais tranquilo, sem muito estresse e intervenção, você está propiciando a ele um cuidado imediato humanizado. É você não expor o bebê a tantas invasões. (E. III)

A humanização do nascimento, por sua vez, compreende ações desde o pré-natal e busca evitar condutas intempestivas e agressivas para o bebê⁴.

A secção do cordão umbilical imediatamente após o nascimento ocasiona a separação do binômio e impede o contato e aproximação precoce de ambos. No modelo de assistência humanizada observa-se que apesar da secção do cordão umbilical ser um cuidado imediato, desde que a mãe e bebê estejam em boas condições, não necessita ser realizado logo após o nascimento, podendo-se preservar o contato precoce entre a mãe e o RN¹.

A partir das entrevistas pode-se observar a adoção do Alojamento Conjunto como uma forma de humanização ao RN.

Pra mim é incentivar a amamentação e o alojamento conjunto [...]. (A. II)

[...] estimular a adoção do alojamento conjunto. (E. VI)

O Estatuto da Criança e do Adolescente no capítulo I, Art. 10º, inciso V, estabelece que: “Os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes, públicos e particulares, são obrigados a manter alojamento conjunto, possibilitando ao neonato a permanência junto à mãe”²¹.

O Alojamento Conjunto é um sistema hospitalar em que o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanece ao lado da mãe, 24 horas por dia, num mesmo ambiente, até a alta hospitalar. Tal sistema possibilita a prestação de todos os cuidados assistenciais, bem como, a orientação à mãe sobre a saúde do binômio:

mãe e filho²¹.

A permanência do recém-nascido sadio em sua mãe, com a prática de ações que configuram o sistema conhecido como “Alojamento Conjunto”, tem por vantagens: estimular e motivar o aleitamento materno, de acordo com as necessidades da criança, tornando a amamentação mais fisiológica e natural. A amamentação precoce provoca a contração do útero e de seus vasos, atuando como profilaxia das hemorragias pós-parto; favorecer a precocidade, intensidade, assiduidade do aleitamento materno, e sua manutenção por tempo mais prolongado; fortalecer os laços efetivos entre mãe e filho, através do relacionamento precoce; permitir a observação constante do recém-nascido pela mãe, o que a faz conhecer melhor seu filho e, possibilitar a comunicação imediata de qualquer anormalidade; oferecer condições à enfermagem de promover o treinamento materno, através de demonstrações práticas dos cuidados indispensáveis ao recém-nascido e à puérpera; manter intercâmbio biopsicossocial entre a mãe, a criança e os demais membros da família; diminuir o risco de infecção hospitalar; facilitar o encontro da mãe com o pediatra por ocasião das visitas médicas para o exame do recém-nascido, possibilitando troca de informações entre ambos; desativar o berçário para recém-nascidos normais, cuja área poderá ser utilizado de acordo com outras necessidades do hospital²¹.

Categoria 2- A implementação do modelo de assistência humanizada ao recém-nascido - uma realidade (im)possível.

Os cuidados imediatos ao recém-nascido para alguns entrevistados foram associados aos procedimentos técnicos e a garantia da realização de procedimentos.

“[...] proporcionar assistência de qualidade, vacinação [...]” (E. VII)

“[...] realização da imunização através das primeiras vacinas.” (E. VIII)

“[...] às vezes nós somos egoístas, você quer logo fazer a vacina, fazer as coisas [...]” (A. III)

Para a assistência ao recém-nascido normal, que constitui a maioria das situações, nada mais deve ser feito além de se enxugar, aquecer, avaliar e entregar à mãe para um íntimo e precoce. Todos os procedimentos habituais como pesar, aplicar a Vitamina K e Credê e outros, devem ser realizados após o contato da mãe com seu filho¹⁴.

A equipe de saúde, em caso de nascimento a termo, tem um papel importante, mas o bebê não necessita ser separado de seus pais, salvo em situações especiais, como abandono, doença do bebê ou quando sua mãe necessita de cuidados na UTI, etc⁴.

Eu acho que há uma tendência muito forte de automatizar o cuidado, de sequenciar o cuidado [...]. A automatização possui sua linha de valor de fábrica, eu acho que isso dificulta muito. (E. V)

A rigidez dos padrões assistenciais defendidos por alguns membros da equipe multiprofissional, que não permitem que os principais pontos descritos na resposta anterior sejam implantados. (E. VI)

A dificuldade para a implementação do modelo de assistência humanizada ao RN apareceu fortemente vinculada à resistência dos próprios profissionais de saúde, em especial da equipe médica, em estar priorizando a humanização no cuidado imediato e não os procedimentos técnicos, automatizando o cuidado.

Bom, a nossa dificuldade aqui na hora de oferecer o contato precoce desse bebê ao nascer é com a pediatria. Porque os pediatras, eles ficam naquela coisa de: _ Vamos, eu tenho que fazer a avaliação desse neném! Ver qual é a APGAR desse bebê! Então, isso dificulta um pouco [...]. (A. I)

Eu acho que uma das maiores dificuldades são os outros profissionais, que não entendem aquele cuidado diferenciado. (E. II)

Tem médico que tem essa formação, mas é raro aqui, muito raro, e tem médico que

não, ta acostumado a pegar o bebê logo, clampear o cordão logo “Me dá logo o bebê para examinar”, pra invadir o bebê. E isso dificulta, porque você quer deixar o bebê em maior contato com a mãe na barriga, pele a pele, colocar pra mamar na primeira hora de vida. (E. III)

[...] às vezes a gente quer colocar no colo da mãe e tem um médico ou auxiliar que quer logo o neném para estar avaliando, aspirando, e o que a gente vê que não é necessário naquele momento. (E. IV)

Apesar de o tema humanização ser bastante tratado na literatura, na realidade prática, como envolve mudança de comportamento “somente poderá se efetivar mediante a internalização da proposta de humanização pelos sujeitos-trabalhadores das instituições de saúde”²².

A superlotação da unidade e a alta demanda de procedimentos técnicos também foram relatadas como uma dificuldade para uma assistência humanizada de qualidade, pois relatavam que dependendo da quantidade de pacientes e procedimentos que tinham naquele momento, não podiam dar atenção adequada a paciente, e com isso muitas vezes deixando a desejar.

As dificuldades são muitas pela demanda de assistência, muitas vezes deixando a desejar. (A. VII)

[...] às vezes fica superlotado e a gente não tem condições de dar atenção ao paciente. (T. I)

As dificuldades, é a grande demanda de procedimentos, com isso acaba dificultando uma boa assistência humanizada. (A. V)

A rejeição pela mãe foi um fator citado por alguns dos entrevistados como uma grande dificuldade para estar desenvolvendo uma assistência humanizada ao RN.

A maior dificuldade que a gente tem é pela própria mãe, por que têm muitas mães que rejeitam a criança, essa é a maior dificuldade [...] (T. II)

[...] às vezes a própria mãe não quer prestar tal assistência. (A. VI)

Sabemos que uma assistência humanizada só será desenvolvida se também tiver a aceitação da mãe, por exemplo, em ter o primeiro contato com o bebê ainda na sala de parto e oferecer o aleitamento materno precoce.

O parto cesáreo apresenta muitas intervenções, e com isso dificulta tanto o contato imediato entre mãe e bebê, como o aleitamento precoce ainda no centro obstétrico. Podemos ver em uma das falas dos entrevistados:

A dificuldade é quando o parto é cesáreo, pra você colocar o bebê com a mãe, por causa da dor e a paciente está anestesiada. (A. II)

O parto normal é visto como uma facilidade, para estar iniciando o contato precoce e a amamentação ainda na sala de parto, ao contrário do parto cesáreo citado anteriormente como uma dificuldade para estar iniciando esses cuidados humanizados.

[...] o que facilita é o parto sendo normal, você coloca o bebê no seio, já sai daqui mamando na maca com a mãe [...] (A. II)

A ausência do pré-natal apareceu no discurso dos entrevistados como um impedimento para a amamentação na primeira hora de vida, devido o desconhecimento da sorologia para HIV.

Às vezes quando o bebê nasce não tem como a gente colocar ele em contato diretamente, [...] tem mãe que não faz pré-natal, e quando vem às vezes é portadora de VDRL, ou quando não é o HIV também, que não pode infelizmente [...] (T. III)

[...] a preocupação é logo verificar se a mãe tem condições do seio materno, por que às vezes ela não tem por falta de pré-natal, por que elas chegam aqui e não dá tempo de ser feito o exame. (T. I)

Com os exames laboratoriais realizados no pré-natal, é possível identificar e reduzir muitos problemas de saúde que costumam a atingir a mãe e seu bebê. Doenças, infecções ou disfunções podem ser detectadas precocemente e tratadas de forma rápida. O ideal é que as mães iniciem o pré-

natal no primeiro trimestre, assim que souberem da gravidez. As consultas e exames permitem diagnosticar a presença do HIV e outras doenças, e a falta desses exames vai interferir diretamente no cuidado imediato ao RN.

A patologia do RN e a prematuridade foram citadas como uma dificuldade para o contato precoce entre mãe-bebê, pois logo ao nascerem esses RNs são levados imediatamente para a UI ou UTI.

Há certos RNs que não dá para a gente iniciar logo o vínculo mãe- bebê pela patologia do bebê. Quando o bebê nasce com algum problema e temos que encaminhar às pressas para a UTI neonatal e não dá para a gente iniciar aquele vínculo. (T. IV)

[...] o estado do RN, que às vezes vai impedir de você prestar qualquer tipo de cuidado. (E. II)

[...] e também quando a criança não nasce saudável ou prematuro, a gente tem pouco contato, por que os médicos já descem direto com elas para a UI. (T. II)

Muitas vezes o bebê pré-termo, logo ao nascer, devido às suas condições, necessita ser separado de seus pais e ser cuidado por um período mais ou menos longo pela equipe de saúde. Esta separação necessária neste momento não deve, entretanto, impedir proximidade e continuidade dos cuidados familiares, especialmente os parentais. Por sua vez, quando a situação é favorável, logo ao nascer, o bebê tem mais chance, em geral, de um contato maior com o corpo e o calor de sua mãe, seu leite, sua voz, seu toque, seus braços envolvendo seu corpo, os batimentos cardíacos desta; ele é consolado quando chora e recebe carinho e afeto, ou seja, ele conhece um envelope vivo, humano, que pulsa e que responde às suas necessidades. Em seguida é seu pai a fornecer-lhe também esse envelope humano, e, mais tarde, entra em contato com seus familiares. Tudo isso contribui para a formação ou o fortalecimento dos laços afetivos⁴.

O ambiente e a estrutura inadequados foram vistos como uma dificuldade para a participação da família e privacidade por não ter boxes individuais no pré-parto, e com isso não permitindo uma participação adequada de acompanhantes.

O ambiente de pré-parto e sala de parto não favorecem a individualização da família, por que não temos boxes individuais. (E. VII)

[...] e o ambiente de pré-parto também necessita de melhorias, para uma melhor participação dos familiares nesta humanização, principalmente do pai. (E. VIII)

[...] dificuldades em espaço físico [...] (A. VIII)

Houve entrevistados que consideraram a presença do acompanhante como prejudicial em algumas situações, pois esse acompanhante que deveria estar acalmando a parturiente, às vezes fica nervoso e com isso prejudica na assistência adequada a mulher.

[...] o acompanhante às vezes atrapalha, às vezes tá nervoso, a pressão tá alta [...] às vezes é o acompanhante que precisa ser acompanhado [...] (T. III)

Porém, para a maioria dos entrevistados, a presença do acompanhante foi citada como sendo uma forma de estar acalmando a parturiente além de preservar o vínculo de família.

É importante que a parturiente esteja com acompanhante, por que ajuda a proteger o vínculo de família. (T. IV)

[...] a presença da mãe, do acompanhante, que sempre acalma [...] (E. II)

A presença do acompanhante facilita bastante, por que a mulher fica mais tranquila, e o acompanhante conforme a nossa atuação, como a gente está conduzindo de forma humanizada, ele vai dar continuidade nisso no "andar" da mulher. (E. III)

No que se refere ao direito de acompanhante de escolha da mulher, já reconhecido como benéfico para a parturiente é recomendado em diversas instâncias, inclusive

pelo Ministério da Saúde, é um suporte psíquico e emocional, um contato físico, que diminui o medo e a ansiedade, além de somar forças para estimular nos momentos mais difíceis²³.

Em dezembro de 2005 a Portaria de nº 2.418/GM regulamentou a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS²⁴.

Segundo a Organização Mundial de Saúde uma parturiente deve ser acompanhada pelas pessoas em quem confia e com quem se sinta a vontade. Uma síntese de estudos randomizados sobre o apoio por uma única pessoa durante o parto, mostrou que o apoio físico, empático e contínuo, durante o trabalho de parto, apresentava benefícios, dentre eles, um trabalho de parto mais curto, um volume menor de medicações e de analgesia epidural, menos escores de Apgar abaixo de sete e de partos operatórios¹⁸.

A ausência de materiais e equipamentos que poderão ser utilizados de acordo com a necessidade do RN poderá dificultar no desenvolvimento de uma assistência de qualidade.

[...] a ausência de materiais, equipamentos que facilitem esse acolhimento, a necessidade de oxigênio, que às vezes eles usam. (E. II)

Apesar das dificuldades presentes nos discursos dos entrevistados, facilidades para a implementação do modelo de assistência humanizada nos cuidados imediatos ao RN também foram apontadas por eles. A atuação do enfermeiro obstetra foi bastante enfatizada pelos entrevistados como uma facilidade para estar prestando um cuidado humanizado ao RN.

A facilidade é quando o parto é feito pelos enfermeiros, que além do ambiente ser um ambiente mais calmo, por que não tem aquela coisa de: “Anda mãe, faz força!”, aquele estresse que normalmente “rola”. O enfermeiro, ele ali coloca, após o

nascimento, o bebê no peito da mãe, estimula, demora a cortar o cordão umbilical [...], por que com eles a gente tem essa liberdade de poder fazer melhor o serviço. (A. I)

Das facilidades, eu acho que é prestar assistência a uma instituição, ver o profissional que está atendendo, que seja um enfermeiro [...]. (E. II)

A parturiente deve ser acompanhada por pessoal devidamente capacitado, para que as intervenções ocorram quando necessárias e não como rotinas, privilegiando o bem-estar da parturiente e do concepto, tentando não utilizar métodos invasivos. Esse modelo de assistência é mais afeito às enfermeiras que atuam dentro de uma visão mais humana e holística²⁵.

A atenção ao parto normal está embasada em duas concepções. A primeira, caracterizada pelo processo intervencionista dentro de uma visão cartesiana, apoiando-se no enfoque de risco e, uma segunda, seguindo um modelo mais humano, onde o corpo é visto de maneira holística. O primeiro modelo se adapta aos médicos com métodos invasivos e o segundo, mais afeito às enfermeiras que atuam de forma mais humana²⁵.

As mães recebendo bem o que a equipe de enfermagem propõe a elas torna mais fácil o desenvolvimento da humanização nos cuidados imediatos ao RN, como por exemplo, a amamentação imediata, pois se não houver a vontade da mãe de querer amamentar, esse cuidado imediato humanizado não terá sucesso.

[...] elas são bem receptivas ao que a gente propõe, a facilidade eu creio que é isso, elas ficam bem integradas, por que sendo aqui um hospital referência, tudo o que a gente propõe, elas aceitam [...]. (T. I)

Eu não vejo dificuldades, por que de um modo geral, as mães aceitam bem [...]. (E. I)

O trabalho em equipe foi citado como um fator facilitador, pois uma equipe com o mesmo

objetivo de contribuir para que haja um cuidado humanizado, e cada um fazendo a sua parte, a política de humanização se torna bem mais fácil de ser implementada.

Toda a equipe colabora para que haja esse contato da mãe e filho [...] (E. II)

As facilidades são o trabalho em equipe, cada um fazendo uma função para melhor atender o recém-nascido. (A. V)

As facilidades são as equipes multidisciplinares que se completam na assistência. (A. VII)

O relacionamento entre a parturiente e o profissional de saúde surgiu como um facilitador, pois o profissional tendo um bom relacionamento com a mulher, demonstrando atenção por ela e por seu filho, carinho e confiança, está será mais receptiva a assistência e às orientações dadas pelo profissional.

Contato que a enfermagem tem com mãe e filho [...] (A. VI)

A humanização da enfermagem dependerá da maneira de relacionar-se e comunicar-se interpessoalmente, partindo de si para com os clientes de uma forma tal que o cliente sinta o calor humano e a aceitação se manifeste através do sentir-se bem com o cuidado. Assim, o comunicar-se interpessoalmente vai depender do relacionamento estabelecido com o outro mediante a interação e a empatia, que possam ser processadas quando alguém se coloca no lugar do outro, cuja referência central, o ponto de partida e a chegada, é o amor²⁵.

A conscientização e o interesse dos profissionais em querer oferecer o melhor atendimento de forma humanizada visando o bem-estar do binômio (mãe-bebê), de acordo com os entrevistados, seria um fator bastante facilitador para a adesão dessa política.

A vontade de querer fazer o melhor, é bastante facilitador [...] (E.V)

[...] a equipe estar conscientizada sobre a importância do vínculo [...] (T. IV)

É necessário que os profissionais que atuam durante o parto se conscientizem de seu papel no processo. Não importa se médico, enfermeira, ou parteira, a mulher e o bebê devem ser o principal foco de atenção, buscando-se transformar esse momento tão especial da vida em uma lembrança agradável e de união²⁶.

A gente tendo esses materiais e equipamentos para nos auxiliar nas ações, também facilita (...) (E. II)

Para humanizar a assistência ao recém-nascido é importante estar atento para que não ocorram traumas, nem sequelas físicas ou nem emocionais, para a mãe, filho e família. Os fatores ambientais, desde a concepção, parto e nascimento têm implicações importantes para o crescimento e desenvolvimento do recém-nascido enquanto ser cidadão²⁷.

O cuidado humanizado é fazer com amor o que se sabe fazer, treinamento e técnica são apenas procedimentos de rotina da equipe de enfermagem, mas se não houver amor e humanização não há qualidade no atendimento, são gestantes e recém-nascidos que necessitam de apoio e atenção especial, a equipe de enfermagem deve mais do que respeitar, deve amar¹⁶.

O cuidado humano, é considerado a própria ética da enfermagem, apesar das enfermeiras, em geral não conhecerem as implicações morais de suas ações de cuidar pelo fato de estarem acostumadas a agir tecnicamente, não conseguindo articular o seu significado moral. A prática da enfermagem humanista ainda necessita ser mais bem compreendida e vivenciada⁵.

CONCLUSÃO

A humanização dos cuidados imediatos prestados ao RN é compreendida pela equipe de enfermagem como o suprimento das necessidades do bebê que surge logo após o nascimento, como ter o contato imediato com a pele da mãe, além

da amamentação ainda na sala de parto, a manutenção da temperatura corporal e um ambiente tranquilo, evitando procedimentos invasivos que poderão prejudicar nessa aproximação entre mãe e bebê.

Para a implementação desse modelo de assistência humanizada ao RN, observou-se a necessidade de alguns profissionais reverem suas condutas, muitas vezes rotineiras e automatizadas, resistindo a adesão dessa prática humanista.

Assim, é possível ponderar que diante de obstáculos impostos por alguns profissionais que dificulta a implementação de ações que ampliem o processo de humanização da assistência ao RN, faz-se necessário repensar estratégias de enfrentamento da resistência de alguns profissionais, em especial da equipe médica.

Na análise dos relatos evidenciou-se a atuação do enfermeiro obstetra como uma facilidade para estar implementando o modelo de assistência humanizada ao RN.

A enfermeira obstetra é um dos profissionais mais apropriados para o acompanhamento da gestação e partos normais de baixo risco. Estudos realizados na Inglaterra e Estados Unidos demonstraram que os partos assistidos pelas enfermeiras obstetras apresentam menores índices de cesarianas, de uso de fórceps, de indução do parto, controle eletrônico do foco e menor frequência do uso de medicação, o que reflete no nascimento de bebês apresentando melhores índices de Apgar²⁸.

Com isso, cabe a equipe de enfermagem prestar uma assistência qualificada e humanizada a gestante e recém-nascido visando o bem estar deste binômio (mãe-filho).

Os objetivos desse artigo foram alcançados, visto que a equipe de enfermagem necessita aprimorar a sua qualidade na assistência ao recém-nascido, tentando buscar soluções para tais

dificuldades encontradas para a implementação do modelo de assistência humanizada nos cuidados imediatos ao recém-nascido.

REFERÊNCIAS

1. Cruz DCS, Sumam NS, Spíndola T. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. Rev. Esc. Enferm. USP, 2007; 41 (4): 690-7.
2. Figueiredo NMA. Ensinando a Cuidar da Mulher, do Homem e do Recém-Nascido. In: Alves AMA, Santos IMM, Silva LR. O Corpo do Recém-nascido: Cuidados Especiais. Rio de Janeiro: Difusão; 2003, cap. 8, p. 287-349.
3. Ministério da Saúde (BR). Programa Humanização do Parto: humanização no Pré-natal e Nascimento. Brasília; 2002.
4. Ministério da Saúde (BR). Atenção Humanizada ao Recém - Nascido de Baixo Peso: Método Canguru - Manual Técnico. Brasília, 2009.
5. Waldow VR. Cuidado Humano: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto; 1998.
6. Almeida NAM, Martins CA, Vasconcelos KL, Rios CHA, Lucas EA, Machado EA, et al. A Humanização no Cuidado à Parturição. Revista Eletrônica de Enfermagem, 2005; 07 (3): 355-59.
7. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª ed. São Paulo (SP): Atlas; 2002.
8. Minayo MCS, Deslandes SF, Neto OC, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 23ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2004.
9. Dyniewicz AM. Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes. 2ª ed. São Caetano do Sul (SP): Difusão Editora; 2009.
10. Servidor Saúde-Rio. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.saude.rio.rj.gov.br/servidor/cgi/public/cgilua.exe/sys/reader/htm/preindexview.htm?editionsectionid=155&infolid=1657>.

- Acesso em: out/2010
11. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 196/96, normas para pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF).1996b. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Resolucao_196_de_10_10_1996.pdf. Acesso em out/2010.
 12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7ª Ed. São Paulo (SP): Hucitec;Rio de Janeiro: Abrasco; 2000
 13. Silva RNM.Cuidados voltados para o desenvolvimento do bebê pré-termo. 2006 jun. Uma abordagem prática. Disponível em:<http://portalneonatal.com.br/cuidado-neonatal/individualizado/arquivos/CUIDADOSVOLTADOSP ARAODESENVOLVIMENTO.pdf>. Acesso em: nov/2010
 14. Ministério da Saúde (BR). Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília, 2001.
 15. Zveiter M, Progianti JM. A dimensão psíquica valorizada nos Cuidados Imediatos ao Recém-nascido. Rev. Enferm. UERJ, 2006 out/dez; 14(4): 593-8.
 16. Ceranto JLTF, Martins JIS, Cúneo JDP. Qualidade na assistência de enfermagem durante o trabalho de parto e parto.Disponível em: <http://www.docstoc.com/docs/24823309/QUALIDADE-NA-ASSISTENCIA-DE-ENFERMAGEM-DURANTE-O-TRABALHO-DE>.Acesso em: out/2010.
 17. Brasil. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 2 ed. Brasília, 2004.
 18. Organização Mundial de Saúde. OMS. Maternidade Segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: OMS, 1996.
 19. Parto humanizado -Parto- Guia do bebê. Disponível em: http://guiadobebe.uol.com.br/parto/parto_humanizado.htm
 20. Carvalho MLM. Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais. Caderno de Saúde Pública, 2003; 19,supl.2: 389-98.
 21. Brasil. Portaria n° 1016/GM. Brasília: Ministério da Saúde, 26 de agosto de 1993. Disponível em:<http://pnass.datasus.gov.br/documentos/normas/40.pdf>
 22. Amestoy SC, Schwartz E, Thofehrn MB. A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem. Acta Paul Enferm 2006; 19(4):444-9.
 23. Cerqueira JM. Análise da humanização da assistência de enfermagem no parto. Disponível em: www.corenpr.org.br/artigos/ARTIGOibpex.doc
 24. Portaria nº 2.418/GM de 2 de dezembro de 2005. Regulamenta, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2418.htm>.
 25. Davim RMB, Bezerra LGM. Assistência à parturiente por enfermeiras obstétricas no projeto Midwifery: um relato de experiência. Rev. Latino-am Enfermagem 2002 set-out; 10(5): 727-32. Disponível em:<http://www.scielo.br>. Acesso em: nov/2010.
 26. Seibert SL, Barbosa JLS, Santos JM, Vargens OMC. Medicalização x Humanização: o cuidado

Dias AO, Santos IMM, Silva LR.

ao parto na história. Rev Enferm UERJ 2005; 13: 245-51.

27. Silva LR, Christoffel MM, Souza KV. História, conquistas e perspectivas no cuidado à mulher e à criança. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2005 Out-Dez; 14(4):585-93.

28. Merighi MAB, Gualda DMR. Anatomia de uma conciliação: a enfermeira obstetra e as tendências de assistência à mulher no processo de nascimento. Rev Diagn Tratamento 2002 abril/maio/junho; 7(2):6-10.

Recebido em: 07/04/2011

Aprovado em: 26/09/2011