



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
MATERNIDADE-ESCOLA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL

JUCIENE PAIVA OLIVEIRA DOS SANTOS

AMAMENTAÇÃO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA DO RECÉM-NASCIDO NO
COTIDIANO DA MATERNIDADE ESCOLA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO DE JANEIRO

Rio de Janeiro

2013

JUCIENE PAIVA OLIVEIRA DOS SANTOS

**AMAMENTAÇÃO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA DO RECÉM-NASCIDO NO
COTIDIANO DA MATERNIDADE ESCOLA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO DE JANEIRO**

Monografia de Conclusão do Programa de
Residência Integrada Multiprofissional em
Saúde Perinatal da Maternidade-Escola
como pré-requisito para obtenção do título de
Residente Multiprofissional com ênfase em
Saúde Perinatal Enfermagem

Orientadora: Prof^a. Ms Ana Paula Viera dos
Santos Esteves.

Co-orientador: Enf^o Esp. Helder Camilo Leite.

Rio de Janeiro

2013

Pastura, Juciene Paiva Oliveira dos Santos
Amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido no cotidiano
da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro – Rio de
Janeiro: UFRJ / Maternidade Escola, 2013
xii, 36f. : il.; 31 cm.

Orientadores: Ana Paula Vieira dos Santos Esteves e Helder Camilo

Leite

Helder Camilo Leite

Monografia (Lato Sensu) – UFRJ / Maternidade Escola, Programa de
Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Perinatal, 2013.

Referências bibliográficas: f. 32-34

1. Amamentação. 2. Primeira hora. 3. Recém-nascido 4. Enfermagem.
5. Pós-parto. 6. Enfermagem em Saúde Perinatal - Monografia. I. Esteves, Ana Paula
Vieira dos Santos. II. Land, Helder Camilo Leite, III. Universidade Federal do Rio de
Janeiro, Maternidade Escola, PRIM. IV. Título.

Dedicatória

Em memória de Reginaldo Araújo dos Santos, meu esposo, que esteve ao meu lado até dezembro de 2011, foi meu companheiro durante 14 anos da minha vida é o pai dos meus filhos, compartilhou e me auxiliou em todas as minhas lutas e conquistas, incluindo a residência.

Agradecimentos

A Deus pela oportunidade e pelo privilégio que me foram dados de estar concluindo esta residência e compartilhar experiências que agora farão parte da minha vida.

A Prof^a.Ms Ana Paula Vieira dos Santos Esteves pela dedicação e paciência ao me orientar.

Aos coordenadores pela dedicação e por todo apoio que me foi dado durante a residência.

Aos enfermeiros que trabalham nesta instituição pela troca de experiências.

As colegas de residência pela troca de experiências e pelo companheirismo.

Aos meus filhos pela paciência em tolerar minha ausência.

A minha mãe que sempre me auxilia em oração.

A Divisão de Ensino da Maternidade Escola.

.

RESUMO

Introdução: Este estudo abordou a importância da amamentação na primeira hora de vida no cotidiano de uma maternidade pública de ensino do Rio de Janeiro.

Objetivo geral: Analisar quantitativamente, através de pesquisa documental em prontuário o número de mulheres que conseguiram amamentar seus recém-nascidos na primeira hora de vida. **Método:** O estudo utilizou uma abordagem

quantitativa de caráter descritivo, retrospectivo e transversal. **Coleta de dados:** Foi realizada através de um formulário pré-estruturado para coleta de dados nos registros de parto normal ou cesáreo. **Tratamento dos dados:** Os dados foram

analisados a partir de registros de documentos disponíveis no intuito de responder ao problema da pesquisa, através do software Epi Info, onde os 500 prontuários foram registrados e analisados quantitativamente. **Resultados:** A idade das

puérperas variou entre 19 a 35 anos, em relação às comorbidades 36 apresentaram DHEG, 32 DMG, 3 outros e 422 não apresentaram comorbidades, Em relação às intercorrências 5 apresentaram atonia, 1 hipertensão, 16 laceração,

21 sangramento, 14 outros e 441 sem intercorrência. Intercorrência com recém-nascido. 1 amamentaram na 1ª hora com estimulação por ventilação positiva, 19 amamentou com esforço respiratório, outros 4 amamentaram na 1ª hora, 367 amamentaram na 1ª hora sem intercorrência, totalizando 392 bebês amamentados

na 1ª hora. **Conclusão:** A prevalência de aleitamento materno na primeira hora de vida realizada nesta Unidade de acordo com os dados coletados nesta pesquisa foi de 78,4%.

Palavras-chave: Amamentação, primeira hora, recém-nascido.

ABSTRACT

Introduction: This study addressed the importance of breastfeeding in the first hour of everyday life in a public maternity hospital in Rio de Janeiro teaching. General **Objective:** To analyze quantitatively, through documentary research in the medical record number of women who managed to breastfeed their newborns within the first hour of life. **Method:** The study used a quantitative, descriptive, retrospective and cross. Data collection was conducted through a pre-structured form to collect data in the records of normal delivery or Cesário. **Treatment of data:** Data were analyzed from records of documents available in order to address the research problem, using Epi Info, where the 500 records were recorded and analyzed quantitatively. **Results:** The age of the women ranged from 19 to 35 years, compared comorbidities 36 had preeclampsia, 32 DMG, 3 and 422 had no other comorbidities, complications Regarding the 5 showed atony, 1 hypertension, 16 lacerations, 21 bleeding, 14 and 441 other uneventful, with newborn complications. 1 amamentaram within 1 hour stimulation with positive ventilation, other 4 breastfed within 1 hour, 367 breastfed within 1 hour uneventful, 392 babies breastfed within 1 hour. **Conclusion:** The prevalence of breastfeeding in the first hour of life held this unit according to the data collected in this research, was 78.4%.

Keywords: Breastfeeding, first hour, Newborn.

LISTAS DE TABELAS

1 – Comorbidades X Amamentação.....	20
2 – Intercorrência Materna X Amamentação.....	22
3 – Intercorrência com recém-nascido X Amamentação.....	25
4 – Amamentação na primeira hora de vida.....	27

LISTA DE GRÁFICOS

1 – Comorbidades X Amamentação.....	20
2 – Intercorrência Materna X Amamentação.....	22
3 – Intercorrência com recém-nascido X Amamentação.....	25
4 – Amamentação na primeira hora de vida.....	27

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO.....	1
1.1 – Justificativa.....	4
1.2 Objetivo Geral.....	5
3 Objetivos específicos.....	6
1.4. Hipótese.....	7
2- REFERÊNCIAL CONCEITUAL.....	7
2.1.-O ato de amamentar.....	7
2.1.2- A importância da amamentação na primeira hora de vida em meia-hora e de imediato.....	7
2.2- Parto normal e amamentação na primeira hora de vida.....	9
2.2.1- Cesariana e amamentação na primeira hora de vida.....	9
2.2.2 - Fatores que interferem na amamentação na primeira hora de vida.....	11
2.2.3 - Atuação do enfermeiro na promoção da amamentação na primeira hora de vida.....	12
3-METODOLOGIA.....	14
3.1. População, amostra, critérios de inclusão, critérios de exclusão e recorte temporal.....	14
3.2. Local da Pesquisa.....	17
3.3 – Instrumento de coleta de dados.....	17
3.4 – Questões éticas.....	17
3.5 – Tratamento dos dados.....	18
3.6 – Riscos.....	18
3.7– Benefícios.....	19
4-ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	20
4.1- Categorização da clientela.....	20
4.1.1- Idade.....	20
4.1.2 – Comorbidades.....	20
4.2 Intercorrências Materna x Amamentação.....	22
4.3 – Intercorrência com RN x Amamentação.....	25
4.4 – Amamentação na primeira hora de vida.....	27
5- CONCLUSÃO.....	29
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	32
Anexo 1 -	35
Anexo 2 -	36

1 – INTRODUÇÃO

Este estudo aborda a importância da amamentação na primeira hora de vida no cotidiano da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro. O ato de amamentar por si só é um ato de comunhão entre a mãe e o bebê que consagra esse encontro ao nascimento. Ao nascer a criança depara-se com uma realidade estranha, um ambiente agressivo e conturbado. Nos primeiros cuidados pós-parto imediatos ao nascimento, são avaliados a vitalidade do recém-nascido, (SILVEIRA et. al, 2008).

Após o parto a prolactina, em conjunto com outros hormônios, estimula a secreção do leite. A mama em lactação é composta com quase totalmente de alvéolos distendidos por leite. No entanto, são encontrados alvéolos em diferentes fases de secreção, observando-se células altas, com secreção de lipídios e proteínas, ao lado de células baixas quase sem produto de secreção no seu interior. A lactação divide-se em duas fases:

Fase 1: Inicia-se aproximadamente na metade do período da gravidez, quando a prolactina produzida pela adeno-hipófise estimula o crescimento do epitélio e a crescente produção de colostro. O epitélio secretor, durante sua proliferação, apresenta relativa fragilidade das junções de oclusão, sendo permeável a proteínas imunoprotetoras maternas que passam para o colostro. Essa permeabilidade do epitélio secretor também é a causa da presença de lactose no sangue e na urina da mãe. A produção plena de leite é inibida nessa fase pelos altos níveis de progesterona circulantes durante a gravidez.

Fase 2: Após o nascimento e sem a placenta, os níveis de progesterona diminuem, liberando a produção copiosa de leite em até 4 dias após o parto. O epitélio secretor encontra-se plenamente formado e unido através de junções de oclusão, tornando seu interstício praticamente impermeável. A secreção do leite pelo epitélio ocorre devido aos níveis plasmáticos de prolactina e pelos mecanismos de controle local, (TAVARES & CARVALHO, 2010).

A amamentação na primeira hora de vida é importante, pois. inicialmente este

RN irá alimentar-se com colostro que é insubstituível como o primeiro alimento para o recém-nascido. Espesso, amarelado e pegajoso contém mais proteína, imunoglobulinas e vitamina A que o leite maduro. O colostro ajuda a eliminar o mecônio (material espesso e viscoso rico em bilirrubina, pelas fezes). Essa função laxante previne a icterícia. Além disso concentra fatores de crescimento que promove o desenvolvimento do tubo intestinal imaturo do bebê, preparando-o para receber o leite maduro, (REGO, 2008).

Segundo a rotina que é estabelecida nesta maternidade pelo serviço de neonatologia, ao nascer, este RN - na maioria das vezes - é colocado imediatamente em aquecimento no berço de calor irradiante, é avaliado o índice de vitalidade fetal, avaliação de sua idade gestacional através do capurro somático, realizado o clampeamento do cordão umbilical e a sua identificação, aspiram-lhe a boca e as narinas se necessário. Nos cuidados mediatos, que são geralmente realizados pela enfermagem, são administradas vacina anti-hepatite B e vitamina K, é realizada a higiene corporal, e logo após estes cuidados, este recém-nato é vestido e envolvido em um “coeiro” e após checar resultado do anti-HIV, finalmente o mesmo poderá ser levado ao seio da mãe.

O RN a termo com boa vitalidade deve ser secado e posicionado sobre o abdome da mãe ou ao nível da placenta por, no mínimo, um minuto, até o cordão umbilical parar de pulsar (aproximadamente 3 minutos após o nascimento), para só então realizar-se o clampeamento. Após o clampeamento do cordão, o RN poderá ser mantido sobre o abdome e/ou tórax materno, usando o corpo da mãe como fonte de calor, garantindo-se que o posicionamento da criança permita movimentos respiratórios efetivos. O contato pele a pele imediatamente após o nascimento, em temperatura ambiente de 26°C, reduz o risco de hipotermia em RN a termo que nascem com respiração espontânea e que não necessitam de ventilação, desde que cobertos com campos pré-aquecidos. Nesse momento, pode-se iniciar a amamentação, (BRASIL, 2011).

Cabe ressaltar que a amamentação não é apenas um processo fisiológico de alimentar o bebê, mas envolve um padrão mais complexo, um elo de comunicação psicossocial entre mãe e bebê. Pode ser uma excelente oportunidade de

aprofundar o contato e suavizar o trauma da separação provocado pelo parto. Portanto, esse processo não está ligado, a mãe vivencia esse momento com grandes transformações psicológicas e emocionais que determinam sua vontade de amamentar. Cada mãe vivenciará essas transformações à sua maneira. Assim, é impossível discriminar separadamente as complexas inter-relações entre os fatores hormonais e psicológicos oriundos dessa fase, (BRANT et. al, 2009).

O estresse provocado pelos cuidados pós-parto é imenso. Mas tudo isto pode ser amenizado, se este bebê for colocado o mais rápido possível ao seio materno. Consideramos que este será o momento mais esperado pelo recém-nascido ao nascer, se não o mais belo. De acordo com Toma e Rea (2008), O contato pele a pele desencadeia uma série de eventos hormonais importantes para a relação mãe/bebê. O toque, o odor e o calor estimulam o nervo vago e isto, por sua vez, faz com que a mãe libere ocitocina hormônio responsável, entre outras ações, pela saída e ejeção do leite. Esse hormônio faz com que a temperatura das mamas aumente e aqueça o bebê. Por outro lado, a ocitocina reduz a ansiedade materna, aumenta sua tranquilidade e responsividade social.

De acordo com Oliveira et. al 2010, p.61:

A amamentação contribui para saúde da mulher e da criança. Fatores como falta de apoio à amamentação na atenção primária à saúde, separação mãe-filho no pós-parto imediato, início tardio da primeira sucção e uso inadequado de suplementos tem contribuído para o desmame precoce. A equipe de saúde deve estar preparada para ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira hora no pós-parto. Esta ajuda deve ser proporcionada pela equipe de saúde na sala de parto, enquanto mãe e recém-nascido estão alertas e interagindo. O contato pele a pele propicia a primeira sucção de forma espontânea na primeira hora de vida, o que contribui para o aumento da duração do aleitamento materno e para a redução da mortalidade neonatal.

A redução da mortalidade neonatal proporcionada pela amamentação é fundamental, o colostro que é rico em anticorpos presente nas primeiras 48 a 72 horas até a amamentação, fornece proteção a este RN que acaba de iniciar a vida extrauterina. A equipe de saúde multiprofissional precisa de habilidade para dar apoio a este encontro entre mãe e recém-nascido, fornecendo o suporte necessário, pois a mulher no pós-parto encontra-se debilitada e precisa de cuidados para desenvolver esta ação de forma eficaz, segura e tranquila. De acordo com Buccolini et. al 2012, “O principal mecanismo fisiológico para a redução da morbimortalidade conferido pelo leite materno são seus compostos imunológicos, como a IgA-secretória, e os oligossacarídeos, que se adaptam às necessidades de cada criança”.

A interação que ocorre logo ao nascimento é de fundamental importância para o vínculo e a adaptação deste recém-nascido a vida extra-uterina, o calor humano que é passado neste contato corpo a corpo, o manejo da mãe com o seu bebê e a atenção que tem de ser dada pela equipe a neste momento tão especial e que apesar de ser simples reduz as chances de mortalidade neonatal. Devido a riqueza que existe no leite materno de anticorpos e imunoglobulinas.

Há evidências sugerindo que o aleitamento materno apresenta benefícios em longo prazo. A OMS publicou importante revisão sobre evidências desse efeito. Segundo HORTA et al.(2007, apud BRASIL, 2009). “Essa revisão concluiu que os indivíduos amamentados apresentaram pressões sistólica e diastólica mais baixas (-1,2mmHg e -0,5mmHg, respectivamente), níveis menores de colesterol total (-0,18mmol/L) e risco 37% menor de apresentar diabetes tipo 2”.

A menor frequência de sobrepeso/obesidade em crianças que haviam sido amamentadas. Na revisão da OMS sobre evidências do efeito do aleitamento materno em longo prazo, os indivíduos amamentados tiveram uma chance 22% menor de vir a apresentar sobrepeso/obesidade. Por ser da mesma espécie, o

leite materno contém todos os nutrientes essenciais para o crescimento e o desenvolvimento ótimos da criança pequena, além de ser mais bem digerido, quando comparado com leites de outras espécies. O exercício que a criança faz para retirar o leite da mama é muito importante para o desenvolvimento adequado de sua cavidade oral, propiciando uma melhor conformação do palato duro, o que é fundamental para o alinhamento correto dos dentes e uma boa oclusão dentária, (BRASIL, 2009).

1.1 - Justificativa

Este estudo justifica-se devido à importância que o ato de amamentar na primeira hora de vida tem influência no desenvolvimento deste recém-nato e no vínculo que está sendo estabelecido. A importância da equipe profissional de enfermagem em estar atenta às necessidades deste apoio é fundamental segundo Monteiro et. al.2006. Considerando que no momento pós-parto imediato, as mulheres manifestam-se cansadas, sonolentas e, ainda, em condições de dor, postura inadequada devido ao posicionamento na mesa de parto, estados de anestesia e recuperação, tais situações podem dificultar o processo de amamentação.

Winnicott (2000, p.399) afirma: “Existe algo que chamamos de ambiente não suficientemente bom, que distorce o desenvolvimento do bebê, assim como existe o ambiente suficientemente bom, que possibilita ao bebê alcançar, a cada etapa, as satisfações, ansiedades e conflitos inatos e pertinentes”. Cabe a equipe de saúde está proporcionando o ambiente adequado para este recém-nascido, estimulando de forma tranquila a criação do vínculo mãe-bebê.

A relevância deste estudo está baseada no significado da atuação da equipe de enfermagem no período neonatal, momento de grande vulnerabilidade na vida, concentram-se riscos biológicos, ambientais, socioeconômicos e culturais, havendo necessidade de cuidados especiais, com atuação oportuna, integral e qualificada de proteção social e de saúde, direitos reconhecidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). É na primeira semana de vida, em especial no

primeiro dia de vida (representando 25%), que se concentram as mortes infantis no País, (BRASIL, 2011).

Os dados encontrados nesta pesquisa poderão fornecer subsídios para que a Instituição saiba como ela promove esta prática. A amamentação tem sido difundida pelo Ministério da Saúde e a amamentação na primeira hora de vida é uma das prioridades no estímulo ao aleitamento materno. Através deste estudo pretende-se reforçar a importância desta prática para que a equipe de saúde seja sensibilizada e atue cada vez mais neste momento crucial para a formação do vínculo mãe-bebê. A residência multiprofissional atua diretamente neste contexto da amamentação, por serem profissionais de diferentes áreas que trabalham juntos e possuem uma visão integral da assistência perinatal.

1.2 Objetivo Geral

- Analisar quantitativamente - através de pesquisa documental em registro de parto normal ou cirúrgico - o número de mulheres que conseguiram amamentar seus recém-nascidos na primeira hora de vida em uma maternidade pública de ensino do município do Rio de Janeiro.

1.3 Objetivos específicos

- Identificar a prevalência da amamentação na primeira hora de vida no cotidiano da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

- Analisar os dados para fomentar ainda mais a amamentação na primeira hora de vida na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

1.4. Hipótese

Avaliar a atuação da equipe de saúde que atua no Centro Obstétrico da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, ao oferecer uma assistência obstétrica e neonatal de acordo com o quarto passo da Iniciativa do Hospital Amigo da Criança e que atue na ampliação dos indicadores pertinentes a esta prática.

2 – REFERENCIAL CONCEITUAL:

2.1.-O ato de amamentar

A maternidade marca uma nova fase na vida da mulher. Em função disso, a experiência de gerar e ter um filho promove reações, sentimentos, fantasias, expectativas que são fundamentais para a prática da amamentação exclusiva. O ato de amamentar é muito mais do que um evento biológico e fisiológico. Ao questionar o que significa a experiência de amamentar para uma mulher a colocamos diante de um fenômeno existencial e não puramente biológico, uma vez que sua vivência é perpassada pela sua percepção, interpretação e atribuição de significados, dentro da sua existência, (BRANT et. al, 2009).

O maior e único estímulo à produção láctea é a sucção do lactente. As terminações areolares levam estímulos para a adeno-hipófise (hipófise anterior), que produz prolactina, que, por sua vez, atua nas células alveolares mamárias produzindo a secreção láctea. Contudo, a amamentação é um ato psicofisiológico complexo. Estando a nutriz apoiada, confiante, informada, com disponibilidade física e emocional, a continuidade dos estímulos de sucção desta vez chegam a neuro-hipófise (hipófise posterior), que libera ocitocina, a qual atua sobre as células mioepiteliais, promovendo o reflexo de descida do leite. Este reflexo pode ser bloqueado por estresse, baixa autoestima, medo, dor, falta de apoio. Esta inibição é mediada pela adrenalina nível da célula mioepitelial e pela noradrenalina no eixo hipotalâmico hipofisário.

O leite do final da mamada – leite materno posterior - fruto da ejeção láctea, é duas a três vezes mais rico em lipídios que o leite do início da mamada - leite materno anterior. Esse leite do final da mamada permite que o lactente fique mais nutrido, ganhe mais peso, aumente o intervalo entre as mamadas e receba maior quantidade de vitaminas lipossolúveis, (SCHETTINO, 2013).

2.1.2- A importância da amamentação na primeira hora de vida em meia-hora e de imediato.

A partir de 1980 a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) envidaram esforços para a instituição de uma política de incentivo à amamentação. Essa política foi implementada pela criação da Iniciativa do Hospital Amigo da Criança (IHAC) por meio dos chamados “dez passos para o sucesso do aleitamento materno. Este evento ocorreu durante um encontro realizado em Florença (Itália), onde se produziu a Declaração de Innocenti, que resgata o direito da mulher de aprender e praticar amamentação com sucesso.

Com destaque ao quarto passo da IHAC, a declaração salienta a necessidade de ajudar as mães a iniciarem a amamentação na primeira meia-hora após o parto, ressaltando que após o nascimento a mãe não tem condições de sustentar física e psicologicamente o bebê. Neste momento há favorecimento do vínculo entre a mãe e o bebê. Em consonância com a temática, pode-se afirmar que o aleitamento materno na primeira hora de vida tem papel fundamental na redução dos índices de morbimortalidade infantil, mais especificamente no componente neonatal, e nas internações hospitalares precoces. O impacto do aleitamento materno na sobrevivência neonatal e infantil foi analisado a partir de dados de mortalidade de 42 países que representam 90% das mortes do mundo no ano de 2000.

O Ministério da Saúde do Brasil em sua Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno busca parcerias com o objetivo de aumentar as taxas de amamentação: Rede Amamenta Brasil, Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), proteção legal ao aleitamento materno, rede brasileira de bancos de leite humano, mobilização social e monitoramento dos indicadores de aleitamento materno no Brasil, (STRAPASSON et. al 2011).

No entanto, muitos são os fatores que interferem na prática do aleitamento materno (AM) levando ao desmame precoce, podendo ser estes referentes à mãe, como nível socioeconômico, idade, paridade, escolaridade, cultura, inserção no mercado de trabalho, falta de conhecimento sobre os benefícios do AM; outros como o serviço que recebe esse binômio, como uso de bicos artificiais - mamadeira e chupeta, orientação precoce de fórmulas lácteas pelos profissionais, impossibilidade de amamentar na sala de parto, ausência de alojamento conjunto, internação da mãe ou criança por longo período de tempo, ausência ou mau funcionamento de banco de leite humano, desestímulo à amamentação, falta de apoio ao AM após a alta hospitalar. Além disso, não podemos deixar de citar a influência de familiares e amigos, que acabam por influenciar negativamente, uma vez que relatam experiências e orientam de maneira incorreta, (ALMEIDA et. al, 2008).

2.2 - Parto normal e amamentação na primeira hora de vida.

O trabalho de parto se divide em quatro estágios. O primeiro estágio (dilatação) leva à dilatação do colo do útero, de até 10 cm, por meio de contrações rítmicas e dolorosas. O segundo estágio (período expulsivo) se inicia com a dilatação máxima e termina com a expulsão do feto; nessa fase ocorrem os puxos maternos. No terceiro estágio (secundamento ou dequitação), ocorre o desprendimento da placenta e membranas. O quarto período (período de Greenberg), que ocorre na primeira hora pós-parto, objetiva a parada do sangramento genital, (AMORIM et. al, 2010).

Autores sugerem que estar sob os cuidados de uma equipe de profissionais

especializados e experientes é importante durante esses períodos, porém, não é o suficiente, porque os fatores emocionais, em geral, não são atendidos. No momento do trabalho de parto e do parto, as mulheres submetem-se, de forma silenciosa e submissa, às rotinas hospitalares rígidas, vivendo esse momento sem harmonia. A necessidade de contato humano (assistência humanizada), informação, competência técnica baseada na melhor evidência disponível, segurança e participação médico-paciente mostraram-se contextualizadas, possibilitando que os profissionais da área da saúde reflitam sobre essas práticas, (AMORIM et. al, 2010).

A aspiração rotineira de boca e nariz não é necessária em um neonato a termo que respira espontaneamente ou chora, que tem tônus muscular adequado e líquido amniótico claro. Por outro lado, não se recomenda a aspiração das vias aéreas logo após o desprendimento do pólo cefálico em casos de líquido amniótico meconial, uma vez que ensaios clínicos randomizados demonstraram que essa medida não reduz a incidência de síndrome de aspiração meconial. Os passos no atendimento ao recém-nascido saudável incluem basicamente aquecimento, secagem e contato pele a pele com a mãe. Até mesmo as manobras de reanimação atualmente preconizadas incluem abordagens menos invasivas. A aspiração endotraqueal só está indicada em recém-nascidos com líquido meconial que não se apresentam vigorosos ao nascimento, (AMORIM et. al, 2010).

O parto normal facilita a ocorrência do contato pele a pele precoce melhora os resultados neonatais em termos de menor choro e maior estabilidade cardiorrespiratória e aumenta o sucesso da amamentação, sem efeitos negativos aparentes em curto e longo prazo, devendo ser recomendado, (AMORIM et. al, 2010).

2.2.1 - Cesariana e amamentação na primeira hora de vida

As cesarianas dificultam obviamente o contato imediato da mãe com seu bebê. Não é difícil perceber o quanto uma cesariana é capaz de dificultar o contato imediato de uma mãe com seu bebê, bastando para isso observar uma paciente sedada, com os braços amarrados em cruz e os campos cirúrgicos a lhe cobrir os seios. O contato livre é espontâneo e fica claramente prejudicado. Imediatamente

após o procedimento, a recuperação operatória também é um entrave difícil de contornar para o estabelecimento do vínculo, pois, deixa a mulher com poucas opções de posição para ajustar seu bebê ao seio. Tal fato ocorre em função das inevitáveis dores abdominais causadas pela agressão tissular e absorção sanguínea cavitária. As drogas analgésicas oferecidas à mãe durante a cirurgia e no período imediatamente posterior podem passar pelo leite afetando o comportamento do recém-nascido, (TAVARES & CARVALHO, 2010).

A proporção de partos cesáreos segundo dados do MS/SVS/DASIS/CGIAE elevou-se de 40,2% em 1996, para 50% em 2008 entre os tipos de partos classificados, com as maiores taxas na região Sudeste (55,7% em 2008) e tendência crescente em todas as regiões. Essa situação aponta a necessidade de ações mais efetivas para a redução da realização de cesarianas desnecessárias, já que é fator de risco para a prematuridade, baixo peso ao nascer e mortalidades neonatal e materna, (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Crianças nascidas de cesariana são menos excitáveis e tem respostas neurológicas diminuídas durante os dois primeiros dias pós-nascimento. Nessas crianças os níveis de catecolaminas estão diminuídos, fazendo com que muitos autores acreditem que o incremento súbito de epinefrina durante o parto seja importante para o desenvolvimento de respostas neurológicas precoces.

Mulheres submetidas a cesariana tem um atraso no estabelecimento da amamentação, e esse tempo perdido na formação do vínculo e no aproveitamento da confluência hormonal entre mãe e bebê pode ser o determinante de um insucesso no aleitamento. Somente quando entendermos a suprema importância desses momentos iniciais para se obter uma amamentação efetiva e que teremos atingido um nível superior de respeito com as necessidades do recém-nascido, (TAVARES & CARVALHO, 2010).

2.2.2 - Fatores que interferem na amamentação na primeira hora de vida

Apesar de ser uma prática recomendada pela OMS, o aleitamento materno na primeira hora de vida do RN foi pouco frequente na população em um estudo realizado por Buccolini et. al 2012, "Constatou-se a ausência de fatores maternos que expliquem o desfecho, o que pode ser indicativo de que as mães têm pouco

ou nenhum poder de decisão para amamentar seus filhos na primeira hora de vida, ficando reféns das práticas institucionais vigentes nas maternidades e dos profissionais envolvidos no parto”.

O parto cesariano foi responsável por reduzir pela metade a prevalência da amamentação na primeira hora nas maternidades, o efeito da intervenção cesariana no adiamento da primeira mamada é evidenciado em diversos estudos e pode estar relacionado à anestesia e aos procedimentos cirúrgicos ocorridos no pós-parto.

O aleitamento materno na primeira hora de nascimento foi menos prevalente entre os RN com intercorrências imediatas após o parto. O fato de a mãe não ter contato com o RN na sala de parto reduziu a prevalência de aleitamento materno na primeira hora. Esse contato muitas vezes é adiado ou minimizado em favor das diversas rotinas, cuidados e práticas determinadas pela equipe assistencial e as instituições, muitas delas possivelmente ineficientes, (BUCCOLINI et. al, 2012).

2.2.3 - Atuação do enfermeiro na promoção da amamentação na primeira hora de vida

O estabelecimento de normas que incentivem a amamentação logo após o nascimento, ainda na sala de parto ou de recuperação tem demonstrado influenciar positivamente a incidência de aleitamento materno, bem como sua duração. O primeiro passo para assistir a mãe que amamenta é avaliar seu sentimento a respeito. A decisão de amamentar ou não já deverá ter sido tomada no período de pré-natal, fator que predispõe a mãe a ter êxito ou não no ato de amamentar após o parto. As mães recebem melhor ajuda dos profissionais que demonstra crer ser a amamentação a forma natural de alimentar seu filho.

É importante que a enfermeira estabeleça uma “parceria de confiança” com a mãe, isto é, ajude a aumentar sua autoestima e confiança no ato de amamentar, levando-a finalmente a se tornar independente no cuidado do bebê. Sempre providenciar um clima de aprendizagem, envolvendo a mãe ativamente no cuidado

do recém-nascido, ensinando como resolver as dificuldades que possam aparecer com a amamentação e a tomar a decisão correta.

A equipe de enfermagem deve posicionar a mãe confortavelmente, promovendo descontração e facilitando a descida do colostro, bem como facilitando os reflexos orais do bebê. O recém-nascido deve ser posicionado nos braços da mãe de tal maneira que o corpo desse esteja voltado lateralmente para a mãe (abdome com abdome), com o alinhamento da cabeça e dos membros. O suporte oferecido proporciona estabilidade permitindo que o mamilo e aréola estejam à altura da boca do lactente. Instruir a mãe a segurar o seio com a mão que está livre, oferecendo suporte, ajudando a manter o mamilo e a aréola posicionados a altura da boca do lactente, (TAVARES & CARVALHO, 2010).

A equipe de enfermagem exerce papel importante nesta transição entre mulher/mãe/nutriz, que se dá no centro obstétrico e na maternidade. Como promotora da amamentação, esta equipe orienta e auxilia a mulher durante as práticas institucionalizadas é o profissional de enfermagem que está junto ao binômio, portanto, para que possa promover o vínculo entre mãe e filho, incentivando o aleitamento materno, faz-se necessária atenção à mulher durante este momento, informando-a e auxiliando-a no contato precoce. Torna-se evidente que a mulher deve fazer parte deste momento, tendo poder de decisão sobre o contato precoce e a primeira amamentação, e sendo sujeito das suas ações. Entendemos que a mudança de atitude do profissional, proporcionando a integração e valorização do binômio mãe e filho, com respeito e acolhimento, (MONTEIRO et al, 2006).

3 - METODOLOGIA:

O Estudo teve uma abordagem: Quantitativa de caráter descritivo, retrospectivo e transversal, neste sentido, um projeto de levantamento dá uma descrição quantitativa ou numérica de tendências, atitudes, ou opiniões de uma população ao estudar uma amostra dela. A partir dos resultados da amostragem de acordo com Creswell (2007).

Segundo Cervo & Bervian (2005):

A pesquisa descritiva observa, registra e correlaciona fatos ou fenômenos (variáveis), sem manipulá-los, os objetivos da pesquisa descritiva são buscar conhecer as diversas situações e relações que ocorrem na vida social, política, econômica e demais aspectos do comportamento humano tanto do indivíduo tomando isoladamente como de grupos e de comunidades mais complexas.

Foi realizado na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Coletou-se dados de registro de parto das mulheres que deram à luz na referida Maternidade no período de fevereiro a novembro de 2012. Esta pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em novembro de 2012.

3.1. População, amostra, critérios de inclusão, critérios de exclusão e recorte temporal:

Foram analisados quantitativamente os registros de parto das mulheres que deram à luz na referida Maternidade onde o recorte temporal citado acima foi eleito por ser o período de fevereiro de 2012, o início e implantação desta prática na Maternidade Escola da UFRJ. Nestes prontuários destacaram-se as mulheres

que realizaram a amamentação na primeira hora de vida e as que não fizeram, onde foram identificadas as anotações postadas e o percentual de recém-nascido que realizaram a amamentação na primeira hora de vida.

Como critério de inclusão para a pesquisa: foram analisados todos os registros de documentos disponíveis das puérperas que realizaram partos normais ou cirúrgicos, durante o período descrito acima.

Foram excluídas do estudo as puérperas soropositivas, pois as mesmas estarão impossibilitadas de amamentar, mulheres que tiveram os partos de prematuros com intercorrências no pós-parto; mulheres infectadas pelo HTLV-1 e HTLV-2; mulheres em uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação, pois alguns fármacos são citados como contraindicações absolutas ou relativas ao aleitamento, como por exemplo, os antineoplásicos e radiofármacos.

A sífilis é uma doença essencialmente transmitida por contato sexual, mas existem outras formas de transmissão, como contato com pessoa com lesões ativas em mucosas, região genital e mamas. Não há evidências de transmissão pelo leite humano, sem lesões de mama. A nutriz com sífilis primária ou secundária acometendo a mama pode infectar a criança pelo contato das lesões com as mucosas. Se as lesões estão nas mamas, sobretudo na aréola, amamentação ou uso de leite ordenhado está contra-indicado até o tratamento e a regressão das lesões. Com 24 horas após o tratamento com penicilina, o agente infeccioso (espiroqueta) raramente é identificado nas lesões. Assim, não há contra-indicação à amamentação após o tratamento adequado, (LAMOUNIER et. al, 2004).

Mãe com varicela cujo início da doença foi há mais de 5 dias antes do parto ou após o terceiro dia pós-parto pode produzir e transferir anticorpos para o recém-nascido tanto por via transplacentária quanto pelo leite materno. Nesse caso, o recém-nascido pode desenvolver a forma leve da doença, não estando indicado nem isolamento, nem profilaxia. A mãe pode amamentar a criança, tomando os cuidados especiais de lavagem das mãos, uso de máscara e oclusão de lesões, (LAMOUNIER et. al, 2004).

Segundo a Academia Americana de Pediatria (2004), recém-nascido de mãe com tuberculose pulmonar em fase contagiante ou bacilífera, sem tratamento ou com menos de 3 semanas de tuberculostáticos no momento do parto, deve ser separado da mãe mas alimentado com o leite humano ordenhado, uma vez que a transmissão geralmente se dá pelas vias aéreas. A mãe deve realizar pesquisas do bacilo álcool-ácido resistente (BAAR) no escarro até sua negativação, quando poderá ter contato com o bebê. Este deve receber quimioprofilaxia com isoniazida na dose de 10 mg/kg/dia por 3 meses e, então, realizar o teste tuberculínico (PPD), (LAMOUNIER et. al, 2004).

Nos casos de hanseníase não há contra-indicação para a amamentação se a mãe estiver sob tratamento adequado. O recém-nascido deve ser tratado o mais precocemente possível e simultaneamente com a mãe. As drogas utilizadas são as mesmas da mãe e podem passar para o leite humano em baixas concentrações, não havendo relato de efeitos colaterais graves. A criança deve ser acompanhada e realizar exames clínicos periódicos para a detecção precoce de possíveis sinais da doença. Além disso, são recomendados os seguintes cuidados na amamentação: lavagem rigorosa das mãos, o uso de máscara ao manusear a criança e oclusão de lesões nas mamas, (LAMOUNIER et. al, 2004).

Nos casos de infecções por fungos como paracoccidiomicose doença granulomatosa sistêmica causada por fungo, cuja transmissão se dá provavelmente por via respiratória. Não há contra-indicação para o aleitamento materno se esta doença acometer a nutriz. Entretanto, é importante lembrar que o cotrimoxazol, comumente usado no tratamento, é excretado no leite materno e pode causar efeitos colaterais graves no recém-nascido.

A mãe com criptococose doença causada por fungo, com distribuição ampla na natureza. Pacientes com deficiência da imunidade celular, incluindo os portadores de HIV/AIDS, são os de maior risco para desenvolver a doença. A transmissão de

partículas no meio ambiente é pela via aerossol, não havendo relato da forma inter-humana. Assim, o aleitamento materno não é contra-indicado, (LAMOUNIER et. al, 2004).

Nas formas aguda e crônica da doença de Chagas, estudos mostram que o *Trypanosoma cruzi* pode ser isolado no leite materno. Há relato de um caso de infecção aguda em lactente de 2 meses de idade amamentado por mãe com a doença. Embora possam aparecer seqüelas tardias, a doença aguda no lactente tende a evoluir de forma benigna. Esse fato, juntamente com a raridade da transmissão da doença, justifica a manutenção do aleitamento materno em mulheres com a forma crônica da doença, exceto se houver sangramento e fissura no mamilo. Nos casos de doença aguda, a nutriz não deve amamentar, (LAMOUNIER et. al, 2004).

As cirurgias plásticas mamárias, dependendo da técnica cirúrgica utilizada, alteram essa condição de integridade e funcionamento, dificultando ou mesmo impedindo a amamentação. No caso da redução, a dificuldade de manter a produção é mais significativa porque, além da retirada de parênquima mamário, ocorre lesão de vasos e nervos com a perda da sensibilidade mamilo-areolar. Na cirurgia de implante, embora alguns estudos afirmem que esta não interfere na lactação, outros fazem referência à lactação insuficiente e baixa produção láctea, diretamente relacionada à incisão periareolar e à compressão do tecido glandular, decorrente do volume implantado e da colocação da prótese sob a glândula. Seu impacto é inferior ao da cirurgia redutora porque o dano na estrutura glandular é menor ou inexistente. (ANDRADE et. al, 2010).

3.2. Local da Pesquisa:

A unidade faz parte de uma rede de hospitais universitários na cidade do Rio de Janeiro e tem como público alvo as gestantes da Área Programática 2.1. Apesar de atender pré-natal de baixo risco, o pré-natal da unidade é referência para gestações de alto risco e atende riscos relacionado ao diabetes gestacional,

hipertensão gestacional, gestação gemelar, gestação na adolescência e alto risco fetal, contando com o serviço de medicina fetal e UTI neonatal.

3.3. Instrumento de coleta dos dados:

A coleta de dados foi realizada através de um formulário pré-estruturado para coleta de dados nos registros de parto contida no ANEXO I. Os dados foram analisados através de variáveis: idade, intercorrências maternas, intercorrência com o recém-nascido, co-morbidades, RN levado ao seio na primeira hora de vida, com trinta minutos de nascido, de imediato e tipo de parto. Este estudo foi encaminhado ao comitê de ética e pesquisa após consentimento de pesquisa pelo responsável técnico pela instituição.

3.4. Questões éticas:

Atendendo a resolução 196/96 a pesquisa foi enviada ao Comitê de Ética da Maternidade Escola – UFRJ para apreciação e aprovação, pois, a mesma captou amostras em uma base de dados institucionais que possui informações pertencentes a seres humanos. Para a realização deste estudo foi enviado ao responsável técnico um termo de autorização que consta no ANEXO II.

3.5. Tratamento dos dados:

Os dados foram analisados a partir de registros de documentos disponíveis no intuito de responder ao problema da pesquisa, o levantamento dos dados foi realizado de forma quantitativa no intuito de fornecer novas informações e não resumir os registros, o anonimato dos prontuários das participantes foi preservado usando pseudônimos ou o número de registro para caracterizar os elementos da pesquisa, (WOOD & HABER, 2001).

Os dados encontrados nesta pesquisa poderão fornecer subsídios para que a Instituição saiba como ela promove esta prática. A amamentação tem sido difundida pelo Ministério da Saúde e a amamentação na primeira hora de vida é uma das prioridades no estímulo ao aleitamento materno. Através deste estudo

pretende-se reforçar a importância desta prática para que a equipe de saúde seja sensibilizada e atue cada vez mais neste momento crucial para a formação do vínculo mãe-bebê. A residência multiprofissional atua diretamente neste contexto da amamentação, por serem profissionais de diferentes áreas que trabalham juntos e possuem uma visão integral da assistência perinatal.

A análise descritiva dos dados é realizada através dos níveis de medição que é a atribuição de números e objetivos ou acontecimentos de acordo com regras. Cada acontecimento recebe um número específico tem de ser semelhante a todo outro acontecimento ao qual tenha recebido esse número. Através da análise quantitativa os dados desta pesquisa foram analisados através da medição que é determinado pela natureza do objetivo ou acontecimento que está sendo medido. Os níveis de medição que foram usados nesta pesquisa são a nominal e a ordinal. A nominal é utilizada para classificar números e acontecimentos em categorias e a ordinal é utilizada para mostrar classificações relativas de números e acontecimentos, (WOOD & HABER, 2001).

Depois de coletados os dados foram analisados através do Epi Info: que é um programa integrado desenvolvido para uso em Epidemiologia, mas se aplica também à pesquisa biomédica em geral, reúne aplicações de banco de dados (criação, entrada e processamento), análise estatística, geração de tabelas e gráficos e possibilita ainda algumas tarefas de programação. É usado para criar e analisar questionários de protocolos de pesquisa, (SILVA, 2005).

3.6. Riscos:

Devido ao tipo da pesquisa, revisão de prontuários, a mesma não oferece nenhum tipo de risco aos seres humanos, tornando-a totalmente segura.

3.7. Benefícios:

A prática de iniciar a amamentação na primeira hora de vida, estabelecida como rotina na maternidade, trás inúmeros benefícios como estímulo precoce ao reflexo de sucção, o estabelecimento entre o vínculo afetivo mãe-bebê e a manutenção do ato de amamentar.

4 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 - Caracterização da clientela:

4.1.1. Idade:

A média de idade do quantitativo das quinhentas mulheres pesquisadas variou entre 19 e 35 anos, este dado reflete as características sócias e econômicas da população brasileira, por se tratar de um país em desenvolvimento, a maioria das mulheres tende a se tornarem mães em um limite de idade preconizado pelo ministério da saúde como saudável este fator torna facilitador do processo do relacionamento mãe-bebê, facilitando assim a amamentação no pós-parto. A maior idade encontrada no percentual de 100% apenas 0,2% apresentou idade igual a 47 anos.

4.1.2. Comorbidades X Amamentação:

Em relação às comorbidades a pesquisa cita o diabetes mellitus gestacional, doença hipertensiva específica gestacional (DHEG) e outros. Devido ao perfil da Maternidade Escola por se tratar de uma unidade de referência para alto risco de sua área de abrangência, Entre as 500 mulheres da pesquisa 36 delas apresentaram DHEG, 32 mulheres com diabetes mellitus gestacional, 3 outros e 429 não apresentou nenhuma comorbidade. Segue abaixo a relação amamentação com a comorbidade.

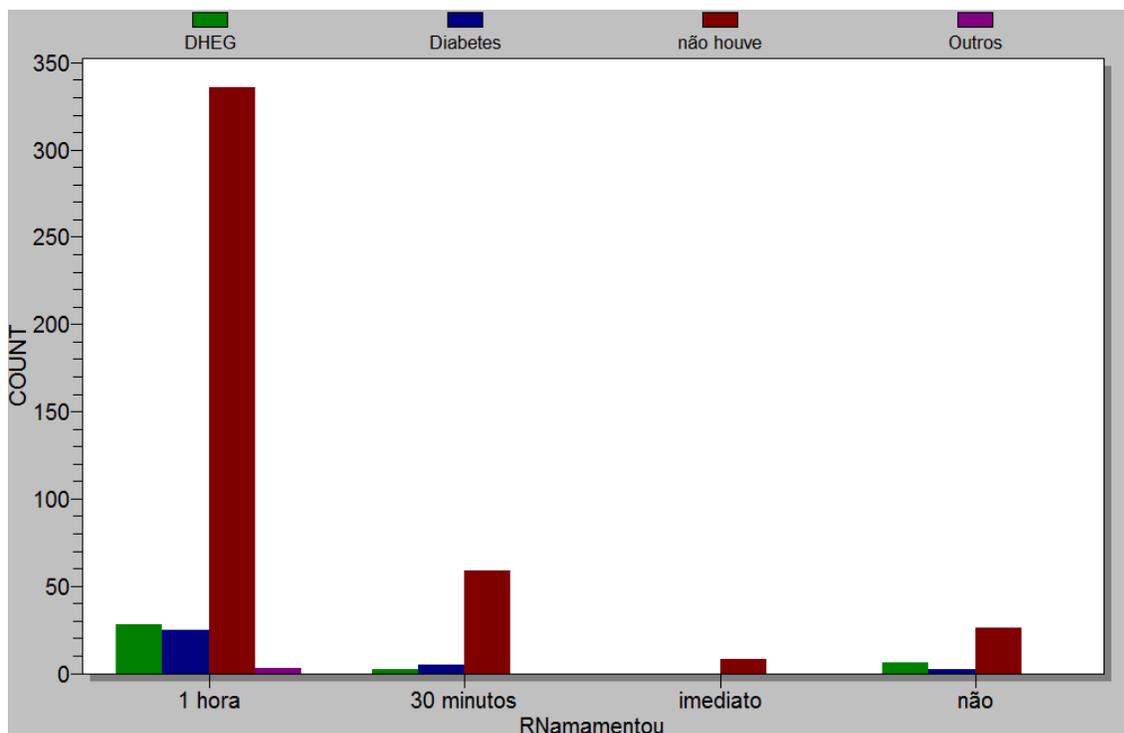
Tabela 1. Comorbidade X Amamentação

Comorbidades	1 hora	30 minutos	imediate	não	TOTAL
DHEG	28	2	0	6	36
%	7,1	3,0	0,0	17,6	7,2
Diabetes	25	5	0	2	32
%	6,4	7,6	0,0	5,9	6,4
não houve	336	59	8	26	429
%	85,7	89,4	100,0	76,5	85,8
Outros	3	0	0	0	3
%	0,8	0,0	0,0	0,0	0,6
TOTAL	392	66	8	34	500
%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Prontuários dos pacientes ME/UFRJ

Gráfico 1.

Comorbidade X Amamentação



Fonte: Prontuários dos pacientes ME/UFRJ

A DHEG é um acometimento patológico que juntamente com as condições hemorrágicas e infecciosas, forma a tríade responsável pelo aumento dos índices de mortalidade materna, em geral instala-se na 2^o metade da gestação, desaparecendo em média até a sexta semana do período puerperal, caracteriza-se por níveis tensionais iguais ou superiores a 140 x 90 mmhg, ou em uma única aferição pressão diastólica igual ou superior a 110 mmhg, (ARAÚJO & REIS, 2012).

Segundo Ministério da Saúde (2006), a DHEG é o desenvolvimento de hipertensão sem proteinúria que ocorre após 20 semanas de gestação. O diagnóstico é temporário e pode representar hipertensão crônica recorrente nesta fase da gravidez. Pode evoluir para pré-eclâmpsia e, se severa, levar a altos índices de prematuridade e retardo do crescimento fetal.

O diabetes mellitus gestacional inclui toda intolerância a glicose, de qualquer intensidade, com início ou detectada pela primeira vez durante a gestação, com necessidade ou não de insulina. O diagnóstico ocorre tendo sido verificado a glicemia de jejum e resultado maior ou igual a 126 mg/dl (repetida e confirmada), ou glicemia em qualquer momento maior ou igual a 200 mg/dl, ou a glicemia encontrar-se entre 90mg/dl a 125mg/dl, ou abaixo de 90 mg/dl e na presença de fator de risco, está indicado o teste oral de tolerância à glicose com 75g de glicose (TOTG75) e dosagem de glicemia em 2 h. A Maternidade Escola, por ser uma instituição de ensino, possui um protocolo próprio onde a gestante com glicemia de jejum > ou igual a 92 mg/dl, já é considerada diabetes gestacional, realizando o mesmo rastreio de TOTG 75mg/dl.

Os riscos maternos relacionados ao diabetes gestacional incluem: hiperglicemia, infecções urinárias, os fetais são: macrossomia, ploidraminia, hipoglicemia neonatal, distócias do ombro no momento do parto (ocorre maior deposição de gordura nos membros e no tronco), síndrome da angústia respiratória do RN, (ARAÚJO & REIS, 2012).

A maioria dos recém-nascidos pesquisados realizou a amamentação durante a primeira hora de vida as comorbidades não interferiram neste processo, a equipe multiprofissional, principalmente a de enfermagem que executa o cuidado da paciente antes durante e após o parto foi fundamental para que este resultado fosse positivo, proporcionando a este binômio mãe-bebê a realização da primeira mamada.

4.2 – Intercorrências Maternas X Amamentação:

Intercorrências maternas: num total de 500 prontuários revisados, 5 mulheres apresentaram atonia uterina, 1 apresentou hipertensão, 16 apresentaram lacerações, 21 sangramento, 14 outros (ausência do resultado do anti-hiv) e 441

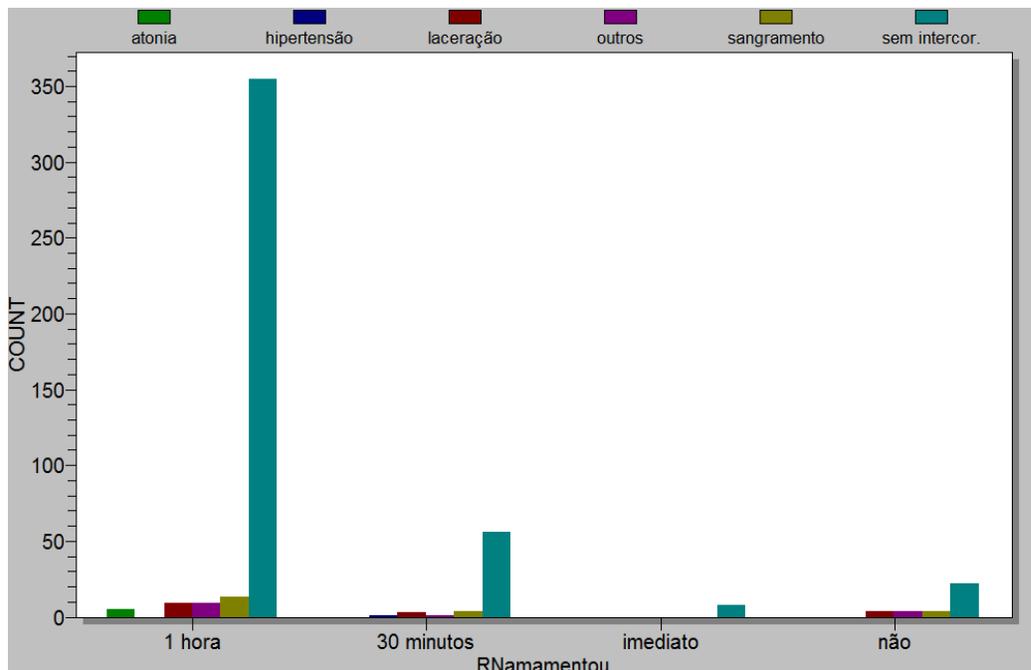
sem intercorrências, segue abaixo a tabela e o gráfico que relaciona as intercorrências com a frequência da amamentação.

Tabela 2. Intercorrência Materna X Amamentação

. Intercorrência X Amamentação					
INTERCORRÊNCIA MATERNA	1 hora	30 minutos	Imediato	Não	TOTAL
Atonia	5	0	0	0	5
%	1,3	0,0	0,0	0,0	1,0
Hipertensão	0	1	0	0	1
%	0,0	1,5	0,0	0,0	0,2
Laceração	9	3	0	4	16
%	2,3	4,6	0,0	11,8	3,2
Outros	9	1	0	4	14
%	2,3	1,5	0,0	11,8	2,8
Sangramento	13	4	0	4	21
%	3,3	6,2	0,0	11,8	4,2
Sem intercor.	355	56	8	22	441
%	90,8	86,2	100,0	64,7	88,6
TOTAL	391	65	8	34	498
%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte:
Prontuários dos
pacientes
ME/UFRJ
Gráfico 2.
Intercorrência X

Amamentação



Fonte: Prontuários dos pacientes ME/UFRJ

A hemorragia pós-parto (HPP) é uma das cinco principais causas de mortalidade materna tanto em países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento. Estima-se que mais de 125.000 mulheres morram no mundo por esta condição, sendo a atonia uterina ou inércia uterina a sua causa mais comum. Existem diversos métodos capazes de interromper a HPP decorrente da atonia uterina. O tratamento inicial desta condição consiste em massagem uterina e no uso de ocitócicos, como a ocitocina, ergometrina e prostaglandinas. No insucesso com estas medidas iniciais, outros métodos devem ser aplicados rapidamente na tentativa de controle da hemorragia. Existem métodos mecânicos, como a compressão uterina bimanual, a compressão da aorta abdominal e o tamponamento uterino, e métodos cirúrgicos, como as ligaduras arteriais, suturas de compressão uterina, embolização angiográfica e histerectomia, (NAGAHAMA et, al, 2007).

Os enfermeiros precisam estar atentos aos sinais de hemorragia, sangramento ou mesmo a ocorrência de atonia avaliando os sinais vitais, verificando o

sangramento, avaliando os sinais de choque hipovolêmico e juntamente com a equipe multiprofissional, adotar as medidas cabíveis proporcionando a esta parturiente condições físicas e emocionais para o estabelecimento do vínculo, de acordo com a pesquisa estas medidas foram adotadas de forma eficaz.

De acordo com Colacioppo et al, (2010) As lacerações são classificadas em graus, dependendo dos tecidos atingidos. Aquelas de primeiro grau, afetam a pele e a mucosa; as de segundo grau, estendem-se até os músculos perineais e as de terceiro grau, atingem o músculo esfíncter do ânus. Alguns autores consideram, ainda, o quarto grau, quando a laceração atinge a mucosa anal.

Dependendo do tipo de laceração a puérpera pode sentir um incomodo além do normal ao se locomover além de dor, deixando-a menos ágil e dificultando no processo de interação desta mãe com seu recém-nascido, a equipe de enfermagem, de acordo com os resultados da pesquisa atuou de forma efetiva auxiliando a mãe e proporcionando a realização da amamentação na primeira hora no pós-parto.

4.3 – Intercorrências com o recém-nascido (RN) X Amamentação:

No Brasil, nascem cerca de três milhões de crianças ao ano, das quais 98% em hospitais. Sabe-se que a maioria delas nasce com boa vitalidade; entretanto, manobras de reanimação podem ser necessárias de maneira inesperada. São essenciais o conhecimento e a habilidade em reanimação neonatal para todos os profissionais que atendem RN em sala de parto, mesmo quando se esperam crianças hípidas sem hipóxia ou asfixia ao nascer, (MINISTÉRIO DA SAÚDE,2011).

O risco de haver necessidade de procedimentos de reanimação é maior quanto menor a idade gestacional e/ou o peso ao nascer. O parto cesário, realizado entre 37 e 39 semanas de gestação, mesmo não havendo fatores de risco antenatais para asfixia, também eleva o risco de necessidade de ventilação do RN. Assim,

estima-se que no Brasil, a cada ano, 300.000 crianças requeiram ajuda para iniciar e manter a respiração ao nascer e cerca de 25.000 RN prematuros de muito baixo peso precisem de assistência ventilatória na sala de parto, (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

As práticas atuais de reanimação em sala de parto baseiam-se nas diretrizes publicadas pelo International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR), que são elaborados por especialistas de vários países, e pela Associação Americana de Cardiologia e Academia Americana de Pediatria, em 2010, e adotadas pela sociedade Brasileira de Pediatria em 2011. A ventilação pulmonar é o procedimento mais simples, importante e efetivo na reanimação do RN em sala de parto. A Insuflação dos pulmões acarreta dilatação da vasculatura pulmonar, permitindo que a hematose possa ocorrer de forma apropriada.

A cada cinco anos, após processo de revisão baseada nas melhores evidências científicas disponível, são elaborados consensos sobre os assuntos controversos e recomendações referentes a diversos aspectos da reanimação neonatal. Considerando-se a frequência elevada da necessidade de realização de algum procedimento de reanimação no RN e a rapidez com que tais manobras devem ser iniciadas, é fundamental que pelo menos um profissional capaz de iniciar de forma adequada a reanimação neonatal esteja presente durante todo o parto, (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

Entretanto a maioria do recém-nascido da Maternidade Escola que necessitam de intervenções precoces, tem sido realizada a amamentação na primeira hora de vida, segundo os dados apresentados a ocorrência destas intervenções não tem sido dificultador para o estabelecimento do vínculo, a equipe realizando o processo de intervenção em tempo hábil e a promoção do aleitamento na primeira hora de vida tem sido mantido.

Tabela 3- Intercorrência RN X Amamentação:

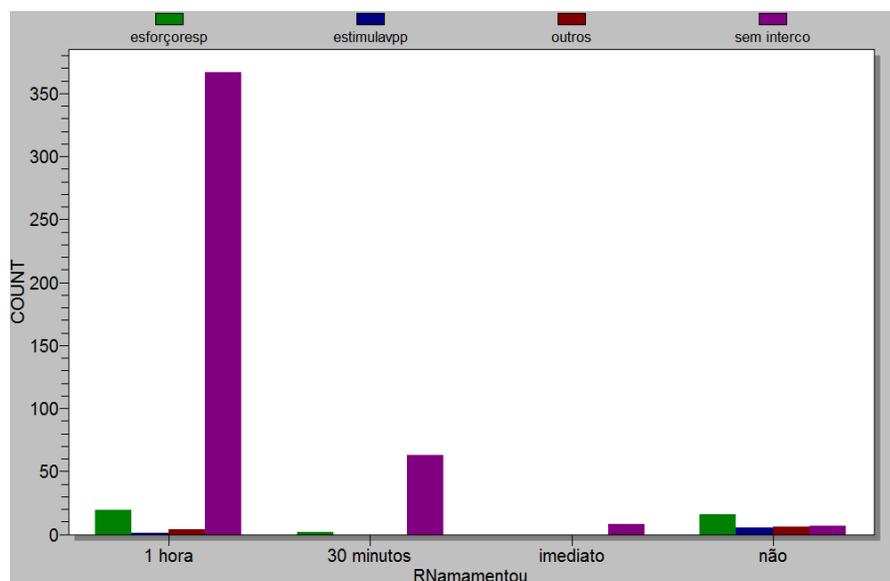
Intercorrência RN X Amamentação					
INTECORRENCIAS	1 hora	30 minutos	Imediato	Não	TOTAL

COM O RN						
Esforço respiratório	19	2	0	16	37	
%	4,9	3,1	0,0	47,1	7,4	
Estimulação vpp	1	0	0	5	6	
%	0,3	0,0	0,0	14,7	1,2	
Outros	4	0	0	6	10	
%	1,0	0,0	0,0	17,6	2,0	
Sem interco	367	63	8	7	445	
%	93,9	96,9	100,0	20,6	89,4	
TOTAL	391	65	8	34	498	
%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	

Fonte:
Prontuários
dos pacientes

ME/UFRJ

Gráfico 3 – Intercorrência RN X amamentação:



Fonte: Prontuários dos pacientes ME/UFRJ

4.4 - Amamentação na primeira hora de vida

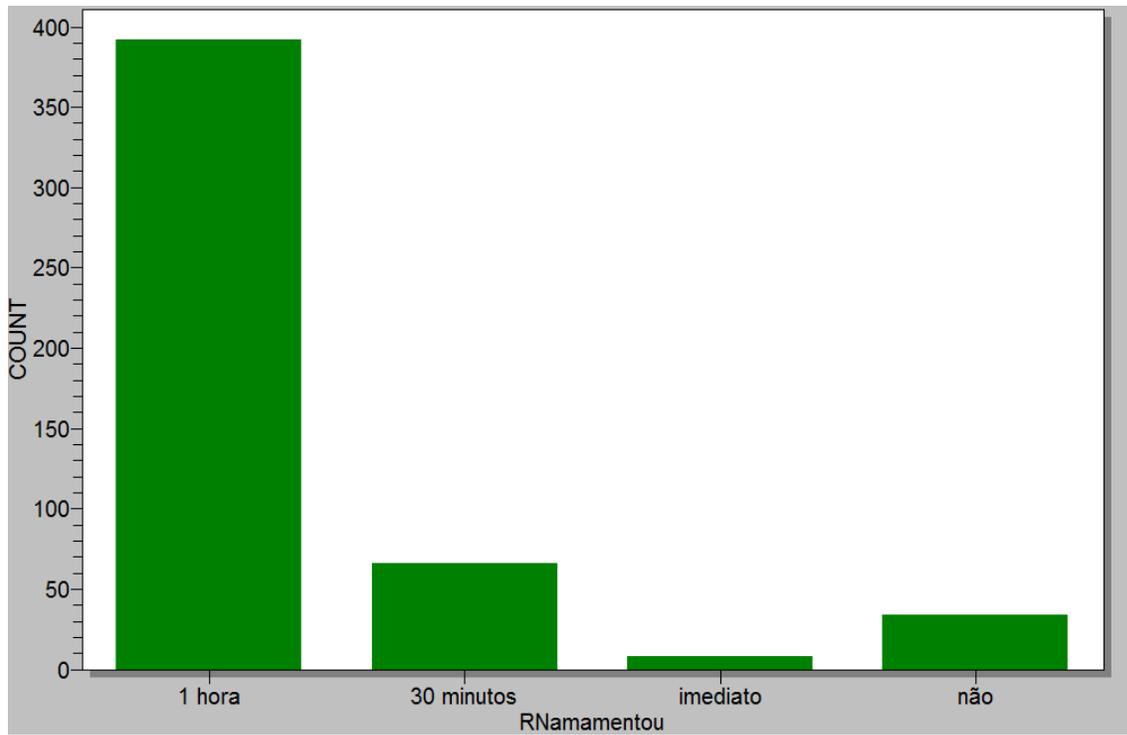
De acordo com as informações contidas nos prontuários o vínculo afetivo e a promoção do aleitamento precoce foi executado com muita eficiência pela equipe de enfermagem desta Maternidade, pois, das 500 mulheres pesquisadas, 392 amamentaram seu recém-nascido na primeira hora de vida, 66 nos primeiros 30 minutos e somente 34 recém-nascidos não foram levados ao peito. Segue as informações na tabela e gráfico abaixo:

Tabela 4 – Amamentação na primeira hora de vida

RNamamentou	Frequency	Percent	
1 hora	392	78,4%	
30 minutos	66	13,2%	
imediate	8	1,6%	
não	34	6,8%	
Total	500	100,0%	

Fonte: Prontuários dos pacientes ME/UFRJ

Gráfico 4 – Amamentação na primeira hora de vida



Fonte: Prontuários dos pacientes ME/UFRJ

5 – CONCLUSÃO

A Organização Mundial de Saúde recomenda que o aleitamento materno seja iniciado na primeira hora de vida, pois está associado a menor mortalidade neonatal, maior período de amamentação, melhor interação mãe-bebê e menor risco de hemorragia materna. A mortalidade neonatal (entre 0 e 27 dias de vida) representa cerca de 60 a 70% da mortalidade infantil e, portanto, maiores avanços na saúde da criança brasileira requerem maior atenção à saúde do recém-nascido (BRASIL, 2011).

Em uma pesquisa realizada no período de 1999 a 2008, verificou-se a evolução dos indicadores de aleitamento materno, os dados foram coletados de 34.853 crianças, porém 469 (1,3%) foram excluídas da análise por falta de informação sobre sua data de nascimento e 18 (0,05%) por inconsistência na idade, no total de crianças analisadas, 67,7% mamaram na primeira hora de vida. Esse percentual é maior do que aquele encontrado na PNDS/2006, que foi de 43%, em uma amostra de crianças menores de 60 meses. Essa diferença pode ser explicada, pelo menos em parte, em função de esta pesquisa analisar essa informação em crianças menores de 1 ano de idade, e talvez por refletir a situação mais recente desta prática nas maternidades brasileiras. As regiões norte, centro-oeste e sul apresentaram os melhores resultados (72,9% e 72,0% e 71,8%,

respectivamente) e na região sudeste verificou-se o menor percentual de crianças nessa condição (63,5%), (BRASIL, 2009).

A prevalência de aleitamento materno na primeira hora de vida realizada nesta Unidade de acordo com os dados coletados nesta pesquisa, de fevereiro a novembro de 2012, foi de 78,4%. Este dado demonstra a capacidade da equipe de enfermagem e multiprofissional em implementar esta prática e executá-la de forma satisfatória, cumprindo o quarto passo da iniciativa hospital amigo da criança, ajudar a mãe a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto. Apenas 6,8% das mães pesquisadas não tiveram seus recém-nascidos levados ao seio, a maioria destes devido a intercorrências maternas ou relacionadas ao recém-nascido e a ausência do resultado do anti-HIV.

Um dos fatores de risco para a não-amamentação na primeira hora de vida é o recebimento do resultado do teste rápido após o parto. O teste anti-HIV deve ser amplamente disponibilizado no pré-natal e o teste rápido deve ser realizado sob indicação, na admissão, com busca ativa e pronta comunicação do resultado à mulher, (OLIVEIRA et. al, 2010).

A principal intercorrência relacionada ao recém-nascido que dificultou a amamentação foi esforço respiratório, dos que apresentaram esforço 47,1% não amamentou e a relacionada a mãe foram as que não apresentaram intercorrências, mais, que os seus bebês apresentaram, por isso, foram impedidas de amamentar na primeira hora de vida. O percentual total de bebês que foram amamentados, na primeira hora, com trinta minutos e de imediato, foi de 93,2%.

O aleitamento materno é a mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil. Permite ainda um grandioso impacto na promoção da saúde integral da dupla mãe/bebê e regozijo de toda a sociedade, a equipe de saúde tem a função de promover este processo.

O seu trabalho de promoção e apoio ao aleitamento materno não será bem sucedido se ela não tiver um olhar atento, abrangente, sempre levando em consideração os aspectos emocionais, a cultura familiar, a rede social de apoio à mulher, entre outros. Esse olhar necessariamente deve reconhecer a mulher como protagonista do seu processo de amamentar, valorizando-a, escutando-a e empoderando-a, (BRASIL, 2009).

A amamentação na primeira é de extrema importância para uma assistência de qualidade ao nascimento e para a promoção e manutenção do vínculo mãe-bebê, A equipe do centro obstétrico da Maternidade Escola mostrou-se sensível no cumprimento desta etapa, demonstrando competência e sensibilidade ao promover uma assistência de qualidade demonstrando a seriedade e o compromisso desta instituição com a proteção da saúde do recém-nascido e a prevenção da mortalidade neonatal.

Os resultados desta pesquisa atenderam as minhas perspectivas como residente de enfermagem da Maternidade Escola ao comprovar que a equipe multiprofissional e principalmente a de enfermagem, por estar na linha de frente deste processo, estar atenta e apta a prestar o cuidado e a atenção necessária a este binômio neste momento de tensão e incertezas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- SILVEIRA, B. R. de; ALBERNAZ, E.; Zucchetto, L. M.; **Fatores associados ao início da amamentação em uma cidade no Sul do Brasil.** Revista Brasileira de saúde materna infantil, Recife, v.8, n.1,p.35-43, jan/mar. 2008.
- OLIVEIRA, M. I. C. de; SILVA, K. S. da S.; JUNIOR, S. C. G.; FONSECA, V. M.; **Resultado do teste rápido anti-HIV após o parto:** uma ameaça à amamentação ao nascimento. Revista Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.44, n.1, p.60-69, 2010.
- TOMA, T. S., REA, M. F., **Benefícios da amamentação para saúde da mulher e da criança:** um ensaio sobre as evidências. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. s235-s246, 2008.
- MONTEIRO, J. C. dos S., GOMES, F. A., NAKANO, A. M. S., **Percepção das mulheres acerca do contato precoce e da amamentação em sala de parto,** ACTA Paulista de Enfermagem, São Paulo, v.19, n.4, p.427-432, ago. 2006.
- CRESWELL, J.W., **Projeto de Pesquisa:** métodos qualitativo, quantitativo e misto. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 248 p.
- CERVO, A. L., BERVIAN, P. A., **Metodologia científica**, v.5, ed. São Paulo, 2005.
- WOOD, G. L., HABER, J., **Pesquisa em enfermagem:** Métodos, Avaliação Crítica e Utilização, 4 ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2001.
- CARVALHO, M. R. de., TAVARES, L. A. M., **Amamentação, Bases Científicas**, 3 ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2010.
- REGO, J. D., **Aleitamento Materno:** Um guia para pais e familiares, 2 ed., São

Paulo, Atheneu, 2008.

BUCCOLINI, C. S., BUCCOLINI, P. de M. M., CARVALHO, M. L. de, OLIVEIRA, M. I. O. de, **Padrões de aleitamento materno exclusivo e internações por diarreia entre 1999 e 2008 em capitais brasileiras**, Revista de ciências e saúde coletiva, cap. 17(1857-1803), Rio de Janeiro, 2012.

BRANT, P. M. C., AFFONSO, H. dos S., VARGAS, L. C., **Incentivo à amamentação exclusiva na perspectiva das puérperas**, Cogitare Enfermagem, jul/set, 14(3), 512-7, Espírito Santo, 2009.

WINNICOTT, D.W. **Da pediatria à psicanálise [1958]**. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

SILVA, A. M. da, **Programa de pós-graduação em saúde coletiva- UFMA-** (2005). Disponível em: <<http://www.pgsc.ufma.br/arquivos/apostilaEpiInfo.pdf>> Acesso em 20 de outubro de 2012.

LAMOUSIER J. A., MOULIN Z. S., XAVIER C. C., **Recomendação quanto à amamentação na vigência de infecção materna**, Jornal da Pediatria, vol. 80(S-181-188), Rio de Janeiro, 2004.

ANDRADE, R. A., COCA, P. K., ABRÃO, A. C. F. V., **Padrão de aleitamento materno no primeiro mês de vida em mulheres submetidas a cirurgia de redução de mamas e implantes**. Jornal da Pediatria, vol. 86(3), 239-244, Rio de Janeiro, 2010.

SCHETTINO, Carlos Eduardo, **Bases da Pediatria**. Ed. Rubio, Rio de Janeiro, 2013.

STRAPASION, M. R., FISCHER, A. C. dos S., BONILHA, A. L. de L., **Amamentação na primeira hora de vida em um hospital privado de Porto Alegre/RS – Relato de Experiência**, Revista de Enfermagem da UFSM, set/dez; 1(3): 489-496. Rio Grande do Sul, 2011.

AMORIM, M. M. R., PORTO, A. M. F., SOUZA, A. S. R., **Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências**, Revista Femina, Nov., V. 38, nº 11, Pernambuco, 2010.

ALMEIDA, G. G. de, SPIRI, W. C., JULIANI, C. M., PAIVA, S. R., **Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno em um hospital universitário**, Rev. Ciências & Saúde Coletiva, 13(2): 487-494, São Paulo, 2008.

ARAÚJO, L. de A., REIS, A. T., **Enfermagem na prática materno-neonatal**, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2012.

NAGAHAMA, G., VERA, L. C., JOVER, P. B., LEITE, G. K. C., WATANABE, E. K., ALMEIDA, S. M., JASS, N., O controle da hemorragia pós-parto com a técnica de sutura de B-Lynch-Sirie de Casas, Hospital Municipal Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes Alenzelder, São Paulo, 2007.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Manual Técnico: Pré-natal e Puerpério, Atenção qualificada e humanizada**, Brasília, 2006.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Atenção ao recém-nascido: guia para profissionais de saúde**, Brasília, 2011.

COLACIOPPO, P. M., RIESCO, M. L. G., COLACIOPPO, C. R., OSAVA, R. H., **Avaliação do viés de classificação da laceração no parto normal**, ACTA Paulista Enfermagem, 24(1): 61-6, São Paulo, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Saúde da criança: Nutrição infantil, aleitamento materno e alimentação complementar**, Brasília, 2009.

ANEXO I:**Formulário pré-estruturado para coleta de dados:**

1. Pseudônimo ou registro da paciente para referência ao prontuário -

2. Idade _____

3. Tipos de parto:

Normal _____

Cirúrgico _____

Outros _____

4. Intercorrências maternas _____

5. Intercorrência com o recém-nascido _____

6. Co-morbidades:

Diabetes _____

DEHG _____

Outras _____

7. RN foi levado ao seio na primeira hora de vida;

8. RN foi levado ao seio com trinta minutos de vida;

9. RN foi levado ao seio de imediato;

Sim _____

Não _____

ANEXO II:**TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO E DIVULGAÇÃO DE DADOS**

Título da Pesquisa:

Pesquisador (a) responsável:

Grupo CONEP: () I () II () III

Eu, Juciene Paiva Oliveira dos Santos, pesquisadora responsável pela pesquisa acima identificada, declaro que conheço e cumprirei as normas vigentes expressas na **Resolução n 196/96 do Conselho Nacional de saúde / Ministério da Saúde**, e em suas complementares (**Resoluções 240/97, 251/97, 303/00 e 304/00 do CNS / MS**), e assumo neste termo os compromissos de:

1 – Ao utilizar dados e informações coletadas no(s) prontuário(s) /amostra(s) do(s) sujeito(s) da pesquisa na Maternidade Escola, assegurar a confidencialidade e a privacidade dos mesmos;

2 – Destinar os dados coletados somente para o projeto ao qual se vinculam. Todo e qualquer outro uso deverá ser objeto de um novo projeto de pesquisa que deverá ser submetido à apreciação do **Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro**.

3 – Quando da divulgação e/ou publicação da pesquisa, fazer referência à Maternidade Escola, (que deverá ser grafada nos seguintes termos: **Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro**) em todas as formas de divulgação (teses, dissertações, artigos, livros, resumos de trabalhos apresentados em reuniões e eventos) e qualquer outra publicação ou forma de

divulgação de atividades que resultem, total ou parcialmente, do auxílio da Maternidade Escola.

4 – As Unidades Acadêmicas dos pesquisadores envolvidos na pesquisa também deverão ser citadas, sem abreviações.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20 ____.

Pesquisadora responsável

Assinatura