



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
AGÊNCIA DE INOVAÇÃO, EMPREENDEDORISMO, PESQUISA, PÓS-
GRADUAÇÃO E INTERNACIONALIZAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

KAYO ELMANO COSTA DA PONTE GALVÃO

HORA DOURADA: avaliação das boas práticas na assistência ao parto e
nascimento

São Luís - MA

2024

KAYO ELMANO COSTA DA PONTE GALVÃO

HORA DOURADA: avaliação das boas práticas na assistência ao parto e nascimento

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Maranhão, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde, Enfermagem e Cuidado.

Linha de pesquisa: Enfermagem em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Rita da Graça Carvalhal Frazão Corrêa.

São Luís - MA

2024

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Costa da Ponte Galvão, Kayo Elmano.

HORA DOURADA: Avaliação das boas práticas na
assistência ao parto e nascimento / Kayo Elmano Costa da
Ponte Galvão. - 2024.

87 p.

Orientador(a): Rita da Graça Carvalhal Frazão Corrêa.
Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em
Enfermagem/ccbs, Universidade Federal do Maranhão, São
Luís, 2024.

1. Assistência perinatal. 2. Humanização de
Assistência ao Parto. 3. Recém-Nascido. 4. Recomendação
de Boas Práticas. I. Carvalhal Frazão Corrêa, Rita da
Graça. II. Título.

KAYO ELMANO COSTA DA PONTE GALVÃO

HORA DOURADA: avaliação das boas práticas na assistência ao parto e
nascimento

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, da
Universidade Federal do Maranhão, como
requisito parcial para obtenção do título de
Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde,
Enfermagem e Cuidado.

Linha de pesquisa: Enfermagem em
Saúde Coletiva.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a Rita da Graça Carvalhal Frazão Corrêa

Doutora em Biotecnologia

Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

Prof.^a Dr.^a Cleide Maria Pontes

Doutora em Nutrição

Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Prof.^a Dr.^a Poliana Pereira Costa Rabelo

Doutora em Enfermagem e Saúde Pública

Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por toda força concedida, e por não ter me deixado desanimar durante a minha trajetória.

À Nossa Senhora da Imaculada Conceição, por ouvir minhas preces durante o processo de seleção;

Ao meu companheiro Luciano Façanha, por estar ao meu lado todos os dias;

À minha mãe Edinalva Alves, por me colocar em suas orações;

Aos meus familiares, pelo incentivo;

À minha querida orientadora Prof. Dra. Rita da Graça Carvalhal Frazão Corrêa, pela orientação, dedicação, paciência e companheirismo durante a nossa jornada;

Ao Programa de Pós-Graduação em enfermagem, pela oportunidade de aprendizado;

Ao Prof. Dr. Flávio Luiz de Castro Freitas, pelo aconselhamento filosófico da minha pesquisa;

Ao Hospital Universitário Materno Infantil, pelo campo de pesquisa tão rico e importante para minha coleta de dados;

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro desta pesquisa com a concessão da bolsa;

Às demais professoras do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pela contribuição no meu crescimento e desenvolvimento acadêmico;

Às colegas do Mestrado pela parceria durante os dois anos de curso;

À Camiliane Ferreira, pela assistência prestada durante a análise dos meus dados, e que foi de extrema importância para a construção desta pesquisa;

Às demais pessoas na minha vida, que foram fundamentais na construção do meu ser no mundo, por tornar importante cada momento da minha vida.

RESUMO

A Hora Dourada consiste em medidas eficazes e benéficas de cuidado ao recém-nascido que diminuem de modo significativo as consequências negativas a curto e longo prazo, e que precisam de envolvimento aprofundado dos profissionais. Entretanto, alguns fatores acabam prejudicando a qualidade e execução da hora dourada nas instituições de saúde. Além disso, a prática profissional intervencionista também se torna um empecilho na realização do cuidado, pois muitos profissionais estão habituados a separar mãe e bebê para procedimentos de rotina. É necessário um fortalecimento das políticas públicas voltadas a atenção ao parto e nascimento, com vistas as maiores qualificações dos profissionais que estão a frente desse processo, com a finalidade de trazer, cada vez mais, as boas práticas nas maternidades. O objetivo deste estudo foi analisar as boas práticas na assistência ao parto e nascimento no contexto da hora dourada. A metodologia utilizada foi a mista, com elementos quantitativos e qualitativos, com a finalidade de permitir uma descrição mais abrangente e holística de fenômenos dos campos sociais e da saúde. Na abordagem quantitativa, dados de prontuários maternos e neonatais foram coletados, para identificar as taxas de realização da hora dourada. Para aprofundamento das lacunas observadas no estudo quantitativo, utilizou-se a fenomenologia na abordagem qualitativa, com a finalidade de compreender o vivido dos profissionais de saúde diante da realização da prática. O estudo foi realizado em uma maternidade pública do estado do Maranhão. Fizeram parte do estudo 180 prontuários, além de uma entrevista com 17 profissionais de saúde. Foi possível observar que as taxas de realização da hora dourada diferiram entre os cenários de parto vaginal e cesariano, mostrando este último como dificultador da prática. A separação rotineira para realização dos primeiros cuidados, a falta de incentivo profissional, e instabilidade neonatal foram alguns dos fatores intervenientes do cuidado. Os profissionais de saúde compreendem a importância da hora dourada, mas vivenciam a cotidianidade e falta de diálogo na assistência, de forma a priorizar atitudes médicas em detrimento do protagonismo feminino no processo de parto e nascimento. Dessa forma, observou-se que a realização da hora dourada se mostrou deficiente, e que a falta de diálogo e a medicalização da assistência justificam tal deficiência.

Descritores: saúde da mulher; saúde da criança; humanização de assistência ao Parto; recém-nascido; aleitamento materno; enfermagem.

ABSTRACT

The Golden Hour consists of effective and beneficial newborn care measures that significantly reduce negative consequences in the short and long term, and that require in-depth involvement of professionals. However, some factors end up harming the quality and execution of the golden hour in healthcare institutions. Furthermore, professional interventionist practice also becomes an obstacle in providing care, as many professionals are used to separating mother and baby for routine procedures. It is necessary to strengthen public policies aimed at childbirth and childbirth, with a view to greater qualifications of professionals who are in charge of this process, with the aim of increasingly bringing good practices to maternity wards. The objective of this study was to analyze the good practices associated with the golden hour in labor and birth care. The methodology used was a mixed approach, with quantitative and qualitative elements, with the aim of allowing a more comprehensive and holistic description of phenomena in the social and health fields. In the quantitative approach, data from maternal and neonatal records were collected to identify golden hour achievement rates. To deepen the gaps observed in the quantitative study, phenomenology was used in the qualitative approach, with the purpose of understanding the experiences of health professionals when carrying out the practice. The study was carried out in a public maternity hospital in the state of Maranhão. 180 medical records took part in the study, in addition to an interview with 17 health professionals. It was possible to observe that the golden hour achievement rates differed between the vaginal and cesarean birth scenarios, showing the latter as complicating the practice. Routine separation for initial care, lack of professional encouragement, and neonatal instability were some of the factors affecting care. Health professionals understand the importance of the golden hour, but experience the daily routine and lack of dialogue in care, in order to prioritize medical attitudes to the detriment of female protagonism in the labor and birth process. Thus, it was observed that the implementation of the golden hour proved to be deficient, and that the lack of dialogue and the medicalization of assistance justify this deficiency.

Descriptors: women's health; child health; humanizing delivery; newborn; breast feeding; nursing

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	13
3	PRESSUPOSTO	15
4	OBJETIVOS	16
4.1	Objetivo geral.....	16
4.2	Objetivos específicos	16
5	REVISÃO DE LITERATURA	17
5.1	Hora dourada: o que dizem as evidências	17
5.2	Referencial Teórico: a Fenomenologia e o Cuidado da Enfermagem	21
6	MATERIAL E MÉTODOS.....	25
6.1	Tipo de estudo	25
6.2	Cenário da pesquisa.....	26
6.3	Participantes do estudo	26
6.4	Critérios de inclusão	27
6.5	Critérios de exclusão.....	27
6.6	Delineamento do estudo: abordagem quantitativa	28
6.6.1	População e amostra	28
6.6.2	Técnicas e Instrumentos.....	29
6.6.3	Análise dos dados.....	29
6.7	Delineamento do estudo: abordagem qualitativa	30
6.7.1	Amostra.....	30
6.7.2	Técnica e instrumentos.....	31
6.7.3	Coleta de dados	32
6.7.4	Análise dos dados.....	33
6.8	Aspectos éticos	34
7	RESULTADOS.....	35
7.1	Abordagem quantitativa.....	35
7.2	Abordagem qualitativa	43
7.2.1	US 1: As compreensões da Hora Dourada	46
7.2.2	US 2: As compreensões dos profissionais acerca das dificuldades para a realização da hora dourada	49

7.2.3 U.S 3: A conduta profissional como barreira para a realização da Hora Dourada	53
8 DISCUSSÃO	59
9 CONCLUSÃO	73
REFERÊNCIAS.....	75
APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO	80
APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	82
ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	84

1 INTRODUÇÃO

O processo de parturição sofreu diversas transformações no mundo, tornando-se mais humano, de forma a trazer evidências científicas cada vez mais atuais para sua prática. No Brasil, diversos movimentos fizeram com que esse processo sofresse reajustes, incluindo a mulher no centro do cuidado, tornando-a protagonista, gozando de seus direitos diante da gestação, parto e puerpério. O surgimento do Programa de Humanização do Parto e Nascimento (2000) e a Rede Cegonha (2011) foram grandes marcos dessa contextualização histórica no Brasil, dos quais proporcionaram direitos para as mulheres e bebês, com vistas a transformar o modelo biomédico e tecnicista, em um modelo mais humanizado e inclusivo

No âmbito do sistema de saúde brasileiro, foi lançada a Rede Cegonha, em 2011, com o objetivo de garantir mais acesso e qualidade, oferecendo acolhimento e humanização na atenção ao parto e nascimento. Com base nisso, em 2017, foi realizada a Avaliação da Rede Cegonha, que apresentou resultados bem animadores em relação ao aumento das boas práticas de parturição, e diminuição de intervenções desnecessárias à mãe e bebê (Gomes, 2021).

De acordo com publicações que enfatizam as mudanças no processo de parturição brasileiro, caracterizado pelas altas taxas de intervenções, e o número alarmante de cesarianas evitáveis, além dos altos índices de morbimortalidade materno infantil, surgiu a necessidade de voltar os olhares para a qualidade da assistência materna e neonatal, que até então era voltada em sua grande maioria para a saúde da mulher, deixando de lado as evidências que priorizavam a saúde do recém-nascido. Dessa forma, surgiu a Hora Dourada, ou *Golden Hour*, como medida eficaz na qualidade da assistência dentro das maternidades, com o objetivo de diminuir a morbimortalidade neonatal precoce e tardia, além de aumentar a sobrevivência infantil (Brasil, 2013).

No âmbito da atenção à saúde, foi instituída, em 2014, a portaria nº 371 que versa sobre a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido no SUS, de modo que seja ofertado os cuidados da Hora Dourada, assegurando que os profissionais sejam capacitados para basear seus cuidados em evidências científicas, nas recomendações do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde (Brasil, 2014).

A Hora Dourada consiste em medidas eficazes e benéficas de cuidado ao recém-nascido que, quando praticadas em conjunto, diminuem de modo significativo as consequências negativas a curto e longo prazo, e que precisam de envolvimento aprofundado dos profissionais que lidam com a assistência ao parto e nascimento nas maternidades do mundo. A hora dourada é uma medida barata, eficaz, e fácil de ser realizada, mas que ainda possui entraves, seja por falta de compreensão dos profissionais acerca dos benefícios, seja pela falta de incentivo e conhecimento materno que inviabilizam a sua plena realização, sendo justificado por questões culturais, econômicas e educacionais (Monteiro, 2017).

A diretriz nacional de assistência ao parto normal, publicada em 2016 pelo Ministério da Saúde, e o manual de recomendações de assistência ao parto e nascimento da OMS, publicado em 2018, corroboram com as medidas adotadas para a realização da Hora Dourada, como benéficas à saúde da mãe e bebê. Entre elas, há o incentivo ao contato pele a pele, com realização do clampeamento tardio do cordão umbilical, entre 1 e 5 minutos, com adoção do aleitamento materno em sala de parto. Ainda há o consenso de que os cuidados como oftalmia neonatal, pesagem, administração de vitamina K, e demais outros procedimentos que separem mãe e bebê de forma desnecessária antes da primeira hora de vida devam ser postergados, salvo em casos de pedido materno ou quando estritamente necessário.

Na pesquisa *Nascer no Brasil* (2014), procedimentos invasivos, como aspiração das vias áreas superiores, aspiração gástrica, maiores necessidade de oxigênio e incubadora, tiveram sua prática realizada de modo frequente. De acordo com a pesquisa, o uso de oxigênio na sala de parto vem sendo considerado inadequado, haja vista a baixa necessidade de utilização em neonatos de baixo risco. Mesmo que seja recomendado por protocolos clínicos a não separação mãe-bebê, e o não uso rotineiro de aspiração das vias áreas, essa recomendação acabou sendo desrespeitada em praticamente todas as regiões do Brasil, nos anos de 2011 e 2012 (Moreira *et al.*, 2014).

Entretanto, alguns fatores acabam prejudicando a qualidade e execução da hora dourada, como a separação mãe-bebê para a realização de procedimentos que poderiam ser postergados, como pesagem, medidas antropométricas, administração de vitamina K, e utilização de Nitrato de prata, ou eritromicina, para prevenção da oftalmia neonatal. Tais procedimentos, considerados importantes, mas que podem ser realizados após a primeira hora de vida, acabam dificultando duas das três medidas

da Hora Dourada, como o contato pele a pele e a amamentação precoce. Além disso, a prática profissional também se torna um empecilho na realização do cuidado, pois muitos profissionais estão habituados a separar a mulher e o recém-nascido para procedimentos de rotina, e não levam em consideração os anseios, medos e angústias maternos, tornando o ato da separação algo extremamente mecânico e rotineiro (Monteiro, 2017).

Em uma pesquisa que buscava analisar a prática da hora dourada no cenário de parto vaginal e parto cesariano através de dados do Nascer no Brasil, entre 2011 e 2012, e Avaliação da Rede Cegonha em 2017, é enfatizado que o contato pele a pele teve sua prática realizada com uma frequência um pouco maior nos partos cesarianos, mas que ainda era realizado em maior número pelos partos vaginais. Além disso, nos hospitais que possuíam os quartos PPP, a taxa de início precoce da amamentação na primeira hora de vida foi satisfatória, de acordo com a pesquisa de avaliação da Rede Cegonha. Contudo, considerando as duas pesquisas, as taxas de amamentação na primeira hora tiveram aumento significativo nas diferenças entre o parto vaginal e o cesariano, levando a acreditar que, mesmo com o avanço do contato pele a pele, esforços precisam ser feitos para que as diferenças sejam minimizadas, pois a prática ainda não abrange a totalidade dos nascimentos (Gomes *et al.*, 2021).

A hora dourada é um cuidado que incentiva a qualidade da atenção, valorizando as boas práticas obstétricas e neonatais nos diversos cenários de parturição do mundo, além de proporcionar que o profissional inserido nesse contexto aprofunde sua educação permanente, e qualificação baseada em evidências. É importante que a prática seja realizada de forma exaustiva na assistência obstétrica e neonatal, vistos os inúmeros benefícios comprovados pela sua implementação. Contudo, muitos são os fatores que inviabilizam a realização da hora dourada, e cabe aos profissionais e gestores encontrarem meios que permitam sua rigorosa, e fundamental, prática nas unidades de saúde (Monteiro, 2017). Ainda é incipiente a realização da hora dourada no meio profissional, e vários fatores contribuem para isso, desde a falta de qualificação dos profissionais de saúde, que se mostra importante ferramenta para as atualizações acerca do assunto, até a cultura de separação entre mãe e filho para realização de procedimentos rotineiros (Brasil, 2013).

Desse modo, mostra-se importante a escolha de utilizar métodos mistos no percurso metodológico da pesquisa, pois possibilita uma investigação de um fenômeno em seu contexto, de forma que a caracterização do estudo é obtida por

diversos aspectos. O principal pressuposto da utilização de métodos mistos é que sua interação entrega melhores possibilidades de análise. Para tanto, é preciso definir o desenho de pesquisa, e quais as questões que serão abordadas. A pesquisa quantitativa busca, por meio dos números, aspectos voltados à realização dos procedimentos, e a caracterização deles. Entretanto, torna-se fundamental o aprofundamento dos detalhes que não podem ser respondidos através dos números, que faz da pesquisa qualitativa uma das partes fundamentais deste estudo (Paranhos *et al.*, 2016).

As dificuldades ainda persistem na qualidade de assistência à mulher durante a parturição. É necessário um fortalecimento das políticas públicas voltadas a atenção ao parto e nascimento, com vistas a maiores qualificações dos profissionais que estão a frente desse processo, com a finalidade de trazer, cada vez mais, as boas práticas para este cenário. É necessário compreender os fatores que interferem na realização da hora dourada, pois a separação da mãe e do recém-nascido para a realização de procedimentos rotineiros, e a cultura profissional de abreviação do tempo de permanência de mãe e bebê em contato pele a pele, ainda é um empecilho para a realização das boas práticas ao recém-nascido e puérpera.

Diante dessa problemática, o estudo busca compreender os questionamentos:

- a) Como estão sendo realizadas as boas práticas durante hora dourada em uma maternidade escola?
- b) Como os profissionais envolvidos no processo de parto e nascimento conhecem, e percebem, a importância da realização de boas práticas associadas à hora dourada?

2 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Este estudo justifica-se pela necessidade de análise da prática de hora dourada em uma maternidade escola, por ser uma prática benéfica no atual contexto de parto e nascimento humanizados, priorizando as boas práticas do cuidado nesse cenário. É imprescindível o conhecimento das dificuldades apresentadas para a plena realização das boas práticas nas maternidades, mediante a percepção dos atores envolvidos nesse processo, como os profissionais de enfermagem e de medicina. A discussão do assunto dentro do cenário de parto e nascimento atual pode levantar questionamentos ricos que, se bem aproveitados e fundamentados, podem contribuir para o crescimento da hora dourada nas instituições de saúde, assim como a diminuição dos fatores que intervêm nesse processo.

Além disso, a realização dessa pesquisa se justifica pela caracterização essencial da prática, abarcando os pontos fundamentais que estão relacionados às variáveis que facilitam ou dificultam a correta realização, de modo a permitir, também, a compreensão dos profissionais que estão nesse cenário.

Diante da problemática que envolve a Hora Dourada, e sua efetiva realização, e da minha experiência enquanto profissional da saúde, fica evidenciado que sua prática no cenário de parto cesariano tem se mostrado insuficiente, e desafios precisam ser vencidos, como capacitação da equipe que atua com o cuidado obstétrico e neonatal, garantindo uma abordagem multidisciplinar de forma a modificar o fluxo e rotinas para que o cuidado seja realizado sem interrupções desnecessárias, além de uma melhor ambiência de sala cirúrgica, de maneira que facilite sua realização.

A partir da concepção das vivências dos profissionais da saúde frente ao fenômeno da Hora Dourada, é de fundamental importância basear os achados na fenomenologia, entendendo o sujeito como modificador dessa prática, com base em suas próprias experiências, de modo a agregar valor e significado a elas. A fenomenologia procura interrogar a vivência da experiência do sujeito, e o significado que lhe atribuída, de forma a descrevê-la como se apresenta na consciência. Levando em consideração a assistência intervencionista realizada no contexto de parturição, é preciso entender as dificuldades vivenciadas pelos profissionais de saúde, médicos e equipe de enfermagem, na construção das boas práticas relacionadas ao recém-nascido, com o objetivo de modificar benéficamente o cenário de parto e nascimento.

Ao entender a prática da Hora dourada, e seus benefícios na qualidade de vida, pude perceber que a prática ainda é negligenciada dentro dos hospitais, principalmente no nascimento realizado através de uma cirurgia cesariana. Como profissional atuante em um centro de parto durante a especialização *Latu Sensu* modalidade residência, percebi a fragilidade profissional no qual a prática está inserida. A deficiência de implementação de boas práticas no cenário de parto e nascimento abriu brechas na assistência, e me fez compreender a importância de encontrar os motivos que levam à fragmentação do cuidado. Cabe destacar que essa dificuldade está inserida dentro de um contexto de ensino e aprendizagem, onde formam-se sujeitos aptos a educar outros sujeitos. Compreender a visão da prática através do olhar de quem ensina é um importante passo para trabalhar as mudanças que precisam ser feitas para avançar no cuidado humanizado e baseado em evidências dentro do hospital universitário.

Considerando a importância de medidas que incentivam e fortalecem a qualidade de vida da mulher e do recém-nascido, e das políticas públicas voltadas para a promoção, proteção e apoio às boas práticas do cuidado, espera-se que este estudo possa fornecer uma base sólida para a elaboração de protocolos internos, diretrizes ou relatórios, objetivando mudanças em um cenário mais humanizado.

3 PRESSUPOSTO

Considerando as boas práticas de parto e nascimento, especialmente a hora dourada, faz-se necessário conhecer como os profissionais percebem, e realizam, essas práticas no cotidiano da assistência à mulher e ao bebê. De certo modo, pressupõe-se que os profissionais que assistem à mãe e bebê conhecem pouco sobre a hora dourada, e seus benefícios para a qualidade de vida do recém-nascido. Aspectos individuais dos profissionais, no entendimento dos benefícios da realização da hora dourada, contribuem de forma substancial para a separação mãe-bebê nos cuidados maternos e neonatais que poderiam ser postergados, influenciando na qualidade plena da assistência, refletindo também nos indicadores que dizem respeito ao tempo do clampeamento do cordão, no contato pele a pele, e na amamentação em sala de parto, em partos vaginais e cesarianos.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Analisar as boas práticas na assistência ao parto e nascimento no contexto da hora dourada.

4.2 Objetivos específicos

- a) Conhecer a taxa de realização dos componentes da Hora Dourada nos cenários de parto vaginal e parto cesariano;
- b) Identificar os fatores que contribuem ou interferem para a realização das boas práticas associadas à Hora Dourada;
- c) Compreender a percepção de profissionais da saúde relacionada às boas práticas no parto e nascimento.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Hora dourada: o que dizem as evidências

Durante o parto e nascimento, período de importante vulnerabilidade materna e neonatal, ainda é encontrado um alto número de morbimortalidade, caracterizadas por elevados casos de hemorragia pós-parto, asfixia neonatal e prematuridade. Medidas têm surgido para diminuir os índices de mortalidade nesse grupo, como a instituição de protocolos e treinamentos, com foco nas condutas baseadas nas melhores evidências científicas. Diante disso, os olhares na atenção ao parto e nascimento são voltados, em sua grande maioria, para o cuidado materno, de maneira que o cuidado neonatal continue fragilizado e deficiente, razão de ainda existir o alto número de morbimortalidade neonatal precoce e tardia. Medidas consideradas baratas, benéficas e fáceis de serem implementadas foram surgindo, como a hora dourada, ou “Golden hour”, que consiste em aumentar a sobrevida do neonato praticando três atos durante a assistência, de modo que beneficie a curto, médio e longo prazo sua saúde (Brasil, 2013).

Em decorrência das mudanças no cenário de parturição atual, foi instituída a portaria nº1459 de 2011, que versava sobre a Rede Cegonha, que se apresentava como transformação necessária na saúde materno-infantil nas instituições de saúde, baseadas em evidências científicas, e na prática do parto humanizado, que insere a mulher e o bebê no centro do cuidado, priorizando seu protagonismo. Em seu escopo, há a ideia de que medidas que beneficiem a qualidade da assistência devam ser implementadas, como a permanência do recém-nascido junto à mãe de forma ininterrupta (Brasil, 2011).

Após a ampliação da Rede Cegonha no Brasil, surgiu um projeto de aprimoramento e inovação no cuidado e ensino em obstetrícia e neonatologia, denominado de APICE-ON, em 2017. O objetivo desse projeto é melhorar a formação profissional, em conjunto à gestão, em relação aos fatores que dizem respeito ao parto, ao nascimento, e ao abortamento, proporcionando a inclusão de modelos que visem as boas práticas da atenção, garantia de direitos, humanização e segurança na assistência que é prestada.

Estima-se que, no mundo, mais de 2 milhões de recém-nascidos morrem a cada ano, sendo a asfixia neonatal uma das grandes colaboradoras para esse índice.

Entretanto, as mortes neonatais também dizem respeito a condição de assistência que foi prestada ao recém-nascido e à parturiente no momento do parto e nascimento (UNICEF, 2019).

Com isso, a hora dourada mostra sua importância, pois consiste em realizar o clampeamento tardio do cordão umbilical, com a finalidade de aumentar a oxigenação cerebral do recém-nascido, fornecendo um adequado volume de sangue e de reservas de ferro ao nascimento. Além disso, a hora dourada também se caracteriza por realizar o contato pele a pele por, no mínimo, uma hora no pós-parto, garantindo assim que seja iniciada a amamentação de forma precoce, formando assim o tripé da prática na atenção obstétrica e neonatal. Se o “Bebê nasceu chorando?”, “está com tônus muscular em flexão?”, “é a termo?”, o clampeamento do cordão deve ser tardio, e o bebê deve permanecer em contato pele a pele, e iniciar a amamentação o mais precoce possível (Brasil, 2013).

Define-se contato pele a pele aquele que, imediatamente após o nascimento, permaneceu no tórax materno, despido, ativo e reativo, de bruços, por um tempo de sessenta minutos, sem interrupções (Brasil, 2013). O clampeamento oportuno do cordão umbilical é aquele realizado entre o 1º e 3º minuto de nascimento, no recém-nascido com boa vitalidade, e acima de 34 semanas de idade gestacional (SBP, 2022).

Apesar dos benefícios comprovados por meio de evidências científicas, a prática da amamentação ainda está muito aquém do recomendado pela literatura. De acordo com o que está estabelecido pela Assembleia Mundial de Saúde, no qual enfatiza a meta de, pelo menos, 50% dos recém-nascidos menores de seis meses sejam amamentados de forma exclusiva até 2025, a maior parte dos países ainda não conseguiu alcançar os números desejáveis. No Brasil, apesar dos avanços, os resultados ainda não são satisfatórios, e a amamentação exclusiva até o 6º mês e sua manutenção até o 2º ano de vida ainda não conseguiram alcançar as metas preconizadas, mesmo com a ampliação da prática, e o aumento bastante significativo dos indicadores de aleitamento materno (Victora *et al.*, 2016).

Com vistas a resgatar o direito que a mulher tem de amamentar, e diminuir a taxa de morbimortalidade neonatal, foi lançada, em 1991, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). A IHAC é uma iniciativa a nível global da Organização Mundial da Saúde (OMS), que dispõe oferecer o melhor início de vida para todos os recém-nascidos, com base na promoção do aleitamento materno, credenciando os hospitais

que adotam práticas que apoiam o início da amamentação. O IHAC possui dez passos para o sucesso do aleitamento materno, que consistem em oferecer apoio às gestantes e puérperas acerca do aleitamento materno, colaborando com a prática do contato pele a pele para o início precoce na primeira hora após o nascimento, como disposto no quarto passo da iniciativa (Brasil, 2009).

É sabido que a pressa pela abreviação do cuidado em centros de partos é algo presente no cotidiano, e que a demanda pela realização de partos normais nos centros de saúde torna algumas práticas benéficas inviáveis. Entretanto, com a publicação da resolução Nº 36, de 2008, que regulamenta o funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal, com ênfase na qualificação, na humanização da assistência, e no controle e redução dos eventuais riscos, houve a possibilidade de construção de locais destinados ao cuidado integral à mãe e bebê, sem interrupção, como os quartos PPP (trabalho de parto, parto e puerpério) (Brasil, 2008).

Em um estudo publicado em 2020, que analisou os dados da pesquisa nascer no Brasil (2014), e da avaliação da Rede Cegonha (2017), é enfatizado que, embora as taxas de cesarianas tenham se mantido altas nas duas pesquisas (44%), as boas práticas relacionadas a hora dourada, como contato pele a pele e amamentação na primeira hora, tiveram um significativo aumento na prevalência, com um crescimento de 140% e 82%, respectivamente (Gomes *et al.*, 2020).

Em consonância ao exposto, as intervenções consideradas rotineiras e desnecessárias foram reduzidas, como a aspiração das vias áreas do recém-nascido sem indicação de realização do procedimento. Gomes *et al.* (2020), no estudo que objetivou comparar as duas pesquisas, como o nascer no Brasil e a Avaliação da Rede Cegonha, evidenciaram uma melhora na assistência ao Recém-nascido, com base nas boas práticas preconizadas para o nascimento, em especial para o contato pele a pele e a amamentação na primeira hora de vida. Cabe ressaltar que as melhorias na assistência só puderam ser alcançadas devido a mudança no modelo de atenção à parturição, que pautam sua assistência clínica nas evidências mais atuais e concretas acerca do assunto.

Em relação à realização da Hora Dourada na cirurgia cesariana, evidências apontam que bebês nascidos por essa via não adquirem contato com a microbiota materna, demoram um pouco mais para iniciar a amamentação, e na maioria dos casos tendem a ter o clampeamento precoce de cordão. Contudo, a prática torna-se

inviável em casos em que houve uma emergência na abreviação do parto, deixando claro que não é realizada rotineiramente nos partos cesarianos. Cabe ressaltar que, de acordo com a OMS e o MS, se o bebê nasceu bem por via cesariana, e respondeu adequadamente às questões propostas, e não apresenta nenhuma contraindicação para seguir os passos da Hora Dourada, ele deverá permanecer em contato pele a pele com a mãe, ainda em sala de cirurgia (Guala *et al.*, 2017).

Em um estudo que objetivou examinar o aspecto “contato pele a pele na pós cesariana” com mãe ou pai, relacionando a prática ao início precoce da amamentação, a partir de uma amostra de 252 mulheres, evidenciou que 57,5% dos partos analisados tiveram contato pele a pele de recém-nascido com a mãe, e 17,5% com o pai. Em contrapartida, 25% não realizaram o contato pele a pele, e nem iniciaram a amamentação precoce, concluindo que a cesariana possui entraves para o início da amamentação, e que dificuldades como separação para realizar intervenções como aspiração das vias aéreas e secagem, muitas das vezes sem necessidade de realização, foram possíveis fatores que interferiram nesse processo em sala de cirurgia, excluindo os fatores maternos, como efeitos da anestesia e emergências obstétricas evidentes (Guala *et al.*, 2017).

A prática do clampeamento do cordão umbilical, ou pinçamento do cordão, sofreu transformações históricas e, de acordo com dados contidos no protocolo do Ministério da Saúde (2013), nos primórdios da ciência, a prática era realizada de forma tardia, beneficiando os nascituros. Contudo, com o avanço da medicina tecnocrática, e biomédica, permeada pelas diversas intervenções, essa prática passou a ser precoce, com o intuito de abreviar o tempo de permanência de mãe e bebê sob os cuidados médicos. Entretanto, as evidências científicas eram deficientes, e não demonstravam os riscos e benefícios de manter a prática de secção precoce do cordão umbilical.

Sharma (2017) afirma que o clampeamento do cordão umbilical, quando realizado de forma tardia, ainda é capaz de realizar uma transfusão sanguínea importante da placenta para o recém-nascido, tornando a prática do clampeamento tardio do cordão em recém-nascidos com boa vitalidade recomendada no consenso. O pinçamento precoce ou imediato do cordão só está reservado aos casos em que o bebê necessite de reanimação neonatal. É afirmado que o pico de concentração da bilirrubina foi considerado maior em recém-nascidos que tiveram o clampeamento

tardio do cordão, quando comparados aos recém-nascidos com a prática realizada de forma precoce, antes dos 30 segundos.

Em uma revisão sistemática da Cochrane, publicada em 2013, cujo objetivo principal era determinar as características maternas e neonatais frente ao clampeamento do cordão, foi constatada que há uma transfusão placentária para o feto, girando em torno de 30% de sangue adicional, e 60% glóbulos vermelhos a mais. Porém, isso é influenciado pelo tempo de clampeamento e pelo nível como o recém-nascido é segurado, se é acima ou abaixo do abdome da mãe. De acordo com o Ministério da Saúde (2013), sabe-se que há uma influência direta entre a posição de permanência do recém-nascido sobre a mãe, e a transfusão sanguínea da placenta para o bebê nos primeiros minutos pós-parto (Mcdonalds *et al.*, 2013).

Em consonância ao clampeamento tardio do cordão, o contato pele a pele entre mãe e bebê na primeira hora de vida possibilita maior vínculo, garantindo que, ao toque de pele a pele, sejam realizadas trocas de flora bacteriana materna para a pele do bebê, menor incidência de hipotermia, e início precoce da amamentação. O bebê deve ser colocado despido ao colo materno, de modo que todos esses benefícios possam ser adquiridos. Ao realizar a prática do contato pele a pele, o bebê desperta o reflexo de sucção e busca ativa do seio materno, que consiste em mecanismo fundamental para o início e sucesso da amamentação. Levando em consideração que a frequência de mamada e sucção do bebê seja fundamental para a produção de leite materno, seu início precoce alcança resultados satisfatórios se praticado na primeira hora de vida (Brasil, 2013).

5.2 Referencial Teórico: a Fenomenologia e o Cuidado da Enfermagem

A fenomenologia, enquanto fundamento e método filosófico na perspectiva da saúde, é caracterizada como um olhar efetivo das experiências que se relacionam à saúde e a doença nos indivíduos, de forma que é vivenciada em diversos cenários de assistência, constituindo-se uma alternativa de investigação. A utilização do referencial teórico fenomenológico vem construindo conhecimento e desenvolvimento nos campos da saúde, em especial à enfermagem, quando é proposto uma abordagem qualitativa em pesquisas científicas (Jesus *et al.*, 2013).

Para Borba (2010), é importante reforçar que a fenomenologia une as pessoas e perspectivas de diferentes áreas do conhecimento, de forma que possa ser

observada em várias práticas profissionais, sendo necessário o entendimento da fenomenologia como uma atitude intelectual e não apenas como método.

De acordo com a concepção teórica metodológica da fenomenologia através da visão de Alfred Schütz (2008), a realidade social é pautada no significado dos atos praticados pelos sujeitos, de forma a basear-se na intencionalidade e intersubjetividade. Portanto, é essencial compreender as estruturas fundamentais constituídas pela realidade evidente e inquestionável para o ser humano, denominada de mundo cotidiano, que torna viável a construção social dos sujeitos de modo a interferir e influenciar as suas relações. Esse mundo é o cenário onde o ser humano está inserido, envolto de intersubjetividade, onde há convivência e coexistência entre os indivíduos, de modo que o sujeito se torna aliado às diferentes relações na sociedade, entendendo e sendo entendido através delas.

Para Edmund Husserl, na obra *A ideia de fenomenologia* (1989), a fenomenologia busca estudar as essências ao descrever um fenômeno, de forma a compreender como as coisas são e como elas se manifestam. Ao estudar o ser humano, a fenomenologia procura compreender o homem e como ele vivencia suas experiências. Através da intencionalidade da consciência, os atos, os gestos, seus hábitos ou qualquer outra ação do homem possui uma certa significância. O pesquisador busca entender o fenômeno da forma como ele se apresenta, levando em consideração seus significados e suas relações. Portanto, a consciência é um objeto fundamental da abordagem fenomenológica, pois nos mostra os objetos, reais ou irreais, que entramos em contato no cotidiano. Assim, essa abordagem de compreensão está intimamente ligada ao sentido que os fenômenos têm para nós, enquanto sujeitos que os vivenciam.

Algumas ferramentas capazes de encontrar a essência da abordagem são definidas como descrição fenomenológica, redução fenomenológica e interpretação fenomenológica. Cada uma possui uma característica, onde a descrição retrata a experiência consciente do indivíduo que está sendo pesquisado através do interesse em compreender os fatos, enquanto a redução fenomenológica capta a essência, e a interpretação do fenômeno é onde o pesquisador entende o sentido da existência do objeto que está sendo pesquisado através de significados ou categorias (Carvalho, 2019).

Para Martin Heidegger, filósofo alemão que estudou a fenomenologia com base em Husserl, o conceito de fenomenologia está na intimidade entre o homem e

suas vivências, onde a experiência revela o modo de ser do sujeito no mundo, no cotidiano, estando localizada no tempo e espaço. Então, a partir dessa perspectiva, a fenomenologia tem elementos fundamentais para compor a pesquisa em enfermagem, diante da relação entre a prática do cuidado a outro ser e a própria enfermagem, demonstrando uma forte relação entre eles. O conceito de Heidegger possibilita o desvelamento do sentido que os fenômenos possuem, permitindo a compreensão das experiências que o outro vive, atribuindo e contemplando valores e significados subjetivos e singulares que os indivíduos têm a respeito de suas vivências (Souza *et al.*, 2018).

O homem, enquanto ser subjetivo, interpreta o cenário onde se insere de acordo com seus próprios interesses, desejos, ideologia e religião. Para a enfermagem, o cuidado é uma ação social que envolve atos, comportamentos e atitudes que estão estritamente relacionados à saúde e doença, de forma que sua dimensão é vivida na legitimidade da vida humana, podendo se transformar de um indivíduo a outro. Portanto, o cuidado requer que seja estabelecida uma relação de proximidade entre sujeitos, de forma a haver um envolvimento entre eles, considerando a relevância da essência humana e as novas maneiras de olhar o cuidado. A fenomenologia permite que o sujeito expresse o significado subjetivo de sua ação, através de suas próprias concepções. Ao utilizar a fenomenologia na construção de um estudo qualitativo, o sujeito é inserido no contexto de suas próprias experiências pregressas de forma a remetê-las ao seu futuro, com a finalidade de compreender um fenômeno que está sendo investigado (Jesus *et al.*, 2013).

A forma de cuidar que a enfermagem exerce aos seus pacientes implica em conhecer e compreender o processo saúde-doença, elaborando planos de cuidados baseados nas suas necessidades físicas, emocionais, espirituais, sociais, etc. Portanto, a reflexão da existência, da vida, do nascimento, da morte, da dor, faz parte de uma filosofia, que se associa à ciência da enfermagem. Desta forma, precisamos reconhecer, enquanto profissionais de enfermagem, que a filosofia é um caminho que precisa ser trilhado na práxis da profissão. Considerando o que foi exposto, devemos entender que a utilização da abordagem fenomenológica em uma pesquisa na área da enfermagem possibilita a compreensão do outro enquanto ser (Souza *et al.*, 2018).

De acordo com o pensamento Heideggeriano, torna-se possível compreender, interrogar e criticar a nossa própria existência. O que pode se tornar

manifesto, produzido, sentido, faz parte da possibilidade ontológica, que nos permite observar as coisas e suas maneiras de se manifestar. O ser é tudo aquilo que pode atribuir sentido às coisas. O ente é aquilo que pode ser definido, entendido, manifestado. Heidegger, então, apresenta o termo *Dasein*, ou Ser-Aí. O ser humano, que é tanto Ser quanto Ente, pode compreender a si mesmo enquanto ser-no-mundo, de forma a entender suas concepções e vivências (Heidegger, 2004).

O investigador que utiliza a fenomenologia, possui uma intencionalidade com o objetivo de interrogar tal qual um objeto se apresenta, e qual o significado que ele transmite. Na enfermagem, a fenomenologia possui a característica de desvelar o que está obscuro no cuidado, com a finalidade de compreender, ou entender, o Ser e suas vivências no mundo (Almeida *et al.*, 2009). Essa abordagem foca no sentido que as vivências têm para as pessoas, através do conhecimento que há sobre um determinado objeto, de forma que possibilita compreender e interpretar o que é manifestado pelos fenômenos da realidade (Terra *et al.*, 2006).

Com base nesse contexto, este estudo utilizará a fundamentação teórica baseada na Fenomenologia de Martin Heidegger, por considerar as experiências dos indivíduos frente as manifestações dos fenômenos, e como estes se apresentam para eles. Essa reflexão permite entender que os profissionais de saúde podem atribuir sentido às coisas, da mesma forma que podem refletir e compreender suas próprias ações, refletindo no cuidado que entregam ao outro.

6 MATERIAL E MÉTODOS

6.1 Tipo de estudo

Estudo descritivo, de metodologia mista, que envolve componentes da pesquisa quantitativa e da pesquisa qualitativa. Luciani *et al.* (2019) afirmam que o uso de métodos mistos permite uma descrição mais abrangente e holística de fenômenos dos campos sociais e da saúde, além de fornecer subsídios para desenvolver e avaliar intervenções complexas, permitindo explicações mais aprofundadas no seu contexto.

De acordo com Paranhos *et al.* (2016) a utilização de métodos quantitativos nas pesquisas permite o manuseio de números e indicadores para revelar informações úteis e de maneira rápida e confiável, com base em muitas observações. A utilização de métodos qualitativos recorre de informações das próprias concepções dos entrevistados, por meio de uma entrevista aberta, de modo que forneça uma perspectiva diferente sobre o tema que será abordado. Entretanto, é apontado que a utilização de cada um dos métodos supracitado, de forma isolada, tem potencialidades e limitações, de forma que sua abordagem tem finalidades distintas. Portanto, a utilização dos dois métodos neste estudo possui uma vantagem de obter o melhor de cada um, com o objetivo de responder uma indagação específica.

O estudo de métodos mistos promove o entendimento sobre um fenômeno de escolha, a partir de uma abordagem da qual não seria possível alcançar seu objetivo de estudo apenas com uma forma única e isolada, seja quantitativa, seja qualitativa. Com a definição de uma proposta de pesquisa moldada para a utilização do método misto, este estudo utilizou a proposta Explanatória Sequencial, que se caracteriza na coleta e análise de dados quantitativos em uma primeira fase, seguida pela coleta e análise dos dados qualitativos em uma fase posterior (Luciani *et al.*, 2019). Desta forma, a parte qualitativa do estudo emergiu da necessidade de aprofundar os resultados quantitativos.

Destaca-se que foi utilizado o referencial teórico da fenomenologia que busca compreender o fenômeno que está em investigação, do qual se desenvolve através da singularidade dos sujeitos, com o objetivo de interrogar tal qual um objeto se apresenta, e qual o significado que ele transmite.

6.2 Cenário da pesquisa

O estudo foi desenvolvido no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, Unidade Materno Infantil (HUMI). O HUMI é um órgão da administração pública federal, reunindo ensino, pesquisa e extensão na área da saúde, sendo considerado, também, como um hospital de alta e média complexidade. O HUMI atua em consonância aos princípios do Sistema Único de Saúde, no que diz respeito a Universalidade, Igualdade, e Integralidade do cuidado.

O hospital possui certificações que lhe conferem como qualificado para o atendimento prestado à saúde, como "Hospital amigo da criança", "Hospital referência para o atendimento às gestantes de alto risco", além da adesão à Rede Cegonha, proporcionando o aprimoramento das boas práticas de atenção ao parto e nascimento, nos campos da obstetrícia e neonatologia.

Em relação a estrutura organizacional, o HUMI possui 18 leitos para internação de Gestantes de alto risco, 10 leitos de pré-parto, 65 leitos de alojamento conjunto, 10 leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Canguru, 12 leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Convencionais e 20 leitos de Unidade de Terapia Intensiva, com cuidados voltados ao cuidado com recém-nascidos. É importante destacar que, no pré-parto, além dos leitos mencionados para a assistência ao parto vaginal, há quatro berços destinados aos recém-nascidos que necessitam de manobras de reanimação.

O Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA) é um centro de pesquisa e de ensino para a formação de profissionais na área de saúde e áreas correlatas, campo de ensino para alunos da graduação e residentes nas diversas áreas de concentração, e tem por objetivos a prestação de serviços assistenciais à comunidade em todos os níveis de complexidade, em especial na alta complexidade, além de ser o campo de ensino para o aprimoramento da qualidade acadêmica e científica dos profissionais.

6.3 Participantes do estudo

Abordagem quantitativa: a população foi composta por parturientes assistidas durante o parto e nascimento, no centro obstétrico. Os dados foram provenientes dos prontuários de mães e recém-nascidos, bem como impressos

específicos do centro obstétrico e alojamento conjunto, de forma a obter de dados sobre a assistência associadas à Hora Dourada.

Abordagem qualitativa: compuseram a amostra diversos profissionais inseridos no cenário de parto e nascimento (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e residentes) com a finalidade de compreender, por meio do discurso e das vivências de cada um, a realização da hora dourada, além do entendimento da prática na qualidade de vida materna e neonatal.

6.4 Critérios de inclusão

Para a abordagem quantitativa, incluíram-se dados de puérperas e recém-nascidos contidos em prontuários eletrônicos, ou formulários próprios do centro obstétrico, como planilhas de indicadores e fichas de parto seguro, observando aspectos sociodemográficos, do pré-natal, obstétricos (paridade, comorbidades, entre outros), do nascimento (APGAR no 1º e 5º minuto, tempo de secção do cordão, contato pele a pele, ou amamentação de início precoce). Para os dados obstétricos, levamos em consideração para o estudo apenas os partos normais ou cesarianos com idade gestacional > 37 semanas;

Para a abordagem qualitativa, incluíram-se os profissionais da enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) e médicos (obstetras e pediatras), além de residentes de ambas as categorias profissionais, que atuavam na assistência direta a mãe e filho, de forma a compreender os aspectos relacionados à hora dourada dentro da maternidade. Além disso, foram inseridos profissionais com mais de seis meses de atuação no setor, de forma a entender que esse tempo proporcione maior experiência com a prática no centro obstétrico, observando as fragilidades e potencialidades da Hora Dourada neste cenário.

6.5 Critérios de exclusão

Foram excluídos dados de prontuários incompletos, que dificultassem o acesso aos dados essenciais do parto e nascimento; dados de parturientes que evoluíram para óbito fetal, abortamento, ou gemelares, além da ausência de pré-natal; Dados de parto cesariano de emergência, que evoluíram para desconforto respiratório em recém-nascido, ou encaminhamento para Unidade de Terapia Intensiva Neonatal;

Dados de parturientes com comorbidades que inviabilizem a amamentação, como puérperas que convivem com o HIV/AIDS.

6.6 Delineamento do estudo: abordagem quantitativa

6.6.1 População e amostra

Para o cálculo amostral foi utilizada a fórmula Amostragem Aleatória Estratificada com Alocação Proporcional para a população conhecida, baseando-se nas seguintes informações:

a) Estimativa de 1456 parturientes assistidas no período de janeiro a maio de 2021, com base na planilha de indicadores de parto e nascimento para o mesmo ano (visto que os dados do ano de 2022 ainda estavam incompletos), considerando 02 estratos (parto normal e cesariano). O tamanho da amostra foi calculado através do seguinte procedimento: foi atribuído um $\alpha = 5\%$ e margem de erro de 0,05. Como a proporção era desconhecida foi atribuído um $p=0,85$

Fórmula do tamanho da amostra com alocação proporcional:

$$n = \frac{\sum_{h=1}^H \frac{N_h^2 \cdot \hat{p}_h \cdot \hat{q}_h}{w_h}}{\frac{N^2 \cdot E^2}{Z_{\alpha/2}^2} + \sum_{h=1}^H N_h \cdot \hat{p}_h \cdot \hat{q}_h} \quad w_h = \frac{N_h}{\sum_{k=1}^H N_k} = \frac{N_h}{N}$$

Fórmula da alocação proporcional

$$nh = \frac{N_h}{N} \cdot n$$

Desta forma, N= Total de partos; Nh= Total de partos em cada estrato; $\hat{P}$ = Proporção estimada; $\hat{q}=1-\hat{P}$; n= Tamanho da amostra; nh= Tamanho da amostra em

cada estrato. sendo E um limite de erro de estimação de P , que satisfaz: $P(|P - \hat{P}| \leq E) = 0,95$, com $\hat{p}$ sendo um estimador de p .

Considerando o cálculo amostral em dois estratos (partos normais + partos cesarianos), obteve-se uma amostra de 180 partos para o estudo.

6.6.2 Técnicas e Instrumentos

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário (apêndice A) contendo informações referentes aos dados de identificação (aspectos sociodemográficos, história obstétrica, parto e nascimento) e um check-list composto por uma lista de boas práticas que conduzem ao parto e nascimento humanizados, contendo informações sobre tempo de clampeamento do cordão umbilical, contato pele a pele, amamentação na primeira hora, e índice de APGAR nos primeiros minutos, além do peso ao nascimento, formulado a partir das diretrizes nacional de assistência ao parto normal, e das recomendações da OMS, para condução do parto normal e da lista de verificação da OMS para partos seguros. Esses documentos foram selecionados por constituírem as boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento.

Para o preenchimento do questionário e do *checklist*, foram investigados prontuários de parturientes e as informações dos prontuários e registros gerados por instrumentos já implantados, que são a planilha de produção do centro obstétrico e a ficha de monitoramento dos recém-nascidos, que são aplicados de modo individual para todas as mulheres no setor de pré-parto.

A coleta de dados quantitativos ocorreu entre os meses de setembro de 2022 e janeiro de 2023.

6.6.3 Análise dos dados

Para os dados, foram elaborados bancos de dados em planilhas no *Microsoft Excel* que foram submetidos a análise estatística descritiva quantitativa com cálculo de médias, medianas, desvio padrão e qualitativa com cálculo das frequências absolutas e relativas, entre outras descrições apropriadas para cada variável estudada. Os dados digitados no Excel foram exportados, posteriormente, para sua utilização no *Minitab* versão 14.

6.7 Delineamento do estudo: abordagem qualitativa

De acordo com Minayo (2012), a pesquisa qualitativa aborda a compreensão de um fenômeno, ou experiência, a partir da subjetividade do indivíduo. Cabe ressaltar que toda compreensão é parcial, tanto a do pesquisador quanto a do pesquisado, de forma que seja necessário entender as contradições, e interpretá-las de forma a elaborar as possibilidades encontradas em consonância ao que foi compreendido. Isso é possível a partir da elaboração de uma pergunta problematizadora, de forma a delinear as estratégias de campo, e equipar-se de fundamentos teóricos e hipóteses na busca de compreender os significados atribuídos pelo entrevistado.

Este estudo seguiu o *Consolidated criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) na abordagem qualitativa, de forma a orientar a sua estrutura metodológica. Além disso, como abordado anteriormente, optou-se por utilizar a abordagem fenomenológica para fundamentar a discussão.

6.7.1 Amostra

Em relação ao número de entrevistas, esse aspecto foi definido na coleta de dados de modo a obter a saturação dos dados que, de acordo com Minayo (2010), acontece no momento que os discursos são suspensos quando as informações são repetidas, e não há elementos novos para serem analisados.

O processo de amostragem por saturação, em pesquisas qualitativas, é utilizado para determinar quando o pesquisador deve encerrar a coleta de dados. Para que houvesse a constatação da saturação dos dados, a coleta e análise dos dados se deu de forma concomitante, o que permitiu conhecer o número necessário de entrevistas que puderam atingir ao objetivo principal deste estudo.

Conforme explicado por Falqueto *et al.* (2018), este estudo seguiu os seguintes critérios para determinar a saturação dos dados: em um primeiro momento, ocorreu a definição das categorias de análise, ou seja, quais os conceitos que tem a melhor representação do fenômeno investigado (compreender a vivência da hora dourada por profissionais de saúde, bem como os pontos que facilitam e os que dificultam a realização); posteriormente, foi definido o roteiro de pesquisa, como a entrevista semiestruturada, e a definição de como organizar a amostra; em seguida,

foi realizada uma codificação dos dados, após a transcrição de cada entrevista, com o objetivo de explorar cada ponto abordado, antes de iniciar a próxima entrevista; dessa forma, realizou-se anotações que permitiram uma primeira visualização dos elementos analisados, buscando entender o ponto onde a coleta de dados já poderia ter alcançado o objetivo proposto; por fim, confirmou-se a saturação por meio da análise das últimas entrevistas realizadas, onde houve a confirmação de que não houveram pontos novos para serem explorados nas falas dos participantes.

Nessa premissa, 21 profissionais foram convidados para participar do estudo. No entanto, realizou-se 17 entrevistas com profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem), que atenderam aos critérios de inclusão do estudo. Quatro profissionais se recusaram a compor a amostra.

6.7.2 Técnica e instrumentos

Para a realização da abordagem qualitativa foi realizada entrevista fenomenológica, com um roteiro voltado para questões associadas à hora dourada (APÊNDICE B), de modo que o entrevistado pudesse relatar suas percepções e vivências acerca do cuidado humanizado na Hora Dourada.

A entrevista levou em conta os aspectos condizentes à hora dourada, relacionados a potenciais problemas de implementação, os benefícios da prática quando bem implementada, e estratégias para minimizar interferências no cuidado, à assistência ao cenário de parto e nascimento.

A entrevista fenomenológica teve o objetivo de conhecer o vivido do ser humano através da compreensão, que foi desenvolvida através de um encontro estabelecido entre pesquisador e pesquisado. Conforme referencial teórico de Martin Heidegger (Heidegger, 2004), buscou-se a descrição ôntica e ontológica. A ôntica diz respeito ao fenomênico, ou seja, aquilo que se dá pelos significados e que é capturado nas entrevistas face a face, e que pode estar presente no sujeito entrevistado e no ambiente onde a entrevista acontece. A ôntica procura, então, algo conhecido através dos fatos. A ontológica expressa a interpretação dos fenômenos e relewa seus sentidos, de forma a transcender o comum, fundamentando-se na empatia e na intersubjetividade, pois procura algo desconhecido através do ser.

6.7.3 Coleta de dados

Para iniciar a coleta de dados, o pesquisador lançou mão de um teste piloto prévio, realizado no mês de janeiro de 2023, para verificar possíveis inconformidades no roteiro de entrevista semiestruturada, de modo a perceber pontos que poderiam ser modificados para chegar ao objetivo proposto do estudo, com posterior ajuste. Participaram do teste piloto, 7 profissionais de saúde das diferentes categorias profissionais (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem). Após as modificações no roteiro, e validação do pesquisador e orientadora por meio do teste piloto, deu-se início a etapa de coleta de dados. Cabe ressaltar que os profissionais que participaram do teste piloto não compuseram a amostra deste estudo.

A coleta de dados foi realizada em local previamente escolhido pelos participantes, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A). No momento do encontro, foi realizada a entrevista fenomenológica baseada em um roteiro semiestruturado, com as falas gravadas em um aparelho Smartphone, de modo a capturá-las na sua integralidade. A entrevista foi interrompida quando o entrevistado não apresentava novas vivências sobre o assunto, demonstrando a saturação dos dados.

A coleta de dados qualitativos ocorreu entre os meses de fevereiro e abril de 2023, após a coleta dos dados quantitativos, e validação por meio do teste piloto. No campo onde foi realizada a coleta de dados (centro obstétrico de uma maternidade pública do maranhão), o pesquisador obteve uma aproximação prévia com os participantes, de modo a explicar todo o objetivo do estudo, bem como os aspectos éticos envolvidos na pesquisa, reforçando o caráter sigiloso das entrevistas. Ressalta-se que os participantes foram abordados pessoalmente durante o turno de trabalho, em momentos oportunos, onde a conversa poderia fluir sem prejudicar a assistência prestada aos pacientes.

Após a conversa inicial, onde os participantes conheceram os objetivos e razões para o desenvolvimento da pesquisa, bem como o método que seria utilizado, eles foram convidados a escolher um local onde a entrevista pudesse ser feita apenas com o entrevistado e entrevistador. Todas as entrevistas ocorreram no local de trabalho, em salas escolhidas pelos participantes, no qual eles pudessem expressar suas subjetividades, sem a presença de terceiros. As entrevistas tiveram duração

média de 18 minutos, e foram interrompidas quando o participante havia expressado aquilo que considerava necessário. Não houve repetições das entrevistas.

Ao final de cada entrevista, ocorreram as transcrições e análises prévias das falas. Todas as entrevistas foram transcritas pelo pesquisador com a finalidade de esse ser um importante momento para revisitar o encontro com vistas à análise final. As falas foram transcritas na íntegra, possibilitando que a aproximação ao vivido fosse o mais fidedigno possível.

Ressalta-se que, ao final de cada entrevista, os participantes foram convidados a ouvir a gravação, oportunizando a complementação ou concordância, de forma que a escuta se caracterizasse como validação da entrevista para o estudo qualitativo.

6.7.4 Análise dos dados

Para a análise e interpretação dos dados, foi realizada a abordagem fenomenológica proposta por Martin Heidegger, do qual apresenta, em um primeiro momento, a análise compreensiva, e em seguida, a análise hermenêutica (Heidegger, 2004).

Na análise compreensiva, também denominada como compreensão vaga e mediana, buscou-se apreender aquilo que é expresso nas entrevistas, para construir as unidades de significação. Essa significação corresponde ao que é denominado de dimensão ôntica, que foi percebido através das exaustivas repetições das transcrições das entrevistas, de modo a compreender a sua manifestação, do que é anunciado, mas não se revela diretamente. Nesse momento, da compreensão vaga e mediana, buscou-se compreender os fatos que se apresentam no cotidiano (Paula *et al.*, 2012).

Com a escuta integral das entrevistas, sem interrupções, houve a transmissão do que foi falado, bem como a forma como o comportamento dos sujeitos foi observado, tais como silêncio, pausa nas falas, risos, entre outros. Esse momento necessitou de um envolvimento lógico, do qual possibilitou o entrevistador entender as estruturas essenciais que emergiram dos depoimentos.

Cabe destacar que, no momento da análise das unidades de significação, o entrevistador precisou suspender o conhecimento exterior, de forma a colocar de lado o julgamento que é inerente à condição de ser humano para, então, entrar em contato com o outro de uma forma mais pura, que é chamada de redução

fenomenológica, ou *epoché* (Capalbo, 1994). Dessa forma, ao reduzir os pressupostos, o pesquisador tende a considerar o que surge, além de apreender a essência absoluta das coisas, ou seja, acessar o seu sentido. A leitura atenta das transcrições, bem como a escuta do áudio dos entrevistados de forma repetida, teve como finalidade a compreensão dos significados que a hora dourada tem para os profissionais de saúde, e que foram expressos em cada frase, sem impor conhecimento prévio ao que era exposto. Ao compreender essa significação, realizou-se a interpretação.

Para Heidegger, o termo Hermenêutica é derivado de interpretação, e tem a tarefa de acessar o ser-aí (*dasein*) em seu caráter ontológico, de modo a desvelar os sentidos do ser que é mostrado a partir da compreensão vaga e mediana.

Esses dois momentos (análise compreensiva e Hermenêutica) estão sobrepostos um ao outro. Portanto, a compreensão interpretativa tem o objetivo de desvelar o fenômeno, que não é mostrado diretamente, havendo a necessidade de ir além do ôntico para, então, poder manifestar o sentido do ser. Dessa forma, o fenômeno não se mostra, mas está velado, necessitando de uma desconstrução, um desvelamento (Paula *et al.*, 2012). Heidegger (2004) revela que o sentido é aquilo que se articula a interpretação. Ou seja, a hermenêutica, segundo Heidegger, possibilita que os sentidos sejam interpretados.

6.8 Aspectos éticos

A pesquisa faz parte do projeto guarda-chuva “**Educação em saúde como ferramenta de ações para o cuidado e prevenção na integralidade e empoderamento no cuidado em saúde**”, que foi submetido à apreciação do CEP-HUUFMA, e aprovado com o parecer de número 5.527.974, atendendo os requisitos da resolução MS/CNS nº 466/12 e suas complementares.

7 RESULTADOS

7.1 Abordagem quantitativa

O estudo obteve um total de 180 prontuários pesquisados, que continham informações condizentes ao objetivo desta pesquisa, como dados sociodemográficos e obstétricos maternos, além daqueles que refletem a prática da hora dourada na maternidade analisada.

Inicialmente, foi analisado o perfil sociodemográfico das parturientes através das informações contidas nos prontuários. Considerando os dois cenários observados (parto vaginal X parto cesariano), a média de idade analisada foi de 24,8 para o primeiro, e 27,1 para o segundo (desvio padrão de 6,1 e 6,8, respectivamente), conforme tabela 1. Em relação a cor da pele autorreferida, 68,2% (n=75) das mulheres que foram submetidas à cesariana se autodeclararam pardas, número que foi semelhante ao observado no parto vaginal (65,7%), do qual 46 mulheres se autodeclararam pardas. Além disso, foi observado que a maior parte das mulheres nos dois cenários (parto vaginal e parto cesariano) apresentaram ensino médio completo (44,3% e 49,1%, respectivamente), não possuía companheiro (84,3% e 80%, respectivamente), estavam com idade gestacional entre 37 e 41 semanas (100%) e realizaram pré-natal (100%), em ambos os cenários avaliados.

Entretanto, apesar da totalidade de mulheres realizarem o pré-natal na maternidade avaliada, apenas 38,9% (n=42) das mulheres submetidas a parto cesariano realizaram seis ou mais consultas. Esse número foi menor quando observado o cenário de parto vaginal, que correspondeu apenas a 30% (n=21) das mulheres. Contudo, cabe mencionar que 44,3% dos prontuários analisados no cenário de parto vaginal estava sem registro desse dado.

Quando observado a paridade das parturientes, nos cenários de parto vaginal e parto cesariano, a maior parte era primípara (45,7% e 36,4%, respectivamente), e relatou não ter sofrido abortamento (74,3% e 71,8%, respectivamente). Ao observar as pacientes que relataram abortamento nos dois cenários (25,7% e 28,2%, respectivamente), os registros apontavam que a maioria teve apenas um aborto (100% e 83,9%, respectivamente). Com base nos registros, apenas uma paciente relatou ter sofrido três ou mais abortamentos (3,2%). É importante destacar que 7,3% (n=08) das mulheres submetidas a parto cesariano

apresentaram alteração em exame sorológico, no qual a sífilis foi a única Infecção Sexualmente Transmissível (IST) observada. Esse número foi de 2,3% (n=02) nas parturientes submetidas ao parto vaginal (Tabela 1).

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico e obstétrico das mulheres. Hospital Universitário. São Luís – MA (Brasil, 2023)

Variáveis	Tipo de parto atual			
	Vaginal		Cesariana	
	n	%	n	(%)
Tipo de parto	70	38,9	110	61,1
Idade (anos)	24,8 ± 6,1*		27,1 ± 6,8*	
Cor da pele				
Branca	15	21,4	21	19,0
Parda	46	65,7	75	68,2
Preta	03	4,3	07	6,4
Sem resposta	06	8,6	07	6,4
Escolaridade				
Não sabe ler e escrever	11	15,7	16	14,5
Ensino Fundamental	22	31,4	27	24,5
Ensino médio	31	44,3	54	49,1
Ensino superior	-	-	01	0,9
Sem resposta	06	8,6	12	10,9
Condição Marital				
Com companheiro	03	4,3	09	8,2
Sem companheiro	59	84,3	88	80,0
Sem resposta	08	11,4	13	11,8
Realização de pré-natal				
Sim	70	100,0	110	100,0
Número de consultas				
Abaixo de 6	18	25,7	30	27,8
Igual a superior a 6	21	30,0	42	38,9
Sem resposta	31	44,3	36	33,3
Gestações anteriores				
Uma	32	45,7	40	36,4
Duas	16	22,9	33	30,0
Três	12	17,1	22	20,0
Igual ou superior a quatro	10	14,3	15	13,6
Número de partos normais anteriores				
Um	15	44,1	16	61,5
Dois	09	26,5	09	34,6
Igual ou superior a 3	10	29,4	01	3,9

Parto cesariano anterior				
Um	02	100,0	23	54,8
Dois	-	-	14	33,3
Igual ou superior a 3		-	05	11,9
Teve aborto				
Sim	18	25,7	31	28,2
Não	52	74,3	79	71,8
Número de abortos				
Um	18	100,0	26	83,9
Dois	-	-	04	12,9
Três ou mais	-	-	01	3,2
Apresentou alteração em exame				
Sim	02	2,3	08	7,3
Não	68	97,2	102	92,7
Qual alteração				
Sífilis	02	100,0	08	100,0

*Média ± Desvio Padrão

Fonte: Elaborado pelo autor (2023)

Quanto a assistência ao parto, cerca de 61,1% (n=110) das mulheres assistidas na maternidade foram submetidas ao parto cesariano. Analisando apenas esse contexto ao qual as mulheres estão inseridas, observa-se que a principal indicação para o parto cesariano foi a interatividade (23,6%, n=26), seguida por sofrimento fetal (19,1%, n=21). Outras causas (20%, n=20), conforme citado na tabela 2, caracterizaram-se por ser vários fatores isolados, como falha de indução, recusa pela indução ao parto vaginal, e bem-estar materno alterado.

Em relação ao profissional que esteve à frente da assistência ao parto, observa-se que o profissional médico esteve presente na maioria dos partos realizados (parto vaginal e parto cesariano). Dos 70 partos vaginais observados, cerca de 77,1% deles foram assistidos por médicos residentes, percentual muito superior aos realizados pela equipe de enfermagem (apenas 4,3% foram realizados por residentes de enfermagem obstétrica). No cenário de parto cesariano, dos 110 partos observados, 86,4% foram realizados por médicos *staffs* e 13,6% por residentes de medicina.

A presença de acompanhante de livre escolha foi registrada em 81,4% dos partos vaginais e 51,8% dos partos cesarianos. Contudo, é importante destacar que 35,4% dos prontuários referentes ao parto cesariano não continham informação sobre a presença de acompanhante de livre escolha, o que indica que esse número pode ser maior do que o observado. A maior parte das mulheres não apresentou

sangramento anormal durante a assistência (87,1% no parto vaginal, e 76,4% no parto cesariano) (tabela 2).

Tabela 2 - Aspectos da assistência às mulheres durante o parto. Hospital Universitário. São Luís – MA (Brasil, 2023)

Variáveis	Tipo de parto atual			
	Vaginal n (%)		Cesariana n (%)	
Motivo do parto cesariano				
Hipertensão gestacional	-		14	12,7
Diabetes gestacional	-		14	12,7
Iteratividade	-		26	23,6
Apresentação pélvica	-		08	7,3
Sufrimento fetal	-		21	19,1
Crescimento intrauterino restrito	-		01	0,9
Outros	-		22	20,0
Sem resposta	-		04	3,6
Profissional que realizou parto				
Médico staff	10	14,3	95	86,4
Enfermeiro obstétrico	02	2,3	-	-
Residente de enfermagem	03	4,3	-	-
Médico Residente	54	77,1	15	13,6
Outro	01	1,4	-	-
Presença de acompanhante				
Sim	57	81,4	57	51,8
Não	03	4,3	14	12,7
Sem resposta	10	14,3	39	35,4
Presença de sangramento				
Sim	04	5,7	14	12,7
Não	61	87,1	84	76,4
Sem resposta	05	7,1	12	10,9

Fonte: Elaborado pelo autor (2023)

Em relação às características informadas nos prontuários acerca da condição de nascimento dos recém-nascidos, observa-se que o score de APGAR foi realizado em todos os bebês nascidos na maternidade, nos dois cenários avaliados (parto vaginal X parto cesariano), tanto no 1º minuto quanto no 5º. Cerca de 95,7% (n= 67) dos bebês nascidos pela via vaginal apresentaram APGAR acima de 7 no 1º minuto, e 100% (n=70) APGAR acima de 7 no 5º minuto. Esse achado difere pouco quando analisados os prontuários de bebês nascidos pela via operatória, do qual 80% (n=88) apresentaram APGAR acima de 7 no 1º minuto, e 100% (n=110) apresentaram

APGAR maior que 7 no 5º minuto. Além disso, a maior parte dos RNs apresentou peso entre 2501 e 4000 gramas (88,2% para o parto cesariano, 88,6% para o parto vaginal), e não apresentou malformação evidente (95,4% e 97,1%, respectivamente). O mecônio foi relatado em 21,8% (n=24) dos bebês nascidos pela via cesariana, e 15,7% (n=11) dos bebês nascidos pela via vaginal.

O clampeamento oportuno do cordão umbilical foi realizado de forma rotineira nos dois extratos, com maiores taxas observadas no parto vaginal. Considerando o benefício de realizá-lo de forma tardia, 87,1% (n=67) dos nascimentos via vaginal tiveram a prática realizada tardiamente, e apenas 61,8% (n=68) no parto cesariano, demonstrando que bebês nascidos por via vaginal tendem a ter taxas mais altas de realização dessa boa prática. Quando visualizamos os principais motivos para o clampeamento imediato do cordão, a tabela 3 mostra que a instabilidade neonatal foi o principal fator que interferiu nesse cuidado. Além disso, o estudo mostra que, apesar de muito frequente no cenário de parto cesariano, a instabilidade materna esteve presente em apenas 3,9% (n=02) dos casos de clampeamento imediato do cordão.

Considerando a prática de contato pele a pele na primeira hora de vida nos dois cenários observados, e de sua importância para a qualidade de vida do recém-nascido, os dados revelam que o cuidado foi mais frequente no parto vaginal, comparado ao parto cesariano. 87,1% (n=61) dos RNs via vaginal ficaram em contato pele a pele com a mãe, e apenas 29,1% (n=32) dos RNs via cesariana realizaram a prática. Em relação a esse percentual com relação ao tempo de permanência, a maior parte dos bebês nascidos por via vaginal esteve em contato por mais de 60 minutos (52,5%, n=32), comparados aos bebês nascidos por via cesariana, que permaneceram, em sua maioria, por menos de 05 minutos (56,3%, n=18). Apenas 6,3% (n=02) dos RNs via cesariana permaneceram em contato por tempo que variou entre 30 e 60 minutos. Além disso, cabe destacar que nenhum recém-nascido permaneceu em contato com a mãe por 60 minutos no parto cesariano. Esse dado demonstra que o contato pele a pele é muito passível de interferências (tabela 3).

Tabela 3 – Caracterização dos aspectos relacionados à hora dourada durante a assistência ao parto. Hospital Universitário, São Luís- MA (Brasil, 2023).

Variáveis	Tipo de parto atual			
	Vaginal		Cesariana	
	n	%	n	%
Clampeamento do cordão umbilical (CCU)				
Imediato	09	12,9	42	38,2
Tardio	61	87,1	68	61,8
Houve mecônio				
Não	59	84,3	86	78,2
Sim	11	15,7	24	21,8
Se CCU imediato, motivo				
Instabilidade materna	-	-	02	3,9
Instabilidade neonatal	08	88,9	39	92,1
contato pele a pele				
Sim	61	87,1	32	29,1
Não	09	12,9	78	70,9
Tempo de contato pele a pele				
Menos de 5 minutos	02	3,3	18	56,3
Entre 5 e 30 minutos	21	34,4	12	37,5
Entre 30 e 60 minutos	06	9,8	02	6,3
Acima de 60 minutos	32	52,5	-	-
procedimento atrasou o contato pele a pele				
Sim	35	50,0	108	98,2
Não	35	50,0	01	0,9
Sem resposta	-	-	01	0,9
Procedimento que atrasou o contato pele a pele				
Correção de laceração do períneo materno	17	48,6	-	-
Primeiros cuidados ao recém-nascido	12	34,3	63	58,3
Instabilidade de sinais maternos ou neonatais	05	14,3	32	29,6
Recusa	01	2,9	12	11,1
Sem resposta	-	-	01	0,9
incentivo ao aleitamento materno no contato pele a pele				
Sim	40	57,1	01	0,9
Não	15	21,4	90	81,8
Sem resposta	15	21,4	19	17,3
amamentação na primeira hora de vida				
Sim	57	81,4	33	30,0
Não	12	17,1	76	69,1

Sem resposta	01	1,4	01	0,9
Motivo da não amamentação				
Falta de incentivo do profissional	06	50,0	01	1,3
Realização dos primeiros cuidados ao recém-nascido	05	41,7	42	55,3
Instabilidade materna ou neonatal	01	8,3	12	15,8
Recusa	-	-	19	25,0
Sem resposta	-	-	02	2,6
transferência para outra unidade				
Não	70	100,0	109	99,1
Sem resposta	-	-	01	0,9
Apgar do recém-nascido no 1º minuto				
abaixo de 7	03	4,3	22	20,0
Igual ou acima de 7	67	95,7	88	80,0
Apgar do recém-nascido no 5º minuto				
Abaixo de 7	-	-	-	-
Igual ou acima de 7	70	100,0	110	100,0
Peso do recém-nascido (gramas)				
Entre 1501 e 2500	05	7,1	06	5,4
Entre 2501 e 4000	62	88,6	97	88,2
Acima de 4001	03	4,3	07	6,4
Malformações evidentes				
Não	68	97,1	105	95,4
Sem resposta	02	2,9	05	4,5

Fonte: Elaborado pelo autor (2023)

De acordo com a tabela 3, os principais motivos para a não permanência do recém-nascido com a mãe na primeira hora de vida, no parto cesariano, foram caracterizados por realização dos primeiros cuidados (58,3%, n=63), e instabilidade dos sinais maternos ou neonatais (29,6%, n=32). A recusa da mãe para a realização do contato foi referida por 11,1% (n=12).

No cenário de parto vaginal, onde há uma maior taxa de realização da prática, entre os bebês que tiveram a prática realizada abaixo do tempo preconizado (34,4% realizaram em menos de 30 minutos; 9,8% realizaram entre 30 e 60 minutos; 3,3% realizaram em menos de 05 minutos), a maior interferência diz respeito à correção de laceração perineal, do qual 48,6% (n=17) foram separados para essa finalidade.

Cabe destacar que um percentual significativo de bebês nascidos por via cesariana foi submetido a procedimentos nas vias áreas, sendo a aspiração a mais observada. Dos 110 nascimentos por essa via, 51,8% (n=57) tiveram as vias áreas aspiradas, 8,2% (n=09) usaram Ventilação por Pressão Positiva (VPP), e 14,5% (n=16) utilizaram CPAP. Além disso, dos RNs que necessitaram de procedimentos em vias áreas no parto cesariano, 7,3% (n=08) foram submetidos à aspiração, VPP e CPAP, de forma conjunta. Esse achado é bem diferente do observado no parto vaginal, do qual apenas 7,2% (n=05) dos bebês necessitaram de aspiração.

Os primeiros cuidados ao recém-nascido, que foram fatores com as maiores taxas de separação mãe-bebê no cenário de parto cesariano, são caracterizados por pesagem, administração de vitamina K, dados antropométricos e aplicação de nitrato de prata a 1%. Esses cuidados são realizados de forma rotineira em todos os bebês, embora sejam cuidados mediatos, que podem ser postergados após a primeira hora de vida.

Embora exista um bom percentual de realização do contato pele a pele no cenário de parto vaginal, os registros apontam que 21,4% (n=15) não foram incentivados quanto à prática. Esse número é ainda maior no parto cesariano, no qual 81,8% (n=90) não foram incentivados a iniciar a amamentação na primeira hora de vida. Contudo, apesar do baixo incentivo, a amamentação na primeira hora foi registrada por 30% (n=33) dos bebês no pós-parto cesariano, e 81,4% (n=57) no pós-parto vaginal.

Entre os motivos que levaram a baixa taxa de início da amamentação na primeira hora de vida, a realização dos primeiros cuidados ao bebê foi a principal causa de interferência no pós-parto cesariano, sendo registrado por 55,3% (n=42) dos prontuários maternos e neonatais, seguido por recusa materna (25%, n=19). No parto vaginal, a principal causa da não realização do cuidado foi a falta de incentivo do profissional (50%, n=06), seguido por realização dos primeiros cuidados ao recém-nascido (41,7%, n=05).

Os resultados quantitativos deste estudo demonstram que a prática da hora dourada tem sido realizada de forma frequente no parto vaginal, mas é infrequente no parto cesariano, e fatores como instabilidade neonatal, realização dos primeiros cuidados ao recém-nascido e recusa materna estão entre os principais motivos para a não realização do cuidado. Quando observada interferência na realização da hora

dourada no parto vaginal, os principais fatores que interferiram foram instabilidade neonatal, correção de laceração no períneo materno e falta de incentivo profissional.

No entanto, este resultado não torna possível aprofundar as compreensões humanas a respeito dessas dificuldades que são bem evidenciadas através dos dados quantitativos. É possível perceber o déficit da hora dourada no cenário avaliado, contudo, para que haja uma compreensão dos motivos que levam à baixa realização da hora dourada, bem como entender a vivência dos profissionais de saúde que estão diante desses problemas, tornou-se importante realizar a pesquisa qualitativa. A pesquisa qualitativa buscou responder, de forma complementar, os problemas que ficaram evidentes. Essa integração objetivou uma interpretação mais abrangente do fenômeno Hora Dourada.

7.2 Abordagem qualitativa

Com base na análise proposta por Martin Heidegger, que possui dois momentos metodológicos conhecidos como análise compreensiva e compreensão interpretativa ou hermenêutica, procurou-se, através deste trabalho, apreender os significados que foram atribuídos às vivências próprias mediante a intersubjetividade entre o entrevistador e depoente.

Os significados, ou sentidos, que a Hora Dourada possui para os profissionais, foram atribuídos através do acesso ao mundo próprio existencial de cada um, de forma a buscar o modo como percebem, sentem e vivenciam a sua cotidianidade. Aqui, para acessar o sentido subjetivo e o significado atribuído à hora dourada, utilizou-se a dimensão ôntica do fenômeno, conforme Heidegger descreve no livro *Ser e Tempo*.

O acesso aos significados e sentidos levou à interpretação, de modo que pudesse ser desvelado o que estava oculto, velado, escondido nas falas dos depoentes. Nesse momento, foi de fundamental importância buscar a manifestação dos fenômenos, dos quais foi possível elaborar um conjunto de significados, iguais ou diferentes, que foram atribuídos por cada um dos profissionais de saúde entrevistados. As unidades de significação (US) permitiram compreender qual o sentido dado pelos profissionais à hora dourada, bem como entender quais aspectos da vida cotidiana estão velados na prática, e que contribuem para as dificuldades na sua plena realização.

Após a construção das unidades de significação, tornou-se importante o questionamento: qual o fundamento desses significados/sentidos, e o que está velado nesse conjunto de dados/falas que foram apresentados?

Em relação aos aspectos de cada entrevistado, houve uma variação nas características pessoais e profissionais. 15 mulheres foram entrevistadas, cuja profissão variou de enfermeiras, técnicas e médicas, demonstrando um número superior de profissionais de saúde do sexo feminino na composição amostral dessa pesquisa. Apenas dois homens fizeram parte da amostra, ambos médicos. Quanto à faixa etária, houve uma variação de 25 a 60 anos de idade. O tempo de serviço no setor avaliado também teve grandes variações, que foram de seis meses a 10 anos de trabalho. Para facilitar a identificação das falas, usou-se as legendas “Enf” para enfermeiras, “Te” para técnicos de enfermagem e “Me” para médicos, seguidos do número que corresponde à ordem de realização da entrevista (Quadro 1).

Quadro 1 - Caracterização dos profissionais quanto à sexo, idade, profissão e tempo de serviço no centro obstétrico. Hospital universitário. São Luís, 2023.

Enf. 1	Tem 37 anos, é casada, enfermeira, formada há 15 anos, possui 2 vínculos empregatícios, e trabalha há 7 anos no centro obstétrico.
Enf. 2	Tem 25 anos, é solteira, enfermeira, formada há 1 ano e 3 meses, possui 1 vínculo empregatício, e trabalha há 6 meses no centro obstétrico.
Enf. 3	Tem 25 anos, é solteira, enfermeira, formada há 1 ano, possui 1 vínculo empregatício, trabalha há 1 ano no centro obstétrico.
Enf. 4	Tem 42 anos, é solteira, enfermeira, formada há 10 anos, possui 1 vínculo empregatício, trabalha há 6 meses no centro obstétrico.
Te. 1	Tem 41 anos, é solteira, técnica de enfermagem, formada há 15 anos, possui 1 vínculo empregatício, trabalha há 2 anos no centro obstétrico.
Te. 2	Tem 55 anos, é solteira, técnica de enfermagem, formada há 26 anos, possui 1 vínculo empregatício, trabalha há 5 anos no centro obstétrico.
Te. 3	Tem 44 anos, é casada, técnica em enfermagem, formada há 7 anos, possui 2 vínculos empregatícios, trabalha há 2 anos no centro obstétrico.
Te. 4	Tem 47 anos, é solteira, tem formação como Técnica de enfermagem e Enfermeira, porém o vínculo no hospital é de técnica de enfermagem, formada há 17 anos, possui 1 vínculo empregatício, trabalha há 7 anos no centro obstétrico.
Te. 5	Tem 45 anos, é casada, Técnica em Enfermagem, formada há 23 anos, possui 2 vínculos empregatícios, trabalha há 9 anos no Centro obstétrico.
Te. 6	Tem 53 anos, é casada, tem formação como técnica de enfermagem e enfermeira, porém o vínculo no hospital é de técnica em enfermagem, formada há 35 anos, possui 1 vínculo empregatício, trabalha há 8 anos no Centro Obstétrico.

Te. 7	Tem 50 anos, é casada, tem formação como técnica de enfermagem e enfermeira, porém o vínculo no hospital é de técnica em enfermagem, formada há 20 anos, possui 2 vínculos empregatícios, trabalha há 3 anos no centro obstétrico.
Te. 8	Tem 60 anos, é solteira, técnica de enfermagem, formada há 34 anos, possui 1 vínculo empregatício, trabalha há 10 anos no Centro obstétrico.
Me. 1	Tem 35 anos, é casada, médica, formada há 8 anos, possui 2 vínculos empregatícios, trabalha há 2 anos no centro obstétrico.
Me. 2	Tem 27 anos, é casada, médica, formada há 1 ano, possui 1 vínculo empregatício, trabalha há 1 ano no centro obstétrico
Me. 3	Tem 30 anos, é casado, médico, formado há 6 meses, possui 1 vínculo empregatício, trabalha há 6 meses no centro obstétrico.
Me. 4	Tem 38 anos, é casada, médica, formada há 9 anos, possui 3 vínculos empregatícios, trabalha há 1 ano e 3 meses no centro obstétrico.
Me. 5	Tem 39 anos, é solteiro, médico, formado há 12 anos, possui 1 vínculo empregatício, trabalha há 7 anos no centro obstétrico.

Durante a aproximação e entrevista aos profissionais de saúde, buscou-se realizar a redução fenomenológica, ou *epoché*. Nesse momento, ocorreu a aproximação do outro, do mundo subjetivo, e suas expressões para o vivido na assistência à hora dourada. Com base nisso, pôde-se compreender que o fenômeno “hora dourada” foi manifestado de acordo com sua vivência, ou representatividade por meio das seguintes Unidades de Sentido (US) (Quadro 2):

Quadro 2 - Unidades de sentido relacionadas às falas dos profissionais da saúde. Hospital universitário. São Luís, 2023.

Unidade de Sentido	Vivências
US1. As compreensões da Hora Dourada	A hora dourada é entendida como prática importante, que facilita o vínculo mãe e filho, e proporciona uma melhor qualidade na assistência materna e neonatal.
US 2. As Compreensões dos profissionais acerca das dificuldades para a realização da hora dourada	O cenário de parto cesariano é vivenciado como barreira para implementação da hora dourada na unidade de saúde, pois há fatores relacionados ao ambiente que dificultam sua plena realização. Entretanto, a vivência do parto vaginal, para os profissionais, reflete em uma maior oportunidade para implementar a prática, pois há uma notória facilidade nesse cenário.
US 3. A conduta profissional como barreira para a realização da Hora Dourada	Os profissionais vivenciam aspectos condizentes à intervenção rotineira, aos aspectos individuais e culturais relacionados à historicidade. A conduta profissional fragmentada e intervencionista é desvelada como um aspecto muito presente no cotidiano dos entrevistados.

7.2.1 US 1: As compreensões da Hora Dourada

O profissional de saúde, ao significar o seu vivido com a prática da hora dourada, enfatiza que se trata de um momento de vínculos, encorajamentos e benefícios imediatos. A vivência da prática se traduz com uma importância fundamental para o cuidado, pois contribui na fisiologia do processo, na formação de vínculo, e dá margem para que outras práticas tenham a mesma oportunidade de realização, com a amamentação, conforme falas a seguir:

“É o momento daquele primeiro contato mãe e bebê, o primeiro vínculo externo que a mãe vai ter com esse bebê... É aquela hora que ela realmente tem aquela conexão... que o bebê é dela, que tá do lado de fora.” (ENF.1)

“quando o bebê nasce bem, não tem problema nenhum em fazer a hora dourada, colocar em contato com a mãe, eu acho muito importante para ela e para o bebê.” (ME.1)

“esse vínculo é tanto emocional quanto físico, (pausa na fala) um misto de sentimentos, que traz benefícios tanto para a mãe quanto para o bebê.” (ENF.2)

“Eu vivencio esse momento como algo de grande importância, pois essa hora dourada veio para somar os nossos cuidados em relação ao bebê.” (TE.4)

“são aspectos importantes até para a dequitação da placenta, contração uterina, a formação do vínculo do bebê com a mãe, o estímulo precoce da produção do leite.” (ME.4)

O profissional de saúde entende que a realização desse momento é crucial para o cuidado, mas enfatiza que a não realização da hora dourada proporciona cuidados fragmentados, frágeis e, de certo modo, incompletos. O profissional que percebe a importância de orientação e estímulo, vivencia um cotidiano assistencial com maior qualidade:

“precisamos estar vigilantes em relação a essa prática, porque faz parte do parto [...], e que a ausência vai fazer a sua assistência ser realizada pela metade.” (ENF.2)

“assim que nasce a gente já conversa com a mãe sobre a importância de colocar em contato pele a pele.” (ME.3)

“Nem sempre o bebê nasce querendo mamar, mas é importante que ele tenha o contato com a mãe para que ele comece a ter habilidade na mamada.” (TE.6)

“aqui eu sempre percebo uma preocupação da equipe em promover a hora dourada. É como se a equipe entendesse que é necessário promover esse momento.” (ENF.4)

“eu percebo que essa hora dourada está sendo colocada em prática, e a gente têm batido na tecla sobre a importância desse momento, porque o bebê e a mãe precisam ter esse vínculo.” (TE.4).

As falas revelaram que é importante orientar sobre os benefícios de manter o bebê em contato com a mãe, e reconhece a necessidade de “*estar vigilantes em relação a essa prática*” (ENF2) e que eles “*têm batido na tecla sobre a importância desse momento*” (TE4). Essas proposições carregam consigo as possibilidades de compreender que o cuidado precisa ser vigilante e constante, pois há brechas que podem impedir a realização da hora dourada de forma correta, pois mesmo com a noção da importância e da vigilância, é necessário manter a constância para evitar a fragmentação do cuidado.

No entanto, os mesmos profissionais que enfatizam a importância de colocar mãe e bebê para realizarem a hora dourada, acabam por presenciar a indisponibilidade rotineira que é inerente ao próprio trabalho:

“Só que nem sempre há essa disponibilidade para acontecer. Quando acontece, a gente faz de tudo para não interromper... Antes tinha muita resistência na realização da prática, principalmente por parte da equipe não ter treinamento, capacitação, mas hoje a gente tem esse entendimento.” (TE.6)

“quando a gente consegue realizar a hora dourada é muito bom, pois a gente tem a sensação de dever cumprido, que você está fazendo o melhor para a mãe e para o bebê, embora nem sempre seja possível fazer isso (olhar desviado).” (TE.1)

Além disso, emergem nas falas a preocupação em manter a paciente confortável, considerar os desejos e receios que podem surgir na mulher assistida:

“Só que, a meu ver, necessita também a gente olhar o lado da mãe, as vezes ela fica toda suja, toda desconfortável.” (TE.6)

“Ela (mulher) está livre por um bom tempo, ela tem a opção dela de escolha, de dizer qual o momento dela, se ela entende, tem a percepção do que está acontecendo com ela.” (ENF.1)

“Eu, como médica, me preocupo também em relação à dequitação placentária, observar se a paciente está sangrando, então nem sempre eu consigo oferecer o apoio que a mãe e o bebê necessitam naquele momento.” (ME.1)

“Essa paciente pode estar ansiosa, nervosa... e algumas vezes elas próprias pedem para tirar, justamente porque elas não estão se sentido bem... Eu encaro isso como algo muito importante, observar o lado da mãe, direcionar a nossa atenção para ela. Se a mãe não está bem, como ela vai cuidar do filho?” (TE.3)

“Claro que é preciso que a equipe oriente a mãe, porque ela pode estar insegura em ficar com o bebê, e pedem para a acompanhante ficar.” (ME.2)

“No parto cesariano, a gente tem dificuldade no momento em que a paciente fica em uma posição desconfortável, ou a paciente se sente insegura de segurar o bebê dela.” (TE.5)

Desse modo, ao tentarmos acessar o sentido que o profissional de saúde atribui à hora dourada, é possível identificar a importância de realizar o cuidado, de fazer *“de tudo para não interromper”* (TE.6), de *“olhar o lado da mãe”* (TE.6), e de levar em consideração as intercorrências que podem surgir. Essas preocupações revelam a subjetividade com que cada um vivencia seu cotidiano, mas também podem relevar medos e anseios, especialmente quando é destacado que *“nem sempre seja possível fazer isso (a hora dourada)”* (TE.1), do qual foi possível observar, durante a realização da entrevista, os olhares que desviam no momento da fala, que podem caracterizar um receio em se aprofundar nos motivos que levam a impossibilidade de realizar o cuidado em momentos específicos.

A reflexão por trás da tarefa assistencial permeia na preocupação do modo como as consequências que determinadas condutas de um indivíduo podem incidir sobre o outro. Dessa forma, a vivência da preocupação com o bem-estar materno e neonatal repercute na percepção do profissional com o cuidado:

“Não é sempre possível por conta das intercorrências no parto, com o próprio recém-nascido, por conta de algum problema que ele tenha, (silêncio).” (TE.1)

“[...] dá para fazer, mas a gente fica meio tenso nessa hora (intercorrências).” (ME.1)

“as vezes o bebê nasce hipotônico, não reage, então tem toda essa preocupação de trazer para a sala de reanimação neonatal para fazer

aspiração, ou então o bebê é prematuro, e não pode ficar no contato pele a pele, então tem que ser retirado imediatamente.” (TE.3)

“Se o bebê nasce meconizado, com dificuldade para respirar, ele é trazido imediatamente para a sala de reanimação.” (TE.2)

“O contato pele a pele no parto cesariano depende muito de como o bebê vai nascer... a maioria dos bebês que nascem pela cesariana não nasce bem para ficar com a mãe.” (TE.6)

“Só não é feito imediatamente quando acontece alguma intercorrência com a mãe e o bebê.” (ENF.4)

Portanto, também é percebido que a necessidade de permanência na hora dourada acaba sendo fragilizada pelo medo ou receio de não intervir quando há alguma alteração no bem-estar materno ou neonatal. A preocupação com o bem-estar neonatal é percebida nas falas *“depende muito de como o bebê vai nascer”* (TE.6) e *“só não é feito imediatamente quando acontece alguma intercorrência”* (ENF.4), e podem significar dificuldades vivenciadas rotineiramente, e tendem a levar a interpretação de que se há qualquer alteração no estado vital do neonato, a hora dourada deve ser interrompida para realizar a sua estabilização.

Nessa compreensão, o profissional de saúde deste estudo se mostrou como *ser-profissional-de-saúde* que possui preocupações, anseios, mas que entende a necessidade de realizar a hora dourada de forma rotineira, apesar de vivenciar a “indisponibilidade” que pode ser inerente ao trabalho. O *ser-profissional-de-saúde* que vivencia a hora dourada revela a importância da autonomia da mulher, sobre o bem-estar dela, e também reconhece que a falta de orientação acerca da hora dourada ainda está presente, por isso é necessário a constante vigilância e treinamento da equipe para lidar com as dificuldades presentes no cotidiano do trabalho.

7.2.2. US 2: As compreensões dos profissionais acerca das dificuldades para a realização da hora dourada

Os profissionais de saúde revelam que a hora dourada é uma prática importante, mas que é comumente permeada por dificuldades para a sua realização. Entre as dificuldades relatadas, há o cenário de parto cesariano como fator que inviabiliza a prática, por ser um ambiente envolto de cuidados mais críticos, com uma quantidade maior de profissionais envolvidos no processo, o que torna a hora dourada um cuidado pouco realizado.

“A hora dourada é mais presente sem dúvida no parto vaginal. O parto cesariano a gente tem mais dificuldade, por ser um centro cirúrgico, de ter a técnica estéril, de ter toda a preocupação da equipe em relação ao pós-parto, se tem alguma contaminação... tem uma equipe grande, e aí acaba dificultando mais. Eu acho que é uma barreira.” (ENF.1)

“O parto vaginal é bem mais fácil da gente realizar, quando não tem as intercorrências, agora no parto cesariano é bem mais difícil. [...] eu sinto mais dificuldade quando estou na sala de cuidados ao recém-nascido.” (TE.1)

“Eu nunca vejo esse local (centro cirúrgico) como um lugar tranquilo para fazer esse tipo de coisa.” (ME.1)

“No centro cirúrgico isso acontece bem menos, e quando acontece não é exatamente por uma hora, é por alguns minutos. No parto cesariano, tem todo um envolvimento da equipe profissional, que é maior, com uma quantidade maior de pessoas, a mulher em uma única posição, sempre monitorizada, um monte de fatores da própria assistência do parto cesariano dificulta um pouco a realização.” (ENF.2)

“Nos partos cesarianos, quase sempre tem um ‘atrapalhinho’.” (ME.2)

“No parto cesariano, pelo que eu já vivenciei, o contato é pouco realizado. Eu nunca vi tirar um bebê, que está bem, de perto de sua mãe aqui, no parto vaginal.” (ENF.3)

É importante mencionar que os profissionais consideram o cenário de parto vaginal como mais propício para realizar a hora dourada. Contudo, ao considerar o centro cirúrgico como ambiente para realização dos cuidados, eles vivenciam dificuldades como *“preocupação da equipe em relação ao pós-parto, se tem alguma contaminação”* (ENF.1), *“a mulher em uma única posição, sempre monitorizada”* e *“um monte de fatores da própria assistência do parto cesariano”* (ENF.2). O centro cirúrgico, com base nas falas dos entrevistados, é interpretado como um ambiente com muita tecnologia, com maiores probabilidades de contaminação, e que proporciona maior desconforto aos pacientes. Todos esses fatores contribuem para a minimização do contato pele a pele e amamentação de início precoce, pois a equipe vivencia a dificuldade relacionada ao ambiente. Além disso, quando voltamos os olhares para as falas *“eu nunca vejo esse local (centro cirúrgico) como um lugar tranquilo para fazer esse tipo de coisa”* (ME.1) e *“quase sempre tem um ‘atrapalhinho’* (ME.2), podemos perceber que a rotina, o cotidiano da equipe, tem o contínuo de dificuldades sempre presente, e que os profissionais estão habituados em considerar

o centro cirúrgico como um local onde sempre haverá dificuldades para a hora dourada ser colocada em prática.

É destacado que a realização da hora dourada está acontecendo de forma lenta, e a superação desses desafios e dificuldades ainda precisa acontecer. Enfatiza-se que as dificuldades percebidas atualmente são menores do que as dificuldades vivenciadas há alguns anos.

“Na minha percepção, antes não tinha a realização da hora dourada no parto cesariano. Mas, de um ano para cá, eu tenho percebido uma evolução da prática nesse cenário. Mas essa evolução está acontecendo como uma caminhada de formiguinha (risos), mas está evoluindo, mas depende muito da situação, pois nem todo parto cesariano pode deixar fazer a hora dourada.” (TE.4)

“Logo que a gente entrou aqui na maternidade, a gente não tinha essa rotina, e agora foi colocado em prática [...]” (TE.5)

“No parto cesariano tem muita dificuldade, até pela própria equipe.” (TE.6)

Entretanto, ainda há um aspecto muito velado nas falas, que corresponde à automaticidade percebida durante a realização da hora dourada:

“Mas eu percebo que é tudo muito automático, alguns médicos explicam, outros não, então eu acho que é feito mais de forma automática. No momento que a criança nasce, os médicos já pegam a criança, e deixam ali com a mãe, clampeam o cordão, tiram a placenta, e é tudo muito automático. Quando é feito, não é algo explicado, e é muito automático ocorrer a separação de forma rotineira” (TE. 5)

“Tem dias que nascem vários bebês ao mesmo tempo, e você não tem tempo de ficar ali, com aquela paciente, e vai para outra paciente que está necessitando mais. Então a gente só deixa a mãe lá com o bebê, quando está tudo bem. (TE.8)

“(A gente) precisa levar o recém-nascido, algumas vezes, para a realização dos primeiros cuidados, e quando retorna, muitas vezes, atrasa o início da hora dourada.” (ME.2)

“Quando o bebê fica lá, de certo modo, ele vai atrapalhar na ocorrência dos procedimentos que tem que ser feitos com a mãe após o nascimento.” (TE.6)

“Tem aquela preocupação em trazer o bebê oportunamente para a sala de reanimação neonatal. Ele precisa dos primeiros cuidados lá.” (ENF.4)

“Então tem coisas que não são feitas logo na hora, de imediato.” (ENF.3)

“Eu posso muito bem deixar eles lá, e fazer outras tarefas. Ela está bem, o bebê está bem, tem o acompanhante, então não tem problema.” (TE.7)

Essas proposições trazem um aspecto muito interessante de ser mencionado que é a rotina automática vivenciada pelos profissionais, tanto no sentido de realizar a prática, quanto no sentido de separar mãe e bebê para os primeiros cuidados. Quando se realiza a hora dourada de forma automática, no qual os profissionais seguem o padrão preconizado pelos protocolos, há uma lacuna assistencial referente à orientação que deve ser transmitida do profissional para a paciente, o que torna a prática como mais um aspecto da rotina hospitalar. Por outro lado, há a automaticidade referente ao trabalho excessivo, que pode ser visto na fala *“Tem dias que nascem vários bebês ao mesmo tempo, e você não tem tempo de ficar ali”* (TE.8). Essa excessividade presente na rotina explica o aspecto automático debatido nas falas, pois o profissional que está sobrecarregado de tarefas é mais suscetível a uma rotina de cuidados realizados sem o devido zelo, sem empenho aprofundado, de forma a colaborar com o vazio assistencial muito rotineiro na instituição.

A fala a seguir reflete o aspecto automático do cuidado, que se caracteriza pelo fato de proporcionar o *“natural”*, mas que a decisão não envolve orientações, nem a individualidade de cada paciente, porém se não houver indicação de intervenção, é importante *“deixar aí”* em contato pele a pele:

“Para mim, isso é uma coisa tão natural, já entrou na minha rotina, a gente já pensa ‘vamos ligar ou não vamos ligar, se tem indicação de cortar logo, vamos cortar, se não tem, deixa aí’, então, para mim, já está completamente incorporado na minha rotina.” (ME.4)

Dessa forma, a rotina hospitalar também se caracteriza como barreira para efetivar o cuidado da hora dourada, de modo a trazer a impessoalidade à assistência, pois não se valorizam os cuidados que ultrapassam o aspecto biológico. É possível interpretar, através das falas, que há uma sobreposição de medidas rotineiras que impedem a realização da prática no cenário de parto cesariano. Essa forma rotineira, que é vivenciada pelos profissionais, traz sentimento de frustração por perceber que o cuidado não está sendo satisfatório nos diversos cenários onde ele acontece.

“Eu fico frustrado por não conseguir realizar com todos os partos. A gente percebe que as mães também ficam frustradas quando não conseguem ficar nessa primeira hora de vida do bebê com eles no colo, e o sentimento é de que ...pudesse ter mais gente, mais médicos, mais profissionais do lado para que a gente consiga fazer.” (ME.3)

“Eu encaro essa questão de forma meio complicada porque envolve uma equipe multiprofissional.” (ENF.2)

“Isso é dificuldade para nós, porque o hospital é amigo da criança, então necessitava de um olhar mais profundo sobre essas questões, como procurar ter mais profissionais.” (TE.5)

“Essa questão do centro cirúrgico é muito complicada pois não envolve só a equipe de enfermagem, envolve a equipe como um todo. Então precisa de educação, de explicar mais essa questão do contato pele a pele, porque a gente fala muito o que deve fazer, mas enfatiza pouco o motivo.” (ENF.3)

7.2.3. U.S 3: A conduta profissional como barreira para a realização da Hora Dourada

A conduta profissional tem sido associada às maiores barreiras para efetivar o cuidado, principalmente no que diz respeito à hora dourada. Apesar de ter sido mencionado em diversas falas, os profissionais reconhecem a importância de realizar a hora dourada, mas o que está velado nas falas é a própria conduta profissional medicalizada, rotineira, apressada e que não leva em consideração a subjetividade de cada paciente. Há uma evidente contradição no que é dito, e no que é praticado. Isso é mais perceptível na prática do centro cirúrgico:

“Falando da minha experiência, os profissionais deixam passar a hora dourada no centro cirúrgico, pois nenhum desses motivos é impedimento, a não ser que o bebê esteja em sofrimento. Quando tem mais de um parto acontecendo ao mesmo tempo, a equipe da pediatria antecipa ou não completa a hora dourada, e interfere na realização da hora dourada de forma completa, pelo fato de ter mais de um bebê para vigiar. Apesar da gente saber os benefícios da hora dourada, é uma prática que (pausa na fala) tanto faz...” (ENF.2)

“No parto vaginal, as vezes a pressa médica para fazer uma episiorrafia, quando há necessidade, no meu ponto de vista, é o que ocasiona a separação mãe e bebê (pausa na fala). Eu não vejo a laceração perineal como motivo para separação mãe e bebê, pois pode ser feito lá mesmo, no leito da mãe.” (TE.4)

“No parto cesariano, a amamentação quase não é feita na primeira hora, e alguns médicos, não são todos, não fazem o clampeamento do cordão no momento que deve ser feito, que é no período de

sessenta segundos, e eles querem logo clampear, e tiram a criança.” (TE.5)

“Eu acho que o que quebra (a prática) são os próprios profissionais. Os profissionais precisam entender a importância, e evitar procedimentos desnecessários, como a episiorrafia. Se aqui no parto vaginal, que eu vivencio com mais frequência, eu não vejo como prioridade, imagine dentro do parto cesariano” (TE.7)

Portanto, a baixa realização da hora dourada no cenário de parto cesariano se deve à assistência dos próprios profissionais de saúde, que *“deixam passar a hora dourada”* (ENF.2) e se caracterizam como a ruptura entre a hora dourada e a sua plena realização. Dessa forma, um dos fatores que poderiam modificar a baixa adesão à hora dourada pela equipe reside na melhora da assistência da própria equipe, pois há uma priorização de condutas medicalizadas e rotineiras, como revelado nas falas.

Cabe destacar que as falas dos profissionais entrevistados remetem à ideia de que a conduta fragilizada na assistência à hora dourada é explicada pela pressa profissional, que abrevia o cuidado por motivos mais pessoais, como pode ser observado nas falas a seguir:

“Tem a problemática de que o ar condicionado deve ficar desligado enquanto o bebê está na sala de cirurgia, e aí alguns profissionais querem tirar logo o bebê da sala, porque eles já querem ligar o ar condicionado logo, porque eles não aguentam o calor, não aguentam ficar no calor (fala mais baixa).” (ENF.3)

“No parto cesariano, o que é ruim para a gente é quando a sala fica muito quente, então a gente fica muito paramentado.” (ME.1)

Por outro lado, a pressa na passagem de plantão também é vivenciada como uma barreira, além da ausência de profissionais suficientes para lidar com a assistência de forma plena:

“A questão em relação à passagem do plantão, do horário, que acabam que não querem deixar pendência, e os que recebem não querem receber pendência, e isso é um dos fatores que prejudicam a hora dourada.” (ENF.1)

“Eu vivencio dificuldades para realizar a prática, por exemplo, na troca de plantão dos profissionais. Às vezes eu vejo que alguns profissionais estão perto da hora de trocar o plantão, e retiram mãe e bebê do contato pele a pele para fazer os primeiros cuidados.” (TE.7)

“Às vezes a falta de profissional, falta mesmo, dos profissionais faltarem, não virem trabalhar, e fica um número de profissionais

reduzidos, e isso atrapalha quando tem um parto cesariano que só tem um pediatra.” (TE.1)

“O que dificulta é o corpo (profissional) insuficiente para que permaneça ao lado da mãe, orientando o tempo todo. Eu vivencio como dificuldades a correria do serviço, que as vezes impede que a gente deixe o bebê por uma hora ao lado da mãe.” (ME.3)” (ME.3)

“No parto cesariano, a gente tem dificuldade com os profissionais, a falta de profissionais para fazer esse apoio no parto cesariano... esse é o ponto chave, porque não tem como ficar quando tem só um funcionário” (TE.5)

“Às vezes, tem técnica que fica com duas ou três pacientes, e elas começam a parir todas juntas, então tem de correr de uma para a outra.” (TE.8)

Desta maneira, é percebido que a cesariana não é a única barreira vivenciada no cotidiano dos profissionais, mas a própria conduta profissional que abrevia, acelera a assistência, e a torna frágil, colabora com o fortalecimento dessa barreira. Fatores ambientais, como a sala cirúrgica ser um local crítico para realizar determinadas práticas, ou o profissional que está incomodado com a temperatura da sala, podem ser adaptadas para que seja possível trabalhar as práticas baseadas em evidências, como a hora dourada. Cabe conscientizar os profissionais que assistem ao parto e nascimento, para que manejem de maneira efetiva esse cuidado.

Outro aspecto relevante observado nas falas dos profissionais diz respeito à conduta de uma categoria profissional específica, como a pediatria. A quase totalidade de profissionais de enfermagem entrevistada referiu que há uma problemática relacionada a pressa do profissional pediatra em retirar o bebê do contato pele a pele para a realização dos cuidados rotineiros, muita das vezes sem necessidade de separação imediata:

“Tem a questão de o pediatra pedir para levar o bebê logo.” (TE.1)

“O pediatra quer logo avaliar o bebê, e não quer passar para o próximo avaliar, então pede logo para tirar de cima da mãe, e isso é um dos fatores (que dificultam) também.” (ENF.1)

“No parto cesariano, às vezes porque o pediatra (fala mais baixa) não deixa muito tempo lá.” (TE.2)

“Quando tem mais de um parto acontecendo ao mesmo tempo, a equipe da pediatria antecipa ou não completa a hora dourada, e interfere na realização da hora dourada de forma completa, pelo fato de ter mais de um bebê para vigiar.” (ENF.2)

“Então eu acho que depende muito do pediatra, da boa vontade do pediatra querer ficar o tempo suficiente que ela achar que o bebê deva ficar.” (TE.4)

“Algumas pediatras querem que a família fique, mas não é responsabilidade deles, é nossa.” (TE.5)

“Eu também vejo que tem alguns pediatras que tem mais interesse do que outros (fala mais baixa). Para mim, a questão de querer acelerar o processo (a hora dourada) é a principal dificuldade que eu vivencio com os outros profissionais.” (TE.7)

“O pediatra tem pressa também, não sei o motivo, mas quando bebê está com boa vitalidade não há necessidade de tirar. Então, é mais por conta da equipe médica, o pediatra que recebe o bebê, e leva para os primeiros cuidados.” (ENF.3)

O recorte das falas da equipe de enfermagem demonstra que, no cotidiano de trabalho, a hora dourada não é realizada de maneira adequada pelo fato de existir a exigência de retirada do bebê para a realização dos primeiros cuidados pelo pediatra. Há a compreensão de que a hora dourada precisa ser realizada, mas também há o entendimento de que o pediatra é quem decide a hora que o bebê deve sair ou não do contato pele a pele. Podemos observar isso nas falas que enfatizam “a boa vontade do pediatra querer ficar o tempo suficiente que ela achar que o bebê deva ficar” (TE.4) e que “alguns pediatras que tem mais interesse do que outros” (TE.7), desvelando que o pediatra tem todo o poder, e interesse, para decidir o tempo suficiente que o bebê deva ficar com a mãe na primeira hora, e realizar o exame imediatamente, independente se há ou não boa vitalidade.

Para a equipe de enfermagem, a vivência de que os profissionais médicos podem ter o papel de decidir o momento em que o bebê deve ser retirado do contato pele a pele traz uma questão muito nítida nas falas, que é a hierarquia profissional existente no cotidiano de trabalho:

“Aqui é uma maternidade de alto risco, se a pediatra e os outros médicos acham que o bebê tem que vir imediatamente para a sala de reanimação, então eu acho que está correto (olhar desviado).” (TE.2)

“É bem complicado quando o médico pede para levar a mãe para fazer a episiorrafia, e separa o bebê do contato pele a pele, porque a gente meio que trabalha em uma hierarquia, então a gente precisa seguir essa hierarquia no local de trabalho.” (TE.4)

“Eu também vejo muito a questão da hierarquia profissional aqui, nós, técnicos de enfermagem, trabalhamos com a supervisão do enfermeiro, então no momento que o enfermeiro se posicionasse e enfatizasse a importância de manter em contato, mesmo com a

passagem de plantão, a gente teria que priorizar isso [...] às vezes nós somos pressionados a levar o paciente (bebê), e tem vezes que eu questiono sobre deixar uma hora, que precisa fazer, e tal” (TE.7)

Com base nessas falas, é perceptível que há uma noção de hierarquia, e que se caracteriza como uma barreira para a realização da hora dourada no cenário analisado. Mesmo compreendendo a importância da prática, as profissionais acabam por não se posicionar em relação aos cuidados, e fragilizam sua autonomia em detrimento da conduta médica mais autoritária, onde a conduta médica enfatiza a necessidade de separação, e torna essa a conduta correta.

Um outro detalhe importante é a vivência da falta de autonomia das enfermeiras em destacar a prioridade da hora dourada, como visto na fala “*no momento que o enfermeiro se posicionasse e enfatizasse a importância de manter em contato, mesmo com a passagem de plantão, a gente teria que priorizar isso*” (TE.7). Esse enunciado também reflete a existência da hierarquia profissional dentro da própria equipe de enfermagem, que colabora com a ruptura da assistência na hora dourada. O que está velado é que há a noção de “voz única” dentro de cada equipe, e que aqueles que não possuem o “poder” para decidir, precisam obedecer, mesmo que a conduta não seja a correta.

O profissional habilitado com as melhores evidências tem a autonomia de colaborar com a prática para benefício do paciente. Dentro de uma equipe de saúde, a noção de hierarquia ratifica as condutas medicalizadas, desnecessárias e extremamente frágeis, e a enfermagem, uma das profissões com maior autonomia para cuidar do paciente, acaba limitando sua assistência e abrindo espaço para a continuação de condutas que não beneficiam mãe e bebê. É preciso o posicionamento, e a colaboração da enfermagem para tornar a hora dourada uma prática cada vez mais presente dentro da rotina hospitalar.

Também foi mencionado nas falas que o trabalho da equipe de enfermagem, especialmente das profissionais técnicas em enfermagem, é envolto de burocracia, e que acaba dificultando a assistência direta à mãe e ao recém-nascido.

“A gente que é técnico de enfermagem tem que dar conta de muita documentação, muito detalhe, a gente não pode ficar lá por conta dessas questões dos detalhes, muito papel, declaração de nascido vivo para preencher, e aí a gente não tem condição de ficar lá, realizando a hora dourada, ajudando a mulher e os acompanhantes. No parto cesariano tem uma burocracia, e não tem como. A gente é

cobrado pelos papéis que estão ali, então não pode ir erro, porque é a maior confusão, então acaba que na assistência fica a desejar.” (TE.1)

“O técnico de enfermagem, que geralmente ficam ao lado da mãe, sempre tem alguma outra coisa para fazer, e a gente não confia de deixar apenas com a mãe, quando não tem acompanhante com ela.” (ME.3)

Os depoimentos revelam diversos problemas relacionados a assistência à hora dourada dentro da maternidade avaliada, que vai desde o ambiente de prática até a conduta profissional, está última permeada por vícios e atitudes negligentes. É interesse perceber que, ao questionar as dificuldades encontradas para tornar efetiva a realização da hora dourada, os profissionais acabam enfatizando que o principal problema está inserido no cotidiano, na tradição que perpassa rotineiramente no ambiente laboral.

A influência da atitude profissional, vivenciada como aspecto negativo nas falas dos entrevistados, é o ponto forte da dificuldade de se estabelecer uma hora dourada com mais qualidade e engajamento. Ela influencia na separação rotineira, na automaticidade do cuidado, que leva a falta de orientação, fato que está velado nas falas.

8 DISCUSSÃO

Neste estudo, o percentual de partos vaginais observados foi inferior ao de parto cesarianos. Foi possível observar semelhanças em relação ao perfil sociodemográfico das mulheres, quando comparados a outros estudos. No que diz respeito à faixa etária, no estudo de Medeiros *et al.* (2016), a média de idade das mulheres foi de 24,6, se aproximado da média encontrada por este estudo. A cor da pele foi a parda, semelhante ao também foi um aspecto corroborado na literatura. A cor parda prevaleceu entre os dois cenários analisados nesta pesquisa, fato que também pode ser observado no estudo de Monteiro *et al.* (2022) onde a maior parte das mulheres se auto referiram pardas (68,6%).

De acordo com os dados sociodemográficos das mulheres que realizaram parto vaginal e cesariano, a maior parte possuía ensino médio completo, estava sem companheiros no momento do parto, realizou pré-natal com seis ou mais consultas, e estava na primeira gestação. Alcântara *et al.* (2021) e Campos *et al.* (2020) ratificam que a maior parte das mulheres possuía ensino médio completo e frequentou seis ou mais consultas de pré-natal. Isso demonstra que há uma concordância entre o estudo e a literatura analisada, e que as mulheres seguem as recomendações de número mínimo de consultas de pré-natal preconizadas pelo Ministério da Saúde (Silva *et al.*, 2016). A realização de quatro ou mais consultas de pré-natal foi fator associado a maior prevalência de boas práticas ao nascer, como a hora dourada.

O presente estudo observou uma taxa alta de cesarianas na maternidade avaliada em comparação aos partos pela via vaginal, que foram bem inferiores aos encontrados em alguns estudos, como um realizado no Rio Grande do Sul (Campos *et al.* 2020), no qual a taxa de partos vaginais superaram as taxas de partos cesarianos (76,6% e 23,4%, respectivamente), e em um estudo realizado por Gomes *et al.* (2023) foi demonstrado que as taxas de partos vaginais superaram as taxas de parto cesariano, embora a diferença não fosse significativa. Esse dado revela que as taxas de parto cesariano na maternidade avaliada neste estudo ainda estão acima do que é preconizado pela organização mundial da saúde, do qual a taxa aceitável de cesarianas situa-se entre 10-15% (Betran *et al.*, 2015), e que as medidas para aumentar a prática do parto vaginal ainda estão incipientes.

Entre as principais indicações de parto cesariano neste presente estudo, observou-se que a iteratividade e sofrimento fetal foram as mais encontradas. Em

relação à presença de acompanhante, evidenciou-se que as mulheres submetidas ao parto vaginal foram mais propensas a terem o acompanhamento de livre escolha, quando comparadas ao cesariano. É possível encontrar dados na literatura que ratificam esse percentual de presença do acompanhante de livre escolha por mulheres no parto vaginal, como no estudo de Ramos *et al.* (2018), Medeiros *et al.* (2016) e Barros *et al.* (2018), dos quais as taxas permaneceram acima de 80% respectivamente.

No contexto de parto cesariano, ao considerar os passos da realização da hora dourada, foi possível observar que houve o clampeamento tardio do cordão, mas a não realização do contato pele a pele de forma rotineira, e a não realização da amamentação na primeira hora de vida foram observadas no cenário. Quando há a comparação ao cenário de parto vaginal na mesma maternidade, pode-se destacar que houve uma significativa diferença. O clampeamento tardio do cordão, bem como a prática do contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida foram práticas realizadas rotineiramente no pós-parto vaginal. Tais dados vão ao encontro dos estudos supracitados.

Cabe lembrar que um percentual significativo dos bebês nascidos por via operatória apresentou mecônio significativo no momento do parto, mas não é possível relacionar o fato à realização do clampeamento tardio nesses bebês. Também não foi possível estipular o tempo de clampeamento do cordão, conforme preconizado pela literatura (entre o 1º e 3º minuto), pois os dados coletados enfatizaram apenas o “imediato” e o “tardio” (Katheria *et al.*, 2017).

Além disso, entre os bebês nascidos via parto cesariano, a maior parte dos que obtiveram clampeamento imediato precisou de estabilização em sala de reanimação neonatal. Apesar do mecônio ter sido significativo no parto cesariano no presente estudo, esse aspecto não justifica o fato de haver separações rotineiras dentro deste cenário.

Estudos ratificam que a taxa de realização do contato pele a pele variou de 73,9% a 97% dos partos vaginais nas maternidades brasileiras, de forma a enfatizar que a prática do contato pele a pele na maternidade avaliada neste estudo está sendo realizado em consonância com outras maternidades do país (Alcantara *et al.*, 2021; Ramos *et al.*, 2018). Entretanto, no que se refere à realização da prática no parto cesariano, há um déficit relacionado ao contato pele a pele e a amamentação na primeira hora de vida, como corrobora o estudo de Sampaio *et al.* (2016), que

evidenciou que nenhuma das pacientes que tiveram parto cesariano (51,4%), realizou o quarto passo da IHAC da maneira correta, que preconiza a amamentação e o contato mãe e bebê na primeira hora de vida.

No entanto, apesar das taxas de realização do contato pele a pele terem sido satisfatórias no parto vaginal, destaca-se que apenas a metade permaneceu por 60 minutos neste presente estudo. Atrasos relacionados à correção de laceração perineal e realização dos primeiros cuidados ao recém-nascido foram prevalentes durante a análise dos prontuários. Cabe mencionar, também, que não houve a possibilidade de estimar quando ocorreu o início e o fim da prática, bem como sua qualidade. Os prontuários informavam a realização, mas não continham informações se, de fato, o contato ocorreu pele com pele, ou pele com pano, ou se os bebês foram colocados por cima das vestes da mãe. Todos esses fatores elevam os déficits da realização da hora dourada, e podem trazer dados negativos para a assistência.

Monteiro *et al.* (2022) enfatizam que os elementos que mais influenciam na duração do contato pele a pele de forma imediata residem na separação mãe e bebê para a realização de procedimentos de rotina no recém-nascido, mostrando que 67,6% dos bebês tiveram os procedimentos mediatos como fatores que interferiram na prática. Medeiros *et al.* (2016) também referem que a realização dos primeiros cuidados foi priorizada nos casos em que houve separação entre mãe e bebê, fato que difere ao encontrado no presente estudo, onde a correção de laceração perineal se mostrou o principal fator interveniente da prática no pós-parto vaginal. No entanto, bebês nascidos por via cesariana foram separados de forma mais frequente quando comparados aos bebês de parto vaginal. É importante destacar que os estudos supracitados analisaram apenas partos vaginais, enquanto este presente estudo analisou os dois cenários.

Observou-se que a maioria dos bebês nascidos via de parto cesáreo foi levada para a realização desses cuidados antes de completar a primeira hora em contato pele a pele, o que fragiliza a assistência. É importante destacar que, no contato pele a pele, o incentivo a amamentação de início precoce deve ser uma prática orientada pelo profissional de saúde.

No contexto de parto cesariano, foi observado que o local é menos propício para a realização de boas práticas. Naquelas que realizaram a hora dourada, o tempo de permanência mãe e bebê em contato pele com pele foi de, no máximo, 5 minutos. Esse dado pode ser explicado pelo alto grau de separação mãe-bebê para realização

de passos não urgentes, do qual bebês nascidos pela via cesariana tiveram algum atraso relacionado à sua permanência com a mãe em sala de parto cesariano, mesmo considerando que poucos grupos foram separados por instabilidade clínica, e a maior parte dos recém-nascidos apresentou APGAR acima de 7 no primeiro minuto, de forma a demonstrar boa adaptação extrauterina. Além disso, aspectos ligados à sedação tendem a privar o contato mãe e bebê, e predispor modificações benéficas para ambos (De Melo *et al.*, 2011).

Estudos ratificam que o contato pele a pele é o momento ideal para o início da amamentação na primeira hora vida do bebê, e que é fundamental que os profissionais de saúde orientem acerca da prática, bem como seus benefícios (Guala *et al.*, 2017; Cadwell *et al.*, 2018).

Estudo de Martins *et al.* (2020) enfatiza que, quando o bebê é colocado no seio materno ainda na primeira hora de vida, há uma associação positiva da prática com o nível de satisfação materna com a experiência de parturição, entretanto somente 66,5% dos bebês iniciaram a prática na primeira hora de vida, percentual abaixo do encontrado no presente estudo.

Os benefícios da prática do aleitamento materno em sala de parto, ainda na primeira hora de vida, já são conhecidos na literatura, mas há de se destacar que a prática beneficia profundamente a saúde materna e infantil, além de valorizar as experiências vividas pelas mulheres, por ser uma prática fácil de ser implementada, e que não requer altos custos (Moreira *et al.*, 2014). Para que a prática seja realizada de forma plena, é necessário que profissionais de saúde estejam engajados, e estimulem o início precoce da amamentação. Neste estudo, observou-se que o início da prática do aleitamento materno, na primeira hora de vida pós-parto vaginal, não foi incentivado de modo geral. Se considerarmos o parto cesariano, não houve incentivo por parte dos profissionais de saúde para o início do aleitamento materno precoce.

Esses dados mostraram que os bebês nascidos por via cesariana tiveram dificuldades em iniciar a amamentação, e podem ter repercussões mais negativas à longo prazo. Cabe mencionar que os profissionais de saúde, que são aqueles que precisam orientar e enfatizar a sua importância, tendem a realizar um cuidado insuficiente. Isso é demonstrado nos dados quantitativos desse estudo, quando observa-se números muito baixos de amamentação e contato pele a pele no parto cesariano.

Enfermeiros e médicos pediatras são considerados, por alguns estudos, os profissionais de saúde responsáveis pela viabilização do contato pele a pele e a amamentação na primeira hora de vida, nos casos onde não há contraindicação (Sampaio *et al.*, 2016). Entretanto, conforme observado na presente pesquisa, houve um baixo incentivo profissional nos cenários avaliados, mas não é possível considerar quais profissionais estiveram, ou não, responsáveis por esse incentivo. Além disso, um dos principais motivos para a não realização da amamentação na primeira hora de vida foi a separação para a realização dos primeiros cuidados ao recém-nascido, tanto no parto vaginal quanto parto cesariano. Monteiro *et al.* (2022) apontam que a equipe de enfermagem foi a principal responsável pelo contato pele a pele tardio, refletindo, assim, no início tardio da amamentação na primeira hora de vida, e que o médico pediatra foi o principal responsável pela interrupção do contato imediato, de forma a diminuir as chances de iniciar precocemente o aleitamento materno em sala de parto.

Os profissionais de saúde devem ser os agentes que facilitam a hora dourada. Quando isso não acontece, são responsáveis pelas principais deficiências no cuidado materno e infantil, pois ainda há a negligência de práticas benéficas em detrimento de práticas obsoletas e desnecessárias, que influenciam na separação mãe e bebê.

Observa-se, portanto, que a taxa de contato pele a pele com início da amamentação precoce no presente estudo foi alta apenas no cenário de parto vaginal, ratificando um estudo de abordagem nacional, onde a taxa de contato pele a pele com amamentação na primeira hora de vida ficou com um baixo percentual, no qual 67,7% das crianças mamaram na primeira hora de vida (Venancio *et al.*, 2010). No cenário mundial, com estudos feitos pela UNICEF (2015), a média encontrada foi de 43% para as variáveis avaliadas (contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida).

É importante ressaltar que as variáveis parto cesariano, primeiros cuidados ao recém-nascido e o baixo incentivo profissional foram fatores que dificultaram a realização da hora dourada. De acordo com Saco *et al.* (2019), mulheres que estão expostas à procedimentos mais invasivos, como a cirurgia cesariana, tem uma possibilidade três vezes maior de não realizar o contato pele a pele e a amamentação na primeira hora de vida, se comparadas às que tiveram um parto vaginal. Essa informação é ratificada neste presente estudo.

Taxas mais baixas de amamentação precoce pós cesariana também foram relatadas por Leal *et al.* (2017), com base nos dados da pesquisa “Nascer no Brasil”, mesmo quando os bebês estavam a termo (39/40 semanas de idade gestacional), quando comparados aos bebês de idade gestacional inferior (37/38 semanas), mas que nasceram pela via vaginal. Além disso, as crianças nascidas via cesariana tinham maiores chances de procedimentos invasivos, como oxigenoterapia e admissão em unidade de terapia intensiva neonatal.

Foi possível observar maiores procedimentos invasivos em bebês nascidos pela via cesariana, como aspiração de vias áreas superiores, VPP, e CPAP, mesmo quando foi considerado que o mecônio não estava significativo na maior parte dos recém-nascidos por essa via, e que o índice de APGAR no primeiro minuto estava acima de sete. A realização de procedimentos invasivos de forma rotineira ainda é um grande empecilho para a hora dourada (Velho *et al.*, 2019).

Com base nos achados deste presente estudo, referentes aos procedimentos em vias aéreas, ter nascido por cesariana contribui para a aspiração de forma rotineira, visto que apenas um percentual baixo dos bebês nasceu com mecônio significativo, porém a maior parte deles obteve aspiração das vias aéreas.

Foi possível observar que a prática da hora dourada encontra diversos empecilhos para sua realização, apontados na abordagem quantitativa. Os prontuários observados, bem como as dificuldades expressas pelos números encontrados, não permitem compreender com profundidade os motivos que levam a realização deficiente da hora dourada, principalmente quando analisado o cenário de parto cesariano. Dessa forma, há a suposição de que o alto número de cesarianas verificado neste trabalho possui uma forte influência negativa para a assistência baseada em evidências, especialmente no que diz respeito ao contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida, apontados como práticas com baixas ocorrências.

Uma abordagem qualitativa mostrou-se necessária para entender os aspectos que ultrapassam a margem numérica, do qual há a uma evidência bem expressiva enfatizados pelos números, mas que não explicam os motivos deles, e a razão de estarem presentes. Os números ratificam que o contato pele a pele está muito fragmentado, e que não há incentivo a amamentação na primeira hora de vida no pós-parto cesariano. Entretanto, quando há o entendimento dos motivos, e volta-se às vivências dos profissionais diante dessa rotina, existe a compreensão de que os

aspectos ligados à conduta profissional estão intrinsicamente conectados às dificuldades apresentadas pelos números.

Com base nos resultados do presente estudo, os profissionais enxergam a importância de realizar a hora dourada, principalmente dos benefícios do contato pele a pele para as demais boas práticas, mas suas atitudes medicalizadas e rotineiras servem como principal interferência na efetivação do cuidado. Ou seja, os profissionais que entendem a importância são os mesmos que também influenciam na fragmentação da hora dourada. Estudo realizado com 36 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem), no Rio de Janeiro, demonstrou que os profissionais também consideram o contato pele a pele como o fio condutor entre as demais práticas consideradas benéficas à mãe e bebê, como amamentação na primeira hora de vida e clampeamento oportuno do cordão, e sua prática depende da equipe que está à frente do cuidado, além de sua aceitação como condição primordial na sua realização, de modo a interferir ou não (Schott *et al.*, 2022).

Estudo qualitativo realizado por Holztrattner *et al.* (2021), com oito enfermeiras obstétricas do Sul do Brasil, evidenciou que elas consideram o estabelecimento do vínculo materno e neonatal como um dos principais benefícios do contato pele a pele na primeira hora de vida, corroborando com as falas dos profissionais do presente estudo, que vivenciam o vínculo como principal qualidade da hora dourada, além do estabelecimento da amamentação precoce. Além disso, no estudo acima, as enfermeiras entrevistadas reconhecem os avanços na realização do contato pele a pele no decorrer do tempo, mas que mudanças ainda precisam ser implementadas.

Neste estudo, foi possível compreender que os profissionais de saúde vivenciam a empatia em diversos momentos da assistência, como pode ser percebido nas afirmações “*necessita também a gente olhar o lado da mãe*” e “*direcionar a nossa atenção para ela*”, revelando o reconhecimento de que a mulher é a protagonista. É importante mencionar que Heidegger (2004) pensa o outro como sendo o próprio *ser-aí*, ou *dasein*. Ou seja, podemos nos ver no outro, se identificar com o outro. E isso é possível pelo fato de que cada *dasein* está compartilhando o mundo comum da linguagem, pois existe um *ser-com-os-outros*.

Com base nesse relacionamento do outro em si mesmo, há uma transformação continua, que pode ser observada nas falas dos participantes, quando enfatizam que o olhar para o outro (nesse caso, o outro é a mulher e o recém-nascido),

de modo a levar em consideração seus medos e anseios, tende a modificar a sua prática, de forma a priorizar o que a mulher quer. Coloca-se no lugar do outro, observar “*o lado da mãe*”, proporciona um entendimento de que o profissional passa a considerar como necessidade principal aquela que se manifesta na mãe e bebê. Isso reflete o quanto de nós mesmos pode estar inserido na relação que temos com os outros.

Para os participantes do estudo de Schott *et al.* (2022), a cirurgia cesariana, a excessividade de trabalho dos profissionais, além da desmotivação por parte deles, e o treinamento insuficiente surgem como fatores institucionais de baixa adesão das boas práticas, como a hora dourada. Há a similaridade no discurso do artigo dos autores com o presente estudo, quando se enfatiza que os profissionais observam a sobrecarga de tarefas como barreira importante, aliada a redução de profissionais presentes no setor que se destina o cuidado materno-infantil. Também observou similaridade nas vivências referente ao profissional médico pediatra, como agente que trabalha de forma medicalizada e, por vezes, distante das práticas baseadas em evidências. Dessa forma, o presente estudo evidencia que os fatores que interferem na realização das boas práticas residem em questões que vão além das práticas institucionais, e adentram nas questões individuais e culturais de cada profissional.

Assim como no presente estudo, onde os profissionais relatam a importância de manter a realização da hora dourada, Holztrattner *et al.* (2021) verificam que as enfermeiras obstétricas vivenciam uma realidade diferente, onde há o entendimento dos seus benefícios, mas há uma inadequação da prática. Há a ratificação do pediatra como profissional central na interrupção do cuidado, além de demonstrar que a rotina hospitalar, que privilegia a separação rotineira sem razões clínicas plausíveis, posterga a hora dourada na maioria dos casos. A enfermagem entra como profissão que tende a facilitar a prática, mas sua autonomia diminui em decorrência da sobrecarga de trabalho, e a burocracia presente na rotina assistencial desses profissionais.

Ramos *et al.* (2018), ao analisar as taxas de contato pele a pele em 367 parturientes, colaboram com a afirmação de que a prática é interrompida quando há a necessidade de procedimentos mais específicos realizados pelos médicos pediatras. Neste presente estudo, ao desvelar as dificuldades presentes nos discursos dos profissionais entrevistados, a percepção de que os profissionais “*deixam passar*

a *hora dourada*” atribui ao médico pediatra a grande responsabilidade de ser o interventor da permanência do bebê com a mãe em contato pele a pele.

São muitas as queixas presentes nos discursos e, sobretudo, nas vivências, que levam a imaginar que, por mais que haja consciência da plena realização da hora dourada, o real problema presente no cotidiano dos entrevistados está na historicidade, ou seja, na tradição legada de um para o outro. O fato de existir problemas relacionados à passagem de plantão, ao bem-estar dos profissionais que se sobrepõe às boas práticas, quando é enfatizado na proposição *“a problemática de que o ar condicionado deve ficar desligado enquanto o bebê está na sala de cirurgia”*, revelam que essas condutas permeiam à longa data, e que fazem parte de um modelo medicalizado, intervencionista, que ainda coloca o profissional de saúde no centro do cuidado. Entretanto, como afirmado nas proposições, os profissionais de saúde tendem a separar mãe e bebê por conta do seu próprio aspecto individual, ao considerar que *“o que é ruim para a gente é quando a sala fica muito quente”*.

Heidegger atribui três significados à palavra “proposição”: proposição como demonstração, ou seja, “deixar e fazer ver o ente a partir dele mesmo e por si mesmo” (Heidegger, 2002, p. 212); Proposição como predicação, ou seja, que determina o sujeito. A demonstração funda-se na predicação; Proposição como comunicação, a qual está relacionada com as duas acepções citadas anteriormente. Ao juntar essas três significâncias de Proposição, Heidegger define que a proposição é uma demonstração que determina através da comunicação. Dessa forma, ao enfatizar o termo “proposição” neste estudo, há uma utilização das estruturas fundamentais da interpretação, pois há a necessidade de uma posição prévia do que se mostra, com a finalidade de demonstrá-lo de acordo com a determinação. Tanto a proposição quanto a interpretação fundamentam-se em uma posição, concepção ou visão prévias.

Com base nisso, o significado de proposição utilizado neste estudo é o de que ela é sempre o efeito de uma interpretação, ou seja, o efeito produzido a partir de uma interpretação. Em outras palavras, uma proposição já é o resultado de uma interpretação, e esta última é entendida como uma possibilidade. Interpretar está no meio de duas estruturas: existe o material que é interpretado, e aquele que interpreta. O que interpreta sempre vai interpretá-lo a luz de suas pré-compreensões. O movimento existente entre as pré-compreensões e o material consiste no “sentido”. Essas pré-compreensões constituem-se como linhas de partida para chegar em outras compreensões.

Portanto, é evidenciado que os profissionais possuem pré-compreensões. A partir disso, podemos desvelar uma compreensão. A pré-compreensão pode ser entendida como o conjunto de interpretações feitas no cotidiano, a partir da própria vida prática. Entretanto, as pré-compreensões não significam, propriamente, uma verdade. Elas devem ser tratadas como material que vai ser submetido à interpretação para, então, ser produzida a compreensão. A pré-compreensão ganha o nome de mediania cotidiana imediata, ou seja, a vida prática. A vida prática é a maneira como cada um vai ser organizado no dia a dia para sobreviver, e a partir disso elabora-se as próprias noções acerca de tudo que existe, e que vão se constituindo em uma espécie de resíduo de compreensões que acabam por se problematizarem e transformarem isso em uma compreensão (Heidegger, 2004).

O que os profissionais pensam sobre a hora dourada está ligada ao conjunto de pré-compreensões que eles carregam, que vão desde pré-compreensões do cotidiano, da formação acadêmica, do convívio do próprio trabalho, onde são elaboradas noções acerca da vida. Essas pré-compreensões são enunciadas na forma de proposições para, logo depois, serem interpretadas.

Os profissionais de saúde deste estudo abordaram o cotidiano de tarefas como barreira ao relacionar as dificuldades de implementar corretamente a prática da hora dourada às atividades burocráticas que são fundamentais para a assistência. Isso pode ser configurado como um pensamento voltado para as atividades cotidianas, onde as pessoas agem e reagem como um “piloto que está no automático”, fazendo aquilo que é esperado na assistência, ou seja, a realização das tarefas burocráticas que tornam o cuidado “automatizado”.

Para os profissionais entrevistados, a passagem de plantão, o preenchimento de fichas, a lotação do setor que minimiza um cuidado mais integral, e os procedimentos de rotina, refletem o aspecto automático das tarefas que, muitas das vezes, nem são percebidas, pois é algo rotineiro.

No presente estudo, observou-se pouco incentivo profissional na amamentação de mulheres que foram submetidas à cesariana. Góes *et al.* (2022) enfatizam que a equipe de enfermagem, e suas orientações acerca dos benefícios da prática para mãe e bebê, se configura como fator protetor e facilitador da hora dourada. Contudo, como apresentado no presente estudo, percebe-se uma falta de sistematização que possa minimizar os impactos negativos da fragmentação da hora

dourada no parto cesariano, mesmo quando os próprios profissionais enfatizam a realização dos treinamentos de forma constante.

O fato de existir resistência por parte dos profissionais em colocar em o bebê em contato pele a pele com a mãe no pós-cesariano, ou incentivar a amamentação neste cenário, se traduz pelos aspectos condizentes ao próprio procedimento, como o receio da mulher permanecer anestesiada, em uma posição desconfortável e, que algumas vezes, possa haver a recusa da prática pelas próprias mulheres. Foi bem justificado nas falas que a equipe considera o centro cirúrgico um lugar que inviabiliza determinadas práticas. Entretanto, a conduta profissional e os interesses individuais dos profissionais acabam por sobrepor os aspectos difíceis do ambiente. Estudo de Kologeski *et al.* (2017) ratifica essas informações quando sinaliza os mesmos problemas, ou barreiras, presentes na assistência, e corroboram o parto vaginal como a melhor forma de realizar o contato pele a pele e outras práticas.

É importante perceber que as afirmações dos entrevistados deste estudo, ao colocarem as dificuldades para realização da hora dourada, em sua grande maioria, à própria forma de assistência dos profissionais, não deveriam se caracterizar como justificativa plausível para a fragmentação do cuidado pois, como amplamente debatido nos estudos citados, trata-se de uma conduta fácil, barata e que pode ser implementada nos diversos cenários relacionados à assistência ao parto, inclusive no centro cirúrgico.

O receio, medo ou temor relacionado às intercorrências que poderiam acontecer durante o parto cesariano levam o profissional de saúde a permanecer em uma zona de conforto, que inibe as possibilidades de realizar determinadas tarefas de forma completa. Podemos perceber isso em algumas falas, como *“Eu nunca vejo esse local (centro cirúrgico) como um lugar tranquilo”* e *“Não é sempre possível por conta das intercorrências no parto, com o próprio recém-nascido, por conta de algum problema que ele tenha”*. A ameaça de tais intercorrências faz com que os profissionais de saúde vivenciem a fragmentação, de forma a impactar negativamente na qualidade da assistência prestada à mulher e ao bebê.

Heidegger (2004) compreende o temor quando ele se estende à outras pessoas, aqui exemplificando o temor de deixar a mulher em contato pele a pele com seu bebê sob o risco de alguma intercorrência acontecer. Dessa forma, as circunstâncias do cotidiano da assistência, ao apresentar a possibilidade de permanência e realização da hora dourada, também impõe as restrições no modo de

reagir, caracterizado por perpetuação de práticas já obsoletas, separações rotineiras, que são explicadas, também, pelo receio ou medo de possíveis mudanças no bem-estar materno e neonatal. Assim, conforme afirmado nas falas, o parto cesariano vai permanecer como fator dificultador da hora dourada pelo medo que permeia a assistência nesse local.

Portanto, é possível compreender que o *ser-profissional-de-saúde*, que vivencia a hora dourada, enfatiza a importância do cuidado, mas vive barreiras que tornam sua assistência mais frágil. Ao interpretar as falas dos entrevistados, desvelamos que a falta do diálogo é o principal ponto que influencia todas as outras barreiras mencionadas. Quando há a menção do aspecto “automático”, há a falta do aspecto dialógico, que tende a modificar práticas automáticas e rotineiras.

Podemos interpretar que a questão da “*passagem de plantão*” e o “*não querer deixar pendência*” pode resultar em práticas profissionais que “*retiram mãe e bebê do contato pele a pele para fazer os primeiros cuidados*” que, somado à “*falta de profissionais para fazer esse apoio*”, contribui para as taxas baixíssimas de realização da hora dourada no parto cesariano. Todas essas proposições remetem à falta de diálogo entre os profissionais.

Há uma forte contradição quando os entrevistados afirmam a necessidade de priorizar os desejos e anseios das mulheres, mas vivenciam o protagonismo profissional diariamente. Ao enfatizar que os profissionais “*abreviam*” o cuidado, e que separam para não “*deixar pendências*”, há a revelação de que a preocupação ainda reside em um cuidado centralizado no médico, e que a mulher ainda é a coadjuvante desse processo.

A ausência de um aspecto dialógico impõe um automatismo do procedimento, que compromete a sua qualidade. Só existe um automatismo por conta da inexistência de um diálogo. Quando há o aspecto “*natural*”, que já “*entrou na minha rotina*”, é possível compreender que o natural é justamente o não dialogado. Nesse aspecto, a fenomenologia surge para se opor a toda naturalização das práticas cotidianas, ou seja, práticas automatizadas. Quando há uma automaticidade na assistência, não há a submissão de um diálogo.

A ausência do diálogo marca a falta de autonomia de alguns profissionais, e colabora com o aspecto automático da assistência. Temos, então, automatismo, naturalização, e repetição, que são vivenciados na cotidianidade dos profissionais entrevistados. É evidente a “*hierarquia profissional*”, que contribui para a falta de

diálogo entre as equipes, e a falta de posicionamento que “*ênfatizasse a importância de manter em contato, mesmo com a passagem de plantão*”.

Portanto, é notável um empoderamento profissional que justifica a falta de diálogos e impacta a realização das boas práticas relacionadas à hora dourada, enquanto percebe-se que a mulher ainda possui um papel coadjuvante.

Dessa forma, podemos concluir que a falta do diálogo, velada no discurso e que, com a interpretação das proposições e vivências dos entrevistados, pôde ser desvelada e compreendida como condutora de práticas rotineiras, medicalizadas, e que vão continuar a perpetuar o cotidiano dos profissionais de saúde. Quando houver a priorização do diálogo, e a diminuição de barreiras dialógicas e práticas, podemos começar a pensar em modificar o baixo número de contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida, e aumentar a qualidade da assistência às mulheres e bebês.

Este estudo demonstrou que a hora dourada é uma prática realizada de forma rotineira no parto vaginal, mas que encontra impasses para sua realização no parto cesariano, apresentando baixa taxa numérica de realização, e estes impasses estão ligados à conduta profissional, à falta de autonomia e presença da noção de hierarquização presentes nas vivências, e que se relacionam profundamente à falta de diálogo entre os profissionais da maternidade.

Dessa forma, considera-se que os desafios persistem, como a capacitação deficiente dos profissionais de saúde, uma abordagem multidisciplinar fragmentada e sem interação de qualidade, a falta de mudanças positivas nos fluxos e rotinas hospitalares que privilegiem a hora dourada, uma ambiência do centro cirúrgico, com práticas obsoletas que tendem a dificultar a realização do cuidado, além do uso excessivo e desgastante de medidas tecnológicas, por vezes sem evidências concretas.

É importante destacar que, na coleta de dados do estudo, uma grande quantidade de prontuários analisados estava com incompletudes de registros, o que pode corresponder a uma falha na disponibilidade de informações, que se caracterizam como uma limitação. Dados referentes às consultas de pré-natal, paridade, e características sociodemográficas das mulheres estavam incompletos ou ausentes, e foram mencionados no estudo como “sem resposta”.

Este trabalho contribui substancialmente para a enfermagem quando enfatiza a importância de realizar a hora dourada nos cenários onde acontece o cuidado materno e neonatal. A enfermagem, enquanto profissão que estabelece

cuidados integrais e humanizados, precisa estar cada vez mais engajada com as boas práticas de atenção obstétrica, fazendo-se presente em todos os passos da hora dourada, de forma a fortalecer sua realização nos partos vaginais, e aumentar a prática nos partos cesarianos. Além disso, a equipe de enfermagem possui muitos meios para colaborar na integração do cuidado, diminuindo sua fragmentação e enriquecendo a equipe multidisciplinar nas maternidades do País.

9 CONCLUSÃO

A hora dourada, como boa prática relacionada ao parto e nascimento que deve ser estimulada e realizada nas maternidades, teve uma realização deficiente neste estudo. Considera-se que o parto vaginal é propício para colocar em prática o contato pele a pele, a amamentação na primeira hora de vida, e o clampeamento do cordão, mas que práticas desnecessárias como separação rotineira para realizar os cuidados ao recém-nascido, correção de laceração perineal e baixo incentivo profissional foram fatores que interferiram no cuidado no cenário analisado.

O parto cesariano foi considerado como fator dificultador para realizar a Hora Dourada, pois há uma deficiência significativa no tempo de permanência do bebê com a mulher, do qual se relaciona às separações para realizar os primeiros cuidados ao recém-nascido ainda nos primeiros cinco minutos do pós-parto, fragmentando a hora dourada e proporcionando uma ruptura na assistência. As taxas de realização da Hora Dourada, considerando o parto cesariano, demonstraram a baixa adesão da equipe de saúde com as boas práticas relacionadas ao parto e nascimento neste cenário.

Dessa forma, identificou-se que a maternidade ainda possui baixo estímulo à hora dourada no parto cesariano, mas que essa prática é bem realizada no parto vaginal. A existência de elementos contrários à efetiva realização precisou ser aprofundada, pois os números não revelam a justificativa por trás dessas barreiras.

Essas informações, contidas nos prontuários, demonstram a fragmentação, entretanto não traduzem as questões intrínsecas condizentes às barreiras que se relacionam à realização da Hora Dourada. Dessa forma, o estudo qualitativo demonstrou que aspectos próprios dos profissionais, atitudes medicalizadoras, excesso de trabalho e assistência rotineira contribuem para as baixas taxas encontradas.

Ao desvelar a vivência dos profissionais, a historicidade e cotidianidade inerente ao trabalho revelam que os profissionais entendem a importância da hora dourada para mãe e bebê, mas que a falta de diálogo torna o cuidado fragmentado, intervencionista, e que ainda coloca o profissional de saúde no centro do cuidado, e não prioriza a mulher e o bebê. Além disso, a ideia de hierarquização é presente no cotidiano e coloca o médico pediatra como o profissional responsável pela separação rotineira que, por vezes, é desnecessária. Dessa forma, houve predomínio da

centralização médica em diversos momentos, em detrimento ao protagonismo feminino.

Portanto, cabe mencionar que a rotina hospitalar é elemento fundamental para a existência de uma hora dourada deficiente. A automaticidade do cuidado, presente nos discursos dos entrevistados, compromete o diálogo e, conseqüentemente, as boas práticas obstétricas e neonatais. Tanto no estudo quantitativo quanto no qualitativo, foi possível observar que houve baixo incentivo profissional na realização da hora dourada.

Dessa forma, este estudo permitiu concluir que as baixas taxas de realização da hora dourada no cenário de parto cesariano, e o grande percentual de separações rotineiras, são caracterizadas pela priorização das práticas médicas, rotina hospitalar como prioridade, automaticidade do cuidado e falta de diálogo, que estão fortemente presentes no cotidiano assistencial dos profissionais entrevistados. O déficit existente no parto cesariano, entendido nas falas como dificultador da hora dourada, é apenas o reflexo das práticas ainda rotineiras e intervencionistas dos profissionais de saúde.

Sugere-se que mais estudos qualitativos sejam feitos com a finalidade de compreender, de forma aprofundada, o caráter intervencionista presente na rotina de trabalho dos médicos pediatras que retiram o recém-nascido para realização de cuidados rotineiros, além de entender os aspectos pessoais por trás da falta de comunicação existente na passagem de plantão, que leva a pressa por abreviar procedimentos benéficos para mãe e bebê, e tendem a fragmentar a assistência materna e neonatal. Além disso, é importante o incremento cada vez maior de treinamentos e capacitações voltadas para a orientação dos profissionais, bem como ações educativas para as gestantes no pré-natal, com a finalidade de conhecer quais são seus direitos no processo de parto e nascimento.

REFERÊNCIAS

- ALCÂNTARA, N. A.; SILVA, T. J. P. Práticas obstétricas na assistência ao parto e nascimento de risco habitual. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 21, n. 3, p. 773-783, jul./set. 2021.
- BARROS, G. M.; DIAS, M. A.; GOMES JUNIOR, S. C. The use of good care practices to newborns in the first hour of life in different childbirth care models. **Rev Soc Bras Enf Ped.**, v. 18, n. 1, p. 21-28, 2018.
- BETRAN, A. P. *et al.* What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. **Reprod Health.**, v. 12, n. 1, p. 57, 2015.
- BORBA, J. M. P. A fenomenologia em Husserl. **Revista do Nufen**, ano 2, v. 1, n. 2, jul./dez. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal:** versão resumida. Brasília, DF: Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, CONITEC, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011.** Institui a Rede Cegonha no âmbito da Rede de Atenção à Saúde. Brasília, DF: MS, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014.** Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: MS, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569, de 1 de junho de 2000.** Institui o Programa de Humanização do Pré-natal e nascimento. Brasília, DF: MS, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Além da sobrevivência:** práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. 1. ed., 1. reimp. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. **Resolução nº 36, de 3 de junho de 2008.** Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. **Ministério da Saúde lança Projeto Apice on:** aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia. Brasília, DF: MS, 2018. Disponível em: <http://u.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/sas-noticias/29278-ministerio-da-saude-lanca-projeto-apice-on-aprimoramento-e-inovacao-no-cuidado-e-ensino-em-obstetricia-e-neonatologia>. Acesso em: 20 set. 2023.

CADWELL, K.; PHILLIPS, R.; BRIMDYR, K. Mapping, Measuring, and Analyzing the Process of Skin-to-Skin Contact and Early Breastfeeding in the First Hour After Birth. **Breastfeed Med**, v. 13, p. 485-492, 2018.

CAMPOS, P. M. *et al.* Contato pele a pele e aleitamento materno de recém-nascidos em um hospital universitário. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 41, n. esp., e20190154, 2020.

CARVALHO, F. P. B. **A morte na concepção de estudantes de enfermagem.** Natal, RN: [s.n.], 2019.

DE MELO, S. L; WEFFORT, V. R. S. Contato precoce do binômio mãe/recém-nascido após cesárea: alguém tem que começar. **Revista de Medicina de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 21, n. 3, supl. 1, S1-S14460, 2011.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança:** módulo 3: promovendo e incentivando a amamentação em um Hospital Amigo da Criança: curso de 20 horas para equipes de maternidade. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

GÓES, F. G. B. *et al.* Amamentação na primeira hora de vida na maternidade: fatores intervenientes. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 30, e69838, 2022.

GOMES, M. L. *et al.* Care at the first postnatal hour in two hospitals of the Adequate Birth Project: qualitative analysis of experiences in two stages of the Healthy Birth research. **Reproductive Health**, v. 20, n. 14, 2023.

GOMES, M. A. S. M. *et al.* Atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil: estamos avançando na garantia das boas práticas? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 859-874, 2021.

GUALA, A. *et al.* Skin-to-Skin Contact in Cesarean Birth and Duration of Breastfeeding: a cohort study. **Hindawi The Scientific World Journal**, p. 1-5, 2017.

HEIDEGGER, M. A questão da Técnica. Traduzido do original em alemão por Marco Aurélio Werle. **Scientiæ Zudia**, São Paulo, v. 5, n. 3, 2007.

HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo:** parte I. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo:** parte II. 11 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

HOLZTRATTNER, J. S. *et al.* Contato pele a pele precoce em um hospital amigo da criança: percepções das enfermeiras obstétricas. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 42, e20190474, 2021.

HUSSERL, E. **A idéia da fenomenologia.** Trad. de Artur Morão. Lisboa: Edições 70. 1989.

JESUS, M. C. P. *et al.* A fenomenologia social de Alfred Schütz e sua contribuição para a enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 3, p. 736-741, 2013.

KATHERIA, A. C. *et al.* Delayed Cord Clamping in Newborns Born at Term at Risk for Resuscitation: A Feasibility Randomized Clinical Trial. **J Pediatr.**, v. 187, p. 313-317, 2017.

KOLOGESKI, T. K. *et al.* Contato pele a pele do recém-nascido com sua mãe na perspectiva da equipe multiprofissional. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 11, n. 1, p. 94-101, jan. 2017.

LEAL, M. D. C. *et al.* Burden of early-term birth on adverse infant outcomes: a population-based cohort study in Brazil. **BMJ Open**, v. 7, e017789, 2017.

LUCIANI, M. *et al.* An Introduction to Qualitative Health Research. **Gennaio**, v. 72, n. 1, p. 60-68, mar. 2019.

MARTINS, A. C. M. *et al.* Factors associated with a positive childbirth experience in Brazilian women: A cross-sectional study. **Women Birth.**, v. 34, n. 4, p. e337-e345, jul. 2021.

MEDEIROS, R. M. K; TEIXEIRA, R. C; NICOLINI, A. B; *et al.* Humanized Care: insertion of obstetric nurses in a teaching hospital. **Rev Bras Enferm [Internet]**; 69(6):1029-36. 2016

MCDONALDS, S. J. *et al.* Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 7, 2013.

MINAYO, M. C. S; *Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade.* **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** 18. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

MONTEIRO, B. R. **Fatores intervenientes no contato pele a pele entre mãe e bebê na hora dourada.** 2019. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2019.

MONTEIRO, B. R. *et al.* Elements that influenced immediate mother-neonate contact during the golden hour. **Rev Esc Enferm USP**, v. 56, e20220015, 2022.

MOREIRA, M. E. L. *et al.* Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, sup., S128-S139, 2014.

PARANHOS, R. *et al.* Uma introdução aos métodos mistos. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 18, n. 42, p. 384-411, mai./ago. 2016.

RAMOS, W. M. A. *et al.* Contribuição da enfermeira obstétrica nas boas práticas da assistência ao parto e nascimento. **Rev Fund Care Online**, v. 10, n. 1, p. 173-179, 2018.

SACO, M. C. *et al.* Contato pele a pele e mamada precoce: fatores associados e influência no aleitamento materno exclusivo. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 28, e20180260, 2019.

SAMPAIO, A. R. R.; BOUSQUAT, A.; BARROS, C. Contato pele a pele ao nascer: um desafio para a promoção do aleitamento materno em maternidade pública no Nordeste brasileiro com o título de Hospital Amigo da Criança. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 281-290, abr./jun. 2016.

SANTOS, J. L. G. *et al.* Integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de métodos mistos. **Texto Contexto Enferm.**, v. 26, n. 3, e1590016, 2017.

SCHOTT, L. C. *et al.* Adesão às práticas assistenciais humanizadas ao recém-nascido com boa vitalidade na sala de parto. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 43, e20210248, 2022.

SHARMA, D. Golden hour of neonatal life: Need of the hour. **Maternal Health, Neonatology, and Perinatology**, v. 3, n. 16, 2017.

SILVA, C. M. *et al.* Fatores associados ao contato pele a pele entre mãe/filho e amamentação na sala de parto. **Revista de Nutrição**, v. 29, n. 4, p. 457-471, 2016.

SOUZA, M. A.; CABEÇA, L. P. F.; MELO, L. L. Pesquisa em enfermagem sustentada no referencial fenomenológico de Martin Heidegger: subsídios para o cuidado. **Av Enferm.**, v. 36, n. 2, p. 230-237, 2018.

SCHUTZ, A. **El problema de la realidad social**. Buenos Aires: Amorrortu; 2008.

UN REPORT. Levels and trends in child mortality. **Estimates developed by the UN Interagency Group for child mortality estimation**. [S./]: UNICEF, 2019. Disponível em: www.unicef.org/media/60561/file/UN-IGME-child-mortality-report-2019.pdf. Acesso em: 22 nov. 2023.

UNITED NATIONS INTERNATIONAL CHILDREN EMERGENCY FUND. **UNICEF data**: monitoring the situation of children and women. The state of the world's children report. [S./]; UNICEF, 2015.

VELHO, M. B. *et al.* Modelos de assistência obstétrica na Região Sul do Brasil e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. 3, e00093118, 2019.

VENANCIO, S. I. *et al.* Breastfeeding practice in the Brazilian capital cities and the Federal District: current status and advances. **Jornal de Pediatria**, v. 86, n. 4, 2010.

VICTORA, C. G. *et al.* Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **The Lancet**, [S./], v. 387, n. 10017, p. 475-489, 2016.

WHO. **Recommendations**: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization, 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO

Dados sociodemográficos

Número do questionário: _____

Nome, ou iniciais: _____

prontuário: _____

Data do parto ____/____/____ Idade: _____

Cor da pele: 1. Branca 2. Parda 3. Preta 4. Amarela 5. Indígena 6. S/R

Escolaridade: 1. nenhum 2. fundamental (1º grau) 3. Ensino médio (2º grau)

4. Ensino superior (3º grau)

Estado civil: 1. Com companheiro 2. sem companheiro 3. Não Informado

Renda familiar: 1. 1 SM 2. 2 a 3 SM 3. acima de 3 SM 4. Não Informado

Dados obstétricos

Idade gestacional: 1. < 37 semanas 2. 37 a 41 semanas 3. acima de 41 semanas

Realização de consultas pré-natal? 1. sim 2. não

quantas consultas? 1. Abaixo de 06 consultas 2. Acima de 06 consultas

Gestações anteriores: 1. primípara 2. 01 gesta anterior 3. 02 gestas anteriores

4. 03 gestas anteriores 5. acima ou igual a 04 gestas anteriores

quantos partos normais? 1. 01 parto normal 2. 02 partos normais 3. Acima ou igual a 03 partos normais

quantos partos cesarianos? 1. 01 parto cesariano 2. 02 partos cesarianos 3. Acima ou igual a 03 partos cesarianos

Abortos? 1. Sim 2. Não quantos? 1. 01 aborto 2. 02 abortos 3. 03 ou mais abortos

Apresentou alteração em exames sorológicos? 1. sim 2. não

qual? 1. Sífilis 2. HIV 3. Hepatite B 4. Hepatite C

Dados do parto

Parto: 1. vaginal 2. Cesárea motivo da cesárea? 1. SHEG 2. DMG 3. Iteratividade 4. Apresentação Pélvica 5. A pedido 6. Sofrimento Fetal 7. Não Informado

Profissional que realizou parto normal: 1. Médico 2. Enfermeiro obstétrico 3. Residente de enfermagem 4. Residente de Medicina 5. Outro

Presença de acompanhante? 1. sim 2. não 3. não informado

Puérpera apresentou sangramento uterino anormal? 1. Sim 2. Não 3. Não Informado

Clampeamento do cordão umbilical: 1. imediato 2. Tardio 3. Não Informado

Se imediato, por qual motivo? 1. Instabilidade Materna 2. Instabilidade Neonatal

Houve contato pele a pele? 1. sim 2. não

Tempo de contato pele a pele: 1. menos de 05 minutos 2. menos de 30 minutos 3. entre 30 e 60 minutos 4. acima de 60 minutos

Algum procedimento atrasou o contato pele a pele? 1. sim 2. não 3. Não Informado

Qual? 1. Correção de laceração de períneo materno 2. Limpeza de leite materno 3. Primeiros cuidados ao recém-nascido 4. Instabilidade de sinais vitais maternos ou neonatais 5. Recusa

Houve incentivo ao início da amamentação no contato pele a pele?

1. sim 2. não 3. Não Informado

Recém-nascido iniciou amamentação na primeira hora de vida?

1. sim 2. Não 3. Não Informado

Se não, por qual motivo? 1. Falta de orientação profissional 2. Primeiros cuidados ao Recém-nascido 3. Instabilidade Materna ou neonatal 4. Recusa

O recém-nascido necessitou de transferência para outra unidade? 1. Sim 2. Não

Qual? 1. UTIN 2. UCIN 3. Não Informado

Dados do recém-nascido

Apgar: 1º minuto: 1. Abaixo de 07 2. Acima de 07

5º minuto: 1. Abaixo de 07 2. Acima de 07

Peso: 1. entre 1000g e 1500g 2. entre 1500g e 2500g 3. Acima de 2500g

Malformações evidentes? 1. sim 2. Não Qual? _____

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Idade:

Estado civil:

Profissão:

Tempo de formação profissional:

Quantos vínculos empregatícios:

Quanto tempo trabalha no centro obstétrico:

1º Para você, qual a importância da Hora Dourada e quais as boas práticas da assistência estão voltadas para a Mãe e Bebê?

2º Como você tem vivenciado a prática da hora dourada, na assistência ao parto vaginal e cesariano, no seu ambiente de trabalho?

3º O clampeamento do cordão, contato pele a pele e a amamentação na primeira hora de vida, são práticas estimuladas pela equipe durante a assistência ao Parto?

4º A partir da sua experiência profissional, você considera que existam dificuldades para a realização da prática, no parto vaginal e cesariano? Destaque as dificuldades e estratégias para minimizar.

ANEXOS

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO AGÊNCIA DE INOVAÇÃO, EMPREENDEDORISMO, PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E INTERNACIONALIZAÇÃO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO FERRAMENTA DE AÇÕES PARA O CUIDADO E PREVENÇÃO NA INTEGRALIDADE E EMPODERAMENTO DO CUIDADO EM

Pesquisador: Rita da Graça Carvalhal Frazão Corêa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 59836622.7.0000.5086

Instituição Proponente: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HUUFMA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.527.974

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa: Data de Submissão do Projeto: 05/07/2022 Nome do Arquivo: PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1960866.pdf Versão do Projeto: 2

RESUMO

Sabe-se que a educação em saúde constitui um dos principais instrumentos para possibilitar a prevenção e promoção da saúde. Esta envolve amplos aspectos, tomando o usuário autossuficiente na prática do autocuidado. As práticas educativas adquirem relevância e imperiosidade nas ações de saúde que tem como referenciais as concepções de saúde e de educação pautadas no desenvolvimento das potencialidades humanas e no potencial de transformação. Embora nas últimas décadas a atenção ao cuidado em saúde venha demonstrando avanços positivos, ainda existem desafios na assistência que, em sua maioria, são consideradas evitáveis representando uma questão de saúde pública. Nessa perspectiva, são grandes os desafios, principalmente no que se refere às práticas dos profissionais da saúde, deslocando o foco da produção de procedimentos para a qualidade do cuidado humanizado, incluindo o uso racional de tecnologias. O estudo tem o objetivo de analisar as práticas de educação em saúde para a prevenção e promoção do cuidado integral à saúde da mulher nos diversos ciclos da vida.

Endereço: Rua Barão de Itapery nº 227

Bairro: CENTRO

UF: MA

Município: SÃO LUIS

CEP: 65.020-070

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@ufma.br



Contribuição do Pesquisador: 3.327-879

Constitui-se, pois, em tema de relevância tanto para a sociedade, quanto para profissionais de saúde e gestores desse serviço, que por meio da caracterização desse cenário possibilitem estratégias que contribuam para uma assistência mais qualificada e consequentemente mudanças favoráveis nos indicadores de saúde. Espera-se que os resultados deste estudo possibilitem reflexões e estratégias que possam subsidiar a adequação de processos associados à educação em saúde, visando a melhoria do processo de trabalho e prestação do cuidado, favorecendo a qualidade no atendimento e na vida dos pacientes e famílias. Além de gerar contribuições efetivas ao ensino, serviço e aos profissionais de saúde que atuam na assistência direta aos usuários do SUS, no que tange a prevenção e promoção do cuidado, proporcionando fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo apresenta documentos referente aos "Termos de Apresentação Obrigatória": Folha de rosto, Anuência do Gestor, Anuência do Pesquisador, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Cronograma, Orçamento Detalhado, Projeto Word. Atende à Norma Operacional nº 001/2013 (item 3/ 3.3).

Recomendações:

Após o término da pesquisa o CEP-HUUFMA solicita que se possível os resultados do estudo sejam devolvidos aos participantes da pesquisa ou a instituição que autorizou a coleta de dados de forma anonimizada.

Conclusões ou Pendências e Lista de inadequações:

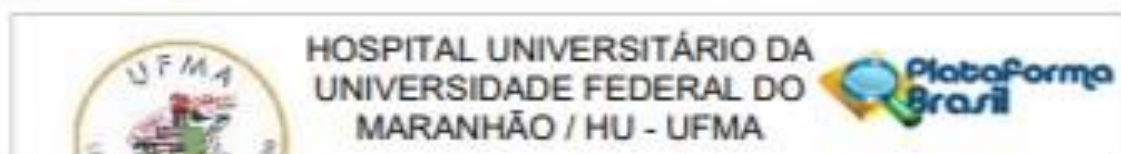
O PROTOCOLO não apresenta óbices éticos, portanto atende aos requisitos fundamentais da Resolução CNS/MMS nº 466/12 e suas complementares, sendo considerado APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa-CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466/2012 e Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa proposto.

Eventuais modificações ao protocolo devem ser inseridas à plataforma por meio de emendas de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

Endereço: Rua São João do Raposo nº 227	CEP: 65.020-070
Bairro: CENTRO	
UF: MA	Município: SÃO LUIS
Telefone: (98)2129-1250	E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 5.527.874

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1960866.pdf	05/07/2022 14:11:08		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Profissionais.pdf	05/07/2022 14:10:04	Rita da Graça Carvalho Frazão Corêa	Aceito
Outros	CARTARESPOSTA.pdf	05/07/2022 14:07:14	Rita da Graça Carvalho Frazão Corêa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEGestante_Puerperas.pdf	05/07/2022 14:03:56	Rita da Graça Carvalho Frazão Corêa	Aceito
Declaração de concordância	Anuencia_gestor.pdf	05/07/2022 14:03:08	Rita da Graça Carvalho Frazão Corêa	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.PDF	05/07/2022 14:00:11	Rita da Graça Carvalho Frazão Corêa	Aceito
Outros	anuenciapesquisador.pdf	05/06/2022 11:09:35	Rita da Graça Carvalho Frazão Corêa	Aceito
Outros	TERMOFinanceiro.docx	05/06/2022 11:06:31	Rita da Graça Carvalho Frazão Corêa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetoeducacao.docx	05/06/2022 10:57:21	Rita da Graça Carvalho Frazão Corêa	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	05/06/2022 10:51:50	Rita da Graça Carvalho Frazão Corêa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Bacão de Raposo nº 227

Bairro: CENTRO

UF: MA

Telefone: (98)2109-1250

Município: SÃO LUIS

CEP: 65.020-070

E-mail: cnp@huufma.br