

Artigo Original

Schott LC, Góes FGB, Santos AST, Silva ACSS, Pereira-Ávila FMV, Goulart MCL

Adesão às práticas assistenciais humanizadas ao recém-nascido com boa vitalidade na sala de parto

Rev Gaúcha Enferm. 2022;43:e20210248

doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210248.pt>

Adesão às práticas assistenciais humanizadas ao recém-nascido com boa vitalidade na sala de parto

Adherence to humanized care practices for newborns with good vitality in the delivery room

Adherencia a las prácticas de atención humanizada para recién nacidos con buena vitalidad en la sala de partos

Laryssa Cristina Schott^a <https://orcid.org/0000-0001-8963-2298>

Fernanda Garcia Bezerra Góes^a <https://orcid.org/0000-0003-3894-3998>

Andressa Silva Torres dos Santos^b <https://orcid.org/0000-0001-7142-911X>

Aline Cerqueira Santos Santana da Silva^a <https://orcid.org/0000-0002-8119-3945>

Fernanda Maria Vieira Pereira-Ávila^a <https://orcid.org/0000-0003-1060-6754>

Maithê de Carvalho e Lemos Goulart^a <https://orcid.org/0000-0003-2764-5290>

^aUniversidade Federal Fluminense (UFF), Instituto de Humanidades e Saúde, Departamento de Enfermagem. Rio das Ostras, Rio de Janeiro, Brasil.

^bUniversidade de São Paulo (USP), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

Como citar este artigo:

Schott LC, Góes FGB, Santos AST, Silva ACSS, Pereira-Ávila FMV, Goulart MCL. Adesão às práticas assistenciais humanizadas ao recém-nascido com boa vitalidade na sala de parto. Rev Gaúcha Enferm. 2022;43:e20210248. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210248.pt>

RESUMO

Objetivo: Conhecer os fatores intervenientes à adesão dos profissionais de saúde às práticas assistenciais humanizadas ao recém-nascido com boa vitalidade na sala de parto.

Método: Pesquisa qualitativa, mediante formulário online com 36 profissionais de saúde atuantes em salas de parto no estado do Rio de Janeiro. Dados processados no *Interface de R pour Analyses Multidimensionnelles de Textes Et de Questionnaires* e analisados segundo Análise de Conteúdo Temática.

Resultados: Identificou-se o contato pele a pele como fator que se relaciona diretamente à realização do clampeamento oportuno do cordão umbilical e amamentação na primeira hora de vida. Outros fatores intervenientes foram: aceitação, formação e categoria profissional; tipo de parto; capacitação e treinamento das equipes.

Conclusões: Aprimoramento profissional aliado ao estímulo da chefia, parceria entre pares, boas condições de trabalho, de recursos humanos e de infraestrutura e orientações às famílias propiciam a adesão às práticas assistenciais humanizadas ao recém-nascido na sala de parto.

Palavras-chave: Recém-nascido. Parto humanizado. Assistência perinatal. Sala de parto.

ABSTRACT

Objective: To know the intervening factors in the adherence of health professionals to humanized care practices for newborns with good vitality in the delivery room.

Method: Qualitative research, through an online form with 36 health professionals working in delivery rooms in Rio de Janeiro. Data processed in the *Interface de R pour Analyses Multidimensionnelles de Textes Et de Questionnaires* and analyzed according to Thematic Content Analysis.

Results: Skin-to-skin contact was identified as a factor that is directly related to timely clamping of the umbilical cord and breastfeeding in the first hour of life. Other intervening factors were: acceptance, training and professional category; type of delivery; qualification and training of teams.

Conclusions: Professional improvement combined with encouragement from the leadership, partnership between peers, good working conditions, human resources and infrastructure and guidance to families provide adherence to humanized care practices for the newborn in the delivery room.

Keywords: Infant, newborn. Humanized delivery. Perinatal care. Delivery rooms.

RESUMEN

Objetivo: Conocer factores involucrados en la adhesión de los profesionales de la salud a las prácticas de atención humanizada al recién nacido con buena vitalidad en la sala de partos.

Método: Investigación cualitativa, utilizando un formulario en línea con 36 profesionales de la salud que trabajan en salas de parto en el estado de Río de Janeiro. Datos procesados mediante la *Interface de R pour Analyses Multidimensionnelles de Textes Et de Questionnaires* y analizados mediante *Thematic Content Analysis*.

Resultados: El contacto piel con piel se identificó como un factor que está directamente relacionado con la realización del pinzamiento oportuno del cordón umbilical y la lactancia materna en la primera hora de vida. Otros factores fueron: aceptación, formación y categoría profesional; tipo de entrega; calificación y entrenamiento de los equipos.

Conclusiones: La superación profesional combinada con el estímulo del liderazgo, la colaboración entre pares, las buenas condiciones de trabajo, los recursos humanos y la infraestructura y la orientación a las familias brindan adherencia a las prácticas de cuidado humanizado del recién nacido en la sala de partos.

Palabras clave: Recién nacido. Parto humanizado. Atención perinatal. Salas de parto.

INTRODUÇÃO

O cuidado com o recém-nascido (RN) a termo saudável na sala de parto vem sofrendo diversas modificações e, atualmente, um dos principais objetivos é reduzir o excesso de intervenções a ele aplicadas logo após o nascimento⁽¹⁾. A atenção humanizada ao parto refere-se, portanto, à necessidade de um novo olhar sobre esse evento, compreendendo-o como uma experiência verdadeiramente humana⁽²⁾. Assim, o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento busca promover melhorias no acesso, cobertura e qualidade do acompanhamento do pré-natal, mas também na assistência ao parto e ao puerpério para o binômio mãe-filho⁽³⁾.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda distintos cuidados durante o parto para uma experiência positiva do nascimento. Assim, não são indicados procedimentos invasivos de rotina como a sucção nasal e oral nos bebês que estão respirando. Recomenda-se

ainda contato pele a pele com a mãe durante a primeira hora após o nascimento, para todo RN clinicamente estável, a fim de promover aleitamento materno e prevenir hipotermia⁽⁴⁾.

A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) também preconiza condutas que beneficiam a adaptação do RN à vida extrauterina: manter temperatura corporal entre 36,5-37,5°C, assegurar temperatura ambiente na sala de parto entre 23-26°C, secar corpo e segmento cefálico com compressas aquecidas e iniciar contato pele a pele com o RN coberto com tecido de algodão seco e aquecido. O bebê pode ser posicionado no abdome ou tórax materno, evitando perda de temperatura corporal, enquanto aguarda-se o clameamento oportuno do cordão umbilical, o que previne anemia ferropriva nos primeiros meses de vida⁽⁵⁾.

Seguindo essas diretrizes, recomenda-se a avaliação da vitalidade do RN, logo após o nascimento, segundo três questionamentos: Gestação a termo? Respirando ou chorando? Tônus muscular bom? Obtendo respostas positivas a todas as questões, independentemente do aspecto do líquido amniótico, considera-se que o bebê está com boa vitalidade, não necessita de manobras de reanimação e deve continuar junto de sua mãe depois do clameamento do cordão umbilical, garantindo, assim, a amamentação na primeira hora de vida⁽⁵⁾.

Porém, práticas assistenciais invasivas ao RN com boa vitalidade na sala de parto, como uso de oxigênio inalatório e de incubadora e aspirações oronasofaríngea, gástrica e traqueal, ainda são recorrentes e elevadas no Brasil. Por outro lado, o contato pele a pele precoce e o aleitamento materno na sala de parto se mantêm abaixo dos níveis desejáveis^(1,6). Nessa vertente, o modelo de atenção ao parto e nascimento no Brasil ainda é tecnocrático, centrado no profissional e pautado em intervenções inadequadas e desnecessárias⁽¹⁾.

Estudos atuais no contexto do nascimento têm focado principalmente o cuidado do RN prematuro e/ou de baixo peso e as práticas de reanimação neonatal ou estão atrelados à saúde da mulher^(7,8). Pouco ou superficialmente abrangem as práticas humanizadas a serem desenvolvidas na sala de parto com o bebê a termo com boa vitalidade. Ademais, pesquisas afirmam baixa adesão a essas práticas e elevada frequência de aplicação de intervenções invasivas^(1,6).

Logo, pouco se sabe ainda sobre aspectos facilitadores e dificultadores, neste estudo denominados fatores intervenientes, para a ocorrência das boas práticas no parto hospitalar, comprovadamente benéficas ao RN. Nesse sentido, é importante o desenvolvimento de pesquisas que busquem identificar possíveis fatores intervenientes à adesão dos profissionais de saúde às práticas humanizadas com RN em sala de parto para que sejam adotadas estratégias assistenciais, educacionais e gerenciais que favoreçam a adesão e, conseqüentemente, promovam a assistência integral e humanizada para o bebê e sua família.

Desse modo, apresenta-se a seguinte pergunta de pesquisa: Quais são os fatores que interferem na adesão dos profissionais de saúde às práticas assistenciais humanizadas ao RN com boa vitalidade na sala de parto? Nessa linha argumentativa, objetivou-se conhecer os fatores intervenientes à adesão dos profissionais de saúde às práticas assistenciais humanizadas ao RN com boa vitalidade na sala de parto.

MÉTODO

Pesquisa descritiva e exploratória, de abordagem qualitativa, desenvolvida no estado do Rio de Janeiro, Brasil, de forma online, através da Plataforma Virtual *Google Forms*. Foram adotados os Critérios Consolidados de Relato de Pesquisa Qualitativa (COREQ)⁽⁹⁾.

Participaram 36 profissionais de saúde, que contemplavam os critérios de inclusão: ser enfermeiro, médico, técnico ou auxiliar de enfermagem que trabalha na assistência ao binômio em salas de parto no estado do Rio de Janeiro. Excluíram-se os profissionais que desempenham atividades exclusivamente administrativas.

Para captação dos pretendidos participantes foi adotada a seleção por conveniência, mediante a técnica de bola de neve, a qual consiste em uma forma de amostragem não probabilística, por meio de cadeias de referência para localizar possíveis participantes que atendessem aos critérios de elegibilidade, independente da instituição de trabalho. Assim, os profissionais foram inicialmente convidados pela equipe de pesquisa (uma acadêmica de enfermagem, uma enfermeira em doutoramento e quatro enfermeiras docentes e doutoras com experiência acadêmica e profissional na temática), entre seus contatos profissionais.

Posteriormente, a partir da indicação dos próprios participantes e também por meio de mensagens através de mídias sociais (Facebook, Instagram e Whatsapp) buscou-se fechar a composição da amostra mediante a saturação teórica⁽¹⁰⁾, pois na medida em que as respostas se tornaram repetitivas e o acréscimo de novas informações deixou de ser necessário, visto que não alterava mais a compreensão do fenômeno estudado, a coleta foi encerrada.

A coleta de dados ocorreu, entre março e abril de 2021, por meio de formulário online semiestruturado individual composto de perguntas abertas e fechadas. Esse instrumento foi construído na Plataforma Virtual *Google Forms*, mediante a disponibilização de um *link*, favorecendo o acesso dos participantes, por meio de computador, *notebook*, *tablet* ou *smartphone*. A abordagem ocorreu de forma remota, mediante o compartilhamento do link da pesquisa, no qual foi apresentado um texto convite contendo informações detalhadas e claras sobre os objetivos do estudo e o sigilo, anonimato e confidencialidade dos dados. Esclareceu-se ainda que o tempo médio para preenchimento do formulário era de 15 minutos.

Ao clicar no link, o internauta era direcionado para a plataforma do *Google Forms* com acesso à primeira página do formulário que continha duas perguntas filtros: 1) Se a instituição de trabalho se localizava no estado do Rio de Janeiro; 2) Se o participante trabalhava na assistência ao binômio na sala de parto. Caso estas duas respostas não fossem afirmativas, era exibida uma página de agradecimento e de término da participação. Caso contrário, o participante era direcionado para a página com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assim, o participante somente poderia dar continuidade após a leitura e aceite online desse termo. Para concluir a participação, o profissional precisava preencher o formulário e enviá-lo ao final, com a possibilidade de solicitação de envio de uma cópia das respostas para o e-mail pessoal. Não houve desistências quanto à participação na pesquisa.

O formulário, construído por duas autoras e validado quanto à aparência e ao conteúdo pelos outros membros da equipe de pesquisa, continha perguntas fechadas de caracterização dos participantes: sexo, idade, município de residência, município de trabalho, escolaridade, formação, categoria profissional, tempo de trabalho, tipo e quantidade de instituições de atuação e capacitação profissional. Outra parte continha perguntas abertas sobre o objeto de estudo: “Como você participa da assistência ao RN com boa vitalidade na sala de parto?”, “Você conhece as práticas assistenciais humanizadas ao RN com boa vitalidade na sala de parto? Quais seriam essas?”, “No ambiente em que atua, o que você observa que tem sido desenvolvido?”, “Quais são as facilidades para implementá-las?” e “Quais são as dificuldades para implementá-las?”. O formulário foi testado mediante aplicação com quatro profissionais, o que possibilitaria identificar possíveis fragilidades e adaptações necessárias, entretanto, não houve necessidade de modificações, assim, essas respostas foram incluídas na análise.

A análise dos dados ocorreu em três etapas: 1) preparação e codificação do *corpus* textual; 2) processamento dos dados textuais no *software* e 3) interpretação dos achados pelos pesquisadores. As respostas discursivas oriundas dos formulários constituíram a fonte primária de dados, que foi devidamente preparada e submetida ao processamento textual no *software Interface de R pour Analyses Multidimensionnelles de Textes Et de Questionnaires* (IRAMUTEQ). Utilizaram-se os métodos analíticos: Nuvem de Palavras, Análise de Similitude e Classificação Hierárquica Descendente (CHD). Nesta última, as formas ativas (substantivos, adjetivos, verbos e formas não reconhecidas) que apresentaram χ^2 igual ou superior a 3,84 ($p < 0,05$) foram selecionadas por determinar a força associativa entre elas, com destaque para as com $p < 0,0001$, que denota fortíssima associação do vocábulo na classe⁽¹¹⁾.

Após o processamento no *software*, ocorreu a fase de interpretação à luz dos pressupostos teóricos da pesquisa qualitativa⁽¹²⁾, mediante valorização, compreensão,

interpretação dos dados e sua articulação aos marcos conceituais do estudo. Assim, no processo analítico optou-se por empregar elementos da Análise de Conteúdo Temática⁽¹²⁾, a fim de identificar e analisar, por meio de inferências, os núcleos de sentido produzidos pelos segmentos de texto nas classes geradas pelo IRAMUTEQ. Logo, após leitura das palavras e segmentos de texto associados a cada classe foi possível denominá-las, com base nos sentidos das respostas, o que em conjunto permitiu alcançar o objetivo do estudo.

Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 43457821.00000.5243, Parecer: 4.598.500). O TCLE foi disponibilizado online e aos participantes foi garantido o sigilo, anonimato e confidencialidade das informações. Utilizou-se um código alfanumérico com a letra P seguida de um número mediante ordem de participação na pesquisa.

RESULTADOS

Participaram 36 profissionais (100,0%), dos quais, 35 (97,2%) mulheres, 16 (44,4%) com idade entre 31 a 40 anos, residentes no estado do Rio de Janeiro (100%), sendo que 19 (52,8%) vivem na capital, enquanto os demais em outras regiões do estado: Metropolitana, oito (22,2%), Baixada Fluminense, três (8,3%), Baixada Litorânea, três (8,3%), e Serrana, três (8,3%). Predominaram enfermeiros, 29 (80,6%), seguidos pelos técnicos de enfermagem, quatro (11,1%), médicos, dois (5,6%), e um (2,8%) auxiliar de enfermagem. Dezesete (47,2%) atuam há mais de 10 anos na profissão, 13 (36,1%) possuem especialização, nove (25,0%) graduação, 11 (30,6%) mestrado, dois (5,6%) doutorado e um (2,8%) pós-doutorado.

Sobre a atuação na área de atenção à saúde do RN, 11 (30,6%) atuam entre 1 e 5 anos, sete (19,4%) de 11 a 15 anos, seis (16,7%) de 6 a 10 anos, cinco (13,9%) de 16 a 20 anos, cinco (13,9%) mais de 20 anos e dois (5,6%) menos de um ano. O total de 33 (91,7%) profissionais trabalha na rede pública. Sobre o tempo de atuação na sala de parto, prevaleceram os com mais de 10 anos, 12 (33,3%), seguidos pelos de 1 a 3 anos, oito (22,2%), e de 6 a 9 anos, sete (19,4%), depois, os com menos de um ano, seis (16,7%), e os de 3 a 6 anos, três (8,3%). Sobre programas de capacitação na área, 25 (69,4%) participaram.

O *corpus* textual, após o processamento pelo IRAMUTEQ, constituiu-se por 36 textos, com total de 2.289 ocorrências de palavras, sendo 543 palavras distintas e 289 com uma única ocorrência (hápax). Através da Nuvem de Palavras, sem a utilização de um ponto de corte para a inclusão dos termos, foi possível visualizar os vocábulos de maior representatividade, sendo estes os maiores e de forma mais centralizada que os demais (Figura 1).

Figura 1 - Nuvem de palavras. Rio das Ostras, Rio de Janeiro, Brasil, 2021



Fonte: IRAMUTEQ. Dados da pesquisa, 2021

Por ordem de ranqueamento, as dez formas ativas mais frequentes foram: contato pele a pele (f=48), equipe (f=34), recém-nascido (f=33), amamentação (f=27), cordão (f=27), mãe (f=26), não (f=25), primeira hora (f=25), cuidado (f=23) e clampeamento oportuno (f=22). Verificou-se que dentre as formas ativas mais recorrentes, apareceram as três principais práticas humanizadas a serem realizadas na sala de parto: contato pele a pele, clampeamento oportuno e amamentação. Portanto, se averiguou, inicialmente, que os participantes reconhecem tais práticas no bojo dos cuidados imediatos a serem desenvolvidos junto ao RN.

Contato pele a pele logo após nascimento, clampeamento oportuno do cordão umbilical, aleitamento materno precoce, cuidados realizados sem pressa para não interromper o primeiro contato mãe e bebê. (P2)

Sim, contato pele a pele imediatamente após o nascimento até o máximo tempo em que for confortável ao binômio (idealmente ao menos uma hora), clampeamento oportuno, aleitamento oportuno o mais precocemente possível. (P27)

Na Análise de Similitude incluíram-se as formas ativas com recorrência de seis ou mais vezes, sendo possível identificar as palavras e as conexidades (ligações) entre elas. Assim, os termos referentes aos cuidados humanizados com o RN aparecem em destaque do centro para as ramificações. Ademais, o contato-pele a pele assumiu posição de centralidade e visibilidade, com maior número de conexões com os outros termos (Figura 2).

profissionais que intervêm para que as práticas humanizadas com o RN ocorram ou não na sala de parto. Ainda, observou-se que na equipe multidisciplinar os enfermeiros se destacam, sendo aqueles que mais aderem às boas práticas, por outro lado, médicos (obstetras e pediatras) são citados como os que menos as cumprem, segundo os participantes.

Acredito que por ser um hospital onde acolhe muitos residentes em enfermagem obstétrica, a equipe de enfermeiros tenta reproduzir muito mais as práticas respeitadas com nascimento e os cuidados com o binômio. Às vezes, alguns profissionais (principalmente pediatras) tendem a prestar um cuidado mais tradicional e antigo. (P1)

Práticas humanizadas, porém, pelas enfermeiras obstétricas. (P20)

A equipe de médicos obstetras realiza o clampeamento imediato. (P23)

Além disso, a organização da instituição foi destacada pelos participantes como algo que se relaciona diretamente a adesão às boas práticas, o que inclui a importância do estabelecimento de protocolos institucionais e atualizações.

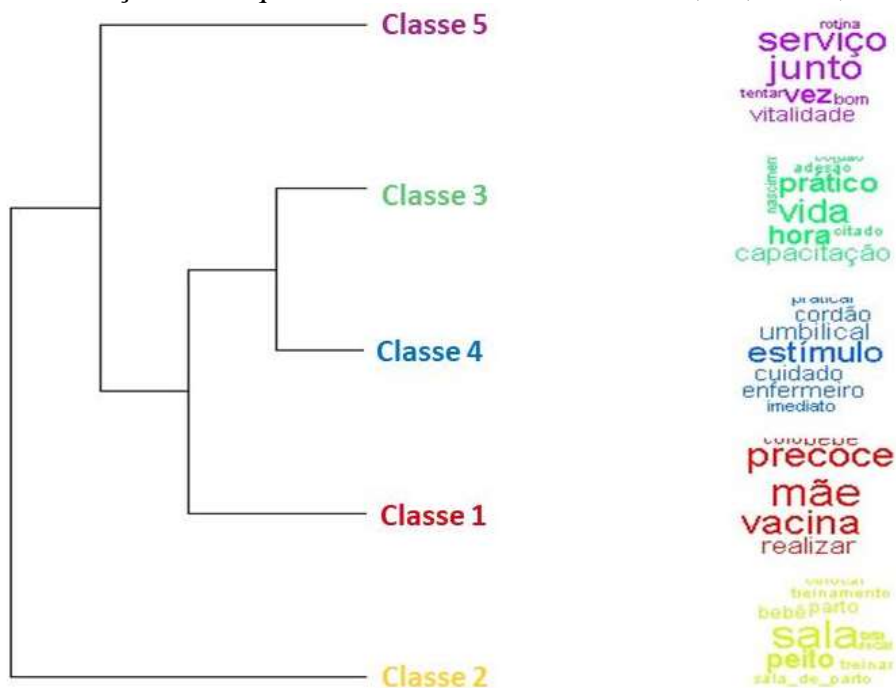
Organização, protocolo institucional, comprometimento da coordenação com a equipe. (P21)

Instituição atualizada com boas práticas e entendimento da importância do processo. (P34)

Coordenação trabalha de modo a atualizar a equipe e integrar o cuidado dentro do preconizado pelo Ministério da Saúde. (P20).

Na Classificação Hierárquica Descendente foi gerado o dendrograma com cinco classes estáveis, mediante aproveitamento de 84,06% de retenção dos 69 segmentos de texto (Figura 3). As classes foram formadas por palavras que são significativamente associadas com aquela classe (por meio do cálculo do χ^2).

Figura 3 - Classificação Hierárquica Descendente. Rio das Ostras, RJ, Brasil, 2021



Fonte: IRAMUTEQ. Dados da pesquisa, 2021.

A classe com maior número de segmentos de texto foi a classe 5 (rosa), correspondendo a 24,1%; seguida das classes 3 (verde) e 4 (azul) com 22,4% ambas, por fim, as classes 1 (vermelha) e 2 (amarela) com 15,5%. O *corpus* textual foi dividido em dois blocos (*subcorpus*) independentes, sendo o primeiro composto pela classe 2, o que evidencia que esta é a mais isolada, com distanciamento do seu conteúdo semântico em relação as demais por ser a única que se refere a fatores institucionais. O segundo deu origem à classe 5, com uma segunda subdivisão para a classe 1 e uma nova subdivisão englobando as classes 3 e 4, demonstrando maior proximidade e homogeneidade entre elas, que apresentam conteúdos semânticos mais próximos sobre capacitação e formação da equipe de saúde.

Classe 1 - Aceitação dos profissionais de saúde para adesão às práticas humanizadas na sala de parto

Essa classe engloba os vocábulos que remetem à importância de aceitar e realizar as práticas humanizadas na sala de parto, a fim de promover o fortalecimento do vínculo mãe-bebê. Os profissionais reconhecem que o ideal é realizar o contato pele a pele precocemente e que todos os outros procedimentos sejam realizados no colo da mãe ou adiados, como as medidas antropométricas, vacinação e prevenção da oftalmia neonatal.

Realizamos o primeiro contato pele a pele, além do início da amamentação precoce na primeira meia hora. Humanização do parto e fortalecimento do vínculo mãe bebê. (P35)

O bebê nasce, seca, coloca sobre o peito da mãe, inicia amamentação imediatamente. Fazer o contato pele a pele, mostrar para a mãe sinais de fome, iniciar o aleitamento imediatamente após o parto, postergar cuidados como mensuração, vacina, crede. (P10)

Fazer as vacinas com o recém-nascido no seio. (P26)

No conjunto das práticas humanizadas, a presença do acompanhante de escolha da mãe, podendo inclusive ser escolhido para cortar o cordão umbilical, também emergiu como um elemento importante.

Aleitamento materno de forma humanizada pensando no bem-estar mãe bebê, presença do acompanhante de escolha da mãe. (P10)

Mantendo o recém-nascido aquecido, no colo da mãe. Deixar o recém-nascido com a mãe o tempo todo. Cortar o cordão apenas depois que parar de pulsar. Deixar que a mãe escolha quem vai cortar. (P13)

Diante do reconhecimento das práticas humanizadas e de sua importância, os participantes alegaram que a aceitação por parte dos profissionais é condição básica para que elas sejam efetivamente realizadas. Logo, quando há preocupação e respeito da equipe essas práticas acontecem, o que foi recorrentemente associado à enfermagem. Portanto, a não aceitação dessas práticas foi descrita como um fator limitante para sua ocorrência.

Boa aceitação de todos os envolvidos no ato do nascimento (facilidade). (P31)

Na instituição em que atuo é possível visualizar preocupação da equipe em manter o momento do nascimento respeitoso. Tentamos sempre manter o vínculo e respeito para/com o binômio. Percebo que as práticas mais respeitadas partem mais da equipe de enfermagem. (P1)

Classe 2 - Fatores institucionais intervenientes à adesão às práticas humanizadas na sala de parto

A classe 2 engloba vocábulos que indicam fatores institucionais que interferem na adesão às boas práticas na sala de parto, a saber: tipo de parto, alta demanda por atendimento, escassez de salas de parto, condições de trabalho, desinformação e desmotivação dos profissionais e treinamentos das equipes. Segundo os participantes, partos cesarianos favorecem a não ocorrência das boas práticas na sala de parto, enquanto no parto vaginal (normal) os cuidados humanizados acontecem mais frequentemente.

Quando é parto vaginal, amamentação. Quando há cirurgia cesariana não acontece a amamentação na sala de cirurgia. (P8)

Nos partos normais praticamos todos os cuidados humanizados. Nas cesarianas fazemos ainda pouco contato pele a pele. (P4)

Outras questões institucionais foram ressaltadas, como alta demanda de partos e a escassez de salas de parto, que emergiram como fatores que limitam a ocorrência das práticas humanizadas. E, para além das condições de trabalho desfavoráveis, a desinformação e desmotivação de alguns profissionais também foram sinalizadas como fatores dificultadores.

A maior parte (das práticas humanizadas) não acontece assim, por ter muitas mulheres parindo e pouca sala de parto. Falta mais sala de parto. (P13)

Sobrecarga de trabalho, necessidade de rodar leitos (dificuldade). (P27)

Rotinas viciadas por desinformação e pouca motivação. Mais fácil não praticar. (P4)

Para facilitar a adesão, vários profissionais sinalizaram que o treinamento constante da equipe multidisciplinar propicia a humanização na sala de parto. Sendo assim, a educação permanente constitui fator interveniente relacionado à conduta institucional.

Treinamento adequado da equipe. Equipe treinada facilita a implementação. (P9)

Treinamento e sensibilização da equipe. Cursos de capacitação e aperfeiçoamento. (P27)

O treinamento junto à equipe multidisciplinar, assim como a educação continuada. (P24)

Classe 3 e 4 - Capacitação e formação da equipe de saúde relacionada à adesão às práticas humanizadas na sala de parto

Na classe 3 evidenciaram-se distintas palavras associadas, com destaque para o termo “capacitação” que emergiu como um elemento importante. O conteúdo semântico desta classe revelou uma dualidade, pois por um lado, a capacitação da equipe, é um fator essencial para a adesão às práticas humanizadas na sala de parto, por outro, a falta de capacitação emerge como um elemento dificultador.

Cursos de capacitação (facilidade). (P12)

Resistência e falta de capacitação da equipe médica (obstetra e pediatria). Falta de capacitação da equipe médica (dificuldade). (P21)

Nessa diretiva, a adesão dos profissionais às boas práticas na sala de parto é variável. Alguns aderem a essas condutas, o que é reconhecido como fator facilitador, contudo, outros não as colocam em prática no cuidado ao RN, o que é demonstrado pela recorrência da palavra “falta” no *corpus* textual.

Adesão da maioria da equipe (facilidade). Falta de adesão de alguns membros da equipe multidisciplinar (dificuldade). (P36)

Equipe treinada com boa adesão (facilidade). Equipe sem adesão (dificuldade). (P16)

Falta de sensibilização da equipe médica. (dificuldade). (P12)

A equipe de enfermagem foi de forma recorrente citada como a que mais promove as práticas humanizadas com o bebê. Ainda, um dos participantes relatou que a vontade de cada profissional e a parceria entre a equipe na instituição é um elemento que interfere nesse processo, variando inclusive de plantão para plantão na mesma unidade. Além disso, o fato da instituição ter aderido à Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) também emergiu como um fator facilitador da adesão.

As práticas de humanização do nascimento estão sendo colocadas em prática principalmente pela equipe de enfermagem. (P35)

São implementações que não dependem de custo para a instituição apenas vontade dos profissionais das diferentes categorias. Parceria e vontade profissional. [...] Em alguns plantões as práticas (humanizadas) são realizadas. (P37)

O hospital se tornou amigo da criança recentemente. (P3)

Na classe 4 observa-se que o tipo de formação dos profissionais de saúde é um fator relacionado à adesão às boas práticas na sala de parto. Logo, a formação pautada no modelo de atenção à saúde humanizada promove as práticas recomendadas. Contudo, a formação balizada no modelo biomédico emergiu como um fator que dificulta a implementação.

Enfermeiras obstétricas formadas num modelo de humanização à assistência ao recém-nascido (facilita). (P19)

Contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida, clampeamento tardio do cordão umbilical, quando o binômio é assistido pela enfermagem obstétrica. (P23)

Modelos de formação rígidos nos protocolos intervencionistas (dificuldade). (P06)

Profissionais que não foram capacitados para a prática de recepção humanizado do recém-nascido com boa vitalidade. (P18)

Outro fator destacado como limitador para a implementação das boas práticas é a sobrecarga de atividades na unidade, com número elevado de atendimentos, somada ao quantitativo reduzido de profissionais para atender essa demanda, demonstrando que somente a capacitação e a formação da equipe quanto às práticas humanizadas não são suficientes se o profissional se depara com os fatores institucionais limitadores.

Superlotação da unidade (dificuldade). (P19)

Um profissional sobrecarregado com a demanda do setor não consegue implementar (dificuldade). (P27)

Muita demanda de atendimento, número de profissionais insuficiente para a demanda (dificuldade). (P18)

Classe 5 – A equipe médica pediátrica e sua relação na adesão às práticas humanizadas na sala de parto

Nesta classe a palavra “pediatra” foi recorrente e apresentou forte associação. A interpretação dos segmentos de textos permitiu verificar, em várias respostas, que a atuação desse profissional, inclusive da coordenação médica, por vezes, se distancia das boas práticas, principalmente pela busca de otimização do tempo de assistência. Sendo, portanto, reconhecido como um fator que dificulta a adesão às práticas humanizadas.

Às vezes, alguns profissionais (principalmente pediatras) tendem a prestar um cuidado mais tradicional e antigo. (P01)

A coordenação médica e os pediatras mais antigos (dificuldade). (P29)

Ainda o tempo do profissional pediatra, que quer otimizar e ou acelerar seu tempo na assistência ao recém-nascido (dificuldade). Não todos, mas uma parcela deles. (P25)

A classe médica em vários momentos foi referida como aquela que menos adere às práticas humanizadas na sala de parto. Ademais, a desatualização e a desinformação sobre o tema implicam na adoção de rotinas antigas. Porém, a divulgação de evidências científicas facilita a implementação, assim como a valorização dessas práticas por parte da chefia.

Nem sempre os preceptores me deixam realizar esses passos, atrapalhando a hora dourada para realização dos cuidados com o recém-nascido. Assim como a pediatria e os médicos obstetras que nem sempre cumprem com essas condutas. (P7)

Desatualização dos profissionais, principalmente da equipe médica e as rotinas antigas do setor (dificuldade). As evidências científicas cada vez mais divulgadas facilitam a implementação no serviço das boas práticas. (P35)

Tem que ter uma chefia que valorize as boas práticas e atue para capacitar toda equipe. (P4)

DISCUSSÃO

Os fatores intervenientes à adesão dos profissionais de saúde às práticas assistenciais humanizadas ao RN com boa vitalidade na sala de parto são multidimensionais e envolvem questões individuais e institucionais. Os achados revelaram que os profissionais reconhecem as principais práticas humanizadas, o que a literatura aponta ser de suma importância para que a adesão a elas ocorra⁽¹³⁾, pois é o ponto de partida para sua concretização.

A maioria dos participantes apresenta experiência na área e qualificação profissional, o que corrobora com um estudo que ressaltou a importância da educação continuada para melhorar a qualidade da assistência e estimular boas práticas nos cenários obstétricos⁽¹⁴⁾. Logo, na formação profissional é essencial a mudança de paradigma em relação à atual cultura hospitalocêntrica de assistência ao parto e nascimento⁽¹³⁾, conforme os achados também indicaram, reforçando a necessidade da formação pautada na humanização do parto.

Quanto aos cuidados humanizados realizados com o RN na sala de parto, o contato pele a pele assumiu posição de centralidade nas análises, sendo reconhecido como uma prática e um fator intimamente relacionado à realização das outras. Recomendações nacionais e internacionais concordam com esses achados, ressaltando sua importância, visto que tal prática auxilia na regulação térmica do RN, prevenindo a hipotermia, estimula o vínculo entre o binômio mãe e filho, além de promover e estabelecer o aleitamento materno^(4-5,13,15).

Revisão sistemática de 38 ensaios clínicos com 3.472 binômios de 21 países, verificou que bebês colocados em contato pele a pele logo após o parto recebem aleitamento materno em maior frequência por 1-4 meses após o parto e a primeira mamada tem maior chance de ocorrer com sucesso⁽¹⁶⁾, avigorando que essa prática é um fio condutor para as outras.

Alguns profissionais alegaram que primeiro realizam os cuidados humanizados, postergando outros procedimentos, inclusive os invasivos, como a vacinação. Essa atitude corrobora com as evidências científicas, pois favorece a adaptação do RN à vida extrauterina. Exames e procedimentos de rotina só devem ser realizados após o contato pele a pele precoce, exceto em caso de indicação médica^(4,14). Mas, estudos mostram que ainda existe resistência por parte dos profissionais em postergar tarefas e cuidados rotineiros em prol das boas práticas⁽¹³⁾. Pesquisa realizada na baixada litorânea do Rio de Janeiro comprovou que além da

baixa adesão às boas práticas, as taxas de intervenções invasivas na sala de parto, especialmente aspirações oronasofaríngea e gástrica, foram elevadas⁽¹⁾, o que está em consonância com as respostas dos participantes e se contrapõe às diretrizes vigentes⁽⁴⁾.

Diante dos achados, a organização institucional se configura como outro fator interveniente à adesão às práticas humanizadas, além do modelo de formação dos profissionais. Evidências corroboram nessa diretiva, destacando que a atuação da equipe multiprofissional ainda é biologicista e intervencionista, ressaltando que a rotina hospitalar se sobrepõe ao cuidado humanizado^(13,17). Essas constatações remetem à importância de formação acadêmica e protocolos institucionais humanizados, pois a equipe de saúde precisa apoiar de maneira concreta as boas práticas para beneficiar mães e bebês⁽¹⁴⁾.

A aceitação dos profissionais de saúde também é condição básica para que as boas práticas sejam realizadas. Assim, de acordo com os resultados, quando ocorre interesse, preocupação e respeito por parte da equipe essas práticas acontecem, conforme outro estudo também revelou⁽¹⁴⁾. Nessa vertente, a equipe de enfermagem destacou-se como a que mais adere às boas práticas, especialmente o contato pele a pele, o que também condiz com a literatura^(13,18). Por outro lado, a não aceitação dessas práticas por parte de alguns membros da equipe de saúde é um fator limitante para sua ocorrência.

A categoria médica foi destacada como um grupo de profissionais que muitas vezes não adere às boas práticas, o que está em consonância com a literatura que aponta que os pediatras são aqueles que optam em manter as práticas invasivas, por vezes desnecessárias, no momento do parto, incluindo o distanciamento do RN da mãe, que é uma barreira para o contato pele a pele precoce⁽¹³⁾, e a aspiração indiscriminada das vias aéreas, ambas as medidas se contrapõem às recomendações da OMS e SBP^(4,5). Logo, recomenda-se que os médicos também participem dos treinamentos institucionais sobre boas práticas no nascimento⁽¹³⁾.

A sobrecarga de trabalho, assim como a alta demanda de partos e o número insuficiente de profissionais, também relatados em outras pesquisas^(13,17), se configuraram como fatores intervenientes à adesão às práticas humanizadas na sala de parto. Estudo no Paraná/Brasil, destacou que a baixa adesão de outros profissionais, em especial os médicos, igualmente gera sobrecarga de trabalho sobre aqueles envolvidos na adoção do contato pele a pele precoce e da amamentação na sala de parto⁽¹⁷⁾, o que potencializa as dificuldades para a implementação do quarto passo da IHAC e coaduna com os resultados atuais.

A presença do acompanhante de escolha da mãe, podendo inclusive ser selecionado para cortar o cordão umbilical, também destacou-se no estudo. Essa presença tende a

favorecer a humanização da assistência obstétrica e neonatal, diminuindo as intervenções desnecessárias e contribuindo para a realização das práticas humanizadas^(13,14).

O parto vaginal emergiu como facilitador e o parto cesariano como dificultador à adesão às boas práticas. Estudos confirmam que a cesariana favorece o adiamento do contato mãe e bebê, não apenas devido aos efeitos biológicos advindos da cirurgia, como sonolência da mãe devido à analgesia, mas também pelos profissionais que postergam essa prática devido aos cuidados pós-operatórios^(13,14,19). Por outro lado, o parto vaginal é fator de proteção às práticas humanizadas, elevando as chances do bebê ficar em contato com a mãe após o nascimento^(6,19). Porém, boas práticas devem ser realizadas em todos tipos de parto⁽¹⁴⁾.

Profissionais relataram atuar em instituições intituladas “Hospital Amigo da Criança”, que para manter o título precisam seguir regras específicas relacionadas aos cuidados humanizados e ao aleitamento materno⁽⁶⁾. Em contrapartida, um estudo alega que apesar da existência da Rede Cegonha e IHAC, ainda é baixa a ocorrência dessas práticas no Brasil⁽¹⁴⁾.

O que não é diferente em outros países, a exemplo, estudo francês com 85 mães verificou que em 67% dos partos a duração do contato pele a pele foi inferior a uma hora e em 49% o principal motivo foi a realização de cuidados de rotina. Essa separação contraria as recomendações atuais, interrompe o contato pele a pele dos RN com sua mãe, prejudica o sucesso da amamentação e dificulta potencialmente o estabelecimento dos primeiros vínculos mãe-filho⁽²⁰⁾. O que reforça a importância dos achados atuais e a necessidade de ações assistenciais, educacionais e gerenciais que promovam tais práticas em distintos cenários.

Assim, o modelo de atenção no qual prevalece o parto cesáreo e as intervenções invasivas ainda prevalece nas salas de parto⁽¹⁾. Contudo, é imprescindível sensibilizar gestores e profissionais que atuam diretamente na assistência para a criação ou o fortalecimento de políticas institucionais que promovam as boas práticas. Além disso, é necessário que a equipe multiprofissional de saúde esteja atualizada sobre as evidências científicas para garantir uma experiência positiva do nascimento, evitando intervenções desnecessárias^(4,13,15).

Portanto, recomendam-se ações voltadas para a elevação do nível de conhecimentos dos profissionais sobre a importância e os benefícios das boas práticas; orientações às famílias antes do nascimento do filho sobre os cuidados com o RN saudável na sala de parto; e estabelecimento de um protocolo de atendimento ao RN com boa vitalidade, incluindo o contato pele a pele, lembrando que os cuidados de rotina podem ser adiados⁽²⁰⁾.

Considerando que a pesquisa foi desenvolvida no estado do Rio de Janeiro, reconhece-se a importância de estudos em outras regiões demográficas, a fim de observar convergências e divergências regionais na adesão às boas práticas ao RN no nascimento. A maioria dos

participantes é da enfermagem, o que se configurou como outra limitação do estudo, logo sugere-se a ampliação para a categoria médica, apesar de convites terem sido realizados. Outra limitação refere-se à utilização de formulário online, o que implicou em respostas mais curtas e objetivas entre os participantes em comparação à entrevista presencial, indicando, assim, a importância de estudos com outros desenhos metodológicos a fim de expandir o conhecimento sobre o tema.

O estudo contribui para a área da saúde ao apresentar fatores intervenientes à adesão às práticas humanizadas com RN com boa vitalidade na sala de parto, permitindo, assim, a elaboração e adoção de estratégias assistenciais, gerenciais e educacionais, tanto em nível técnico quanto na graduação e pós-graduação, que favoreçam a ocorrência dessas práticas.

CONCLUSÕES

Neste estudo foram identificados fatores multidimensionais que interferem na adesão às práticas assistenciais humanizadas ao RN com boa vitalidade na sala de parto, dentre eles, o contato pele a pele destacou-se como um facilitador para a ocorrência do clampeamento oportuno do cordão umbilical e da amamentação na primeira hora de vida.

A aceitação da equipe, tipo de formação e categoria profissional também foram citados, visto que os participantes sinalizaram a importância da aceitação dos próprios profissionais quanto à realização das boas práticas, sendo a equipe de enfermagem recorrentemente associada à sua ocorrência. Revelaram-se ainda distintos fatores institucionais intervenientes, a saber, tipo de parto, alta demanda por atendimento, escassez de salas de parto, condições inadequadas de trabalho, desinformação e desmotivação dos profissionais. Logo, a necessidade de capacitação e treinamento das equipes foi recorrente nas respostas dos participantes.

Considerando que um nó crítico importante ainda está na necessidade de aceitação por parte da equipe para a adesão às práticas humanizadas, são imprescindíveis políticas institucionais promotoras das boas práticas na sala de parto. Portanto, aprimoramento profissional com conhecimento atualizado, aliado ao estímulo da chefia, parceria entre os pares, boas condições de trabalho, recursos humanos e infraestrutura e orientações às famílias são algumas estratégias que propiciam essa adesão.

REFERÊNCIAS

1. Ledo BC, Góes FGB, Santos AST, Pereira-Ávila FMV, Silva ACSS, Bastos MPC. Factors associated with care practices for newborns in the delivery room. *Esc Anna Nery*. 2021;25(1):e20200102. doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0102>
2. Possati AB, Prates LA, Cremonese L, Scarton J, Alves CN, Ressel LB. Humanization of childbirth: meanings and perceptions of nurses. *Esc Anna Nery*. 2017;21(4):e20160366. doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2016-0366>
3. Andrade LO, Felix ESP, Souza FS, Gomes LOS, Boery RNSO. Practices of nursing professionals against humanized labor. *J Nurs UFPE on line*. 2017; [cited 2020 Nov 10];11(Supl 6):2576-85. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23426/19112>
4. World Health Organization. WHO Recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [cited 2021 Jul 07]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272447/WHO-RHR-18.12-eng.pdf>
5. Sociedade Brasileira de Pediatria. Reanimação do recém-nascido ≥ 34 semanas em sala de parto: diretrizes 2021 da Sociedade Brasileira de Pediatria [Internet]. São Paulo: SBP; 2021 [citado 2021 jul 15]. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/DiretrizesSBP-ReanimacaoRN_Maior34semanas-MAIO_2021.pdf
6. Moreira MEL, Gama SGN, Pereira APE, Silva AAM, Lansky S, Pinheiro RS, et al. Clinical practices in the hospital care of healthy newborn infant in Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(Supl 1):S1-S12. doi: <http://doi.org/10.1590/0102-311X00145213>
7. Descovi MHM, Jantsch LB, Rosa N, Kegler JJ, Neves ET. Resuscitation of moderate and late preterm babies in the delivery room: associated factors. *Acta Paul Enferm*. 2020;33:eAPE20180134. doi: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO0134>
8. Pereira SB, Diaz CMG, Backes MTS, Ferreira CLL, Backes DS. Good practices of labor and birth care from the perspective of health professionals. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(Supl 3):1313-9. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0661>
9. Souza VRS, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. *Acta Paul Enferm*. 2021;34:eAPE02631. doi: <http://doi.org/10.37689/actaape/2021AO02631>
10. Nascimento LCN, SouzaTV, Oliveira ICS, Moraes JRMM, Aguiar RCB, Silva LF. Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(1):228-33. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0616>

11. Góes FGB, Santos AST, Campos BL, Silva ACSS, Silva LF, França LCM. Use of IRAMUTEQ software in qualitative research: an experience report. *Rev Enferm UFSM*. 2021;11:e63. doi: <https://doi.org/10.5902/2179769264425>
12. Minayo MCS, organizadora. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 2016.
13. Holztrattner JS, Gouveia HG, Moraes MG, Carlotto FD, Klein BE, Coelho DF. Early skin-to-skin contact in a child friendly hospital: perceptions of the obstetric nurses. *Rev Gaúch Enferm*. 2021;42:e20190474. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20190474>
14. Ayres LFA, Cnossen RE, Passos CM, Lima VD, Prado MRMC, Beirigo BA. Factors associated with early skin-to-skin contact in a maternity hospital. *Esc Anna Nery*. 2021;25(2):e20200116. doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0116>
15. Marshall S, Lang AM, Perez M, Saugstad OD. Delivery room handling of the newborn. *J Perinat Med*. 2019;48(1):1-10. doi: <https://doi.org/10.1515/jpm-2019-0304>
16. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;11(11):CD003519. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4>
17. Antunes MB, Demitto MO, Soares LG, Radovanovic CAT, Higarashi IH, Ichisato SMT, et al. Amamentação na primeira hora de vida: conhecimento e prática da equipe multiprofissional. *Av Enferm*. 2017;35(1):19-29. doi: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v35n1.43682>
18. Sabino MC, Costa R, Velho MB, Brüggemann OM, Junges CF, Gomes IEM. Actions performed by the companion during the immediate care of the newborn in public maternity hospitals. *Rev Enferm UFSM*. 2021;11:e26. doi: <https://doi.org/10.5902/2179769246916>
19. Terra NO, Góes FGB, Souza AN, Ledo BC, Campos BL, Barcellos TMT. Intervening factors in adherence to breastfeeding within the first hour of life: integrative review. *Rev Eletr Enferm*. 2020;22:62254. doi: <https://doi.org/10.5216/ree.v22.62254>
20. Tasseau A, Walter-Nicolet E, Autret F. Management of healthy newborns in the delivery room and maternal satisfaction. *Arch Pediatr*. 2018;25(5):309-14. doi: <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2018.05.010>

Contribuição de autoria:

Administração de projeto: Fernanda Garcia Bezerra Góes.

Análise formal: Laryssa Cristina Schott, Fernanda Garcia Bezerra Góes.

Conceituação: Laryssa Cristina Schott, Fernanda Garcia Bezerra Góes.

Curadoria de dados: Laryssa Cristina Schott, Fernanda Garcia Bezerra Góes.

Escrita - primeira redação: Laryssa Cristina Schott, Fernanda Garcia Bezerra Góes.

Escrita - revisão e edição: Laryssa Cristina Schott, Fernanda Garcia Bezerra Góes, Andressa Silva Torres dos Santos, Aline Cerqueira Santos Santana da Silva, Fernanda Maria Vieira Pereira-Ávila, Maithê de Carvalho e Lemos Goulart.

Investigação: Laryssa Cristina Schott, Fernanda Garcia Bezerra Góes, Andressa Silva Torres dos Santos, Aline Cerqueira Santos Santana da Silva, Fernanda Maria Vieira Pereira-Ávila, Maithê de Carvalho e Lemos Goulart.

Metodologia: Laryssa Cristina Schott, Fernanda Garcia Bezerra Góes, Andressa Silva Torres dos Santos, Aline Cerqueira Santos Santana da Silva, Fernanda Maria Vieira Pereira-Ávila, Maithê de Carvalho e Lemos Goulart.

Recursos: Laryssa Cristina Schott, Fernanda Garcia Bezerra Góes.

Software: Laryssa Cristina Schott, Fernanda Garcia Bezerra Góes.

Supervisão: Fernanda Garcia Bezerra Góes.

Validação: Laryssa Cristina Schott, Fernanda Garcia Bezerra Góes, Andressa Silva Torres dos Santos, Aline Cerqueira Santos Santana da Silva, Fernanda Maria Vieira Pereira-Ávila, Maithê de Carvalho e Lemos Goulart.

Visualização: Laryssa Cristina Schott, Fernanda Garcia Bezerra Góes, Andressa Silva Torres dos Santos, Aline Cerqueira Santos Santana da Silva, Fernanda Maria Vieira Pereira-Ávila, Maithê de Carvalho e Lemos Goulart.

Os autores declaram que não existe nenhum conflito de interesses.

Autor correspondente:

Laryssa Cristina Schott

E-mail: laryssa_schott@id.uff.br

Recebido: 25.08.2021

Aprovado: 23.03.2022

Editor associado:

Helena Becker Issi

Editor-chefe:

Maria da Graça Oliveira Crossetti