

CUIDADO É FUNDAMENTAL

Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UNIRIO

ARTIGO ORIGINAL

DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v17.13811

A PERCEPÇÃO DE GESTORES DE SAÚDE SOBRE O 4º PASSO DA INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA NA MATERNIDADE PÚBLICA MUNICIPAL DE MANAUS

The perception of health managers about the 4th step of the child-friendly hospital initiative in the municipal maternity hospital of Manaus

Percepción de los gestores de salud sobre el 4º paso de la iniciativa hospital amigo del niño en la maternidad municipal de Manaus

Suellen Oliveira Couto¹ 

Valdecyr Herdy Alves² 

Diego Pereira Rodrigues³ 

Elieza Guerreiro Menezes⁴ 

Bianca Dargam Gomes Vieira⁵ 

Márcia Vieira doa Santos⁶ 

RESUMO

Objetivo: analisar as percepções dos gestores em saúde acerca das fragilidades e potencialidades na execução do 4º Passo da iniciativa hospital amigo da criança. **Método:** trata-se de um estudo descritivo e qualitativo, com 10 gestores de saúde da secretaria municipal de Manaus, atuantes na Maternidade Moura Tapajoz. Os gestores realizaram entrevista semiestruturada em

¹Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, Amazonas, Brasil.

^{2,3,5}Universidade Federal Fluminense, Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.

⁴Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, Brasil.

⁶Hospital dos Servidores do Estado, Rio de Janeiro, Brasil.

Recebido em: 19/02/2025. **Aceito em:** 08/05/2025

AUTOR CORRESPONDENTE: Diego Pereira Rodrigues

E-mail: diego.pereira.rodrigues@gmail.com

Como citar este artigo: Couto SO, Alves VH, Rodrigues DP, Menezes EG, Vieira BDG, Santos MV. A percepção de gestores de saúde sobre o 4º passo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança na maternidade pública municipal de Manaus. R Pesq Cuid Fundam (Online). [Internet]. 2025 [acesso em dia mês ano];17:e13811. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v17.13811>.

novembro de 2023, com a gravação e transcrição na íntegra e com a análise de conteúdo no tratamento dos dados. **Resultados:** os profissionais de saúde. Entretanto, necessita-se de uma gestão participativa e colaborativa para atenuar as fragilidades e os obstáculos, especialmente na realização do 4º passo. O modelo colaborativo com a equipe multiprofissional permite uma maior integração, participação ativa, sensibilização dos profissionais de saúde. **Conclusão:** a percepção dos gestores mostra que o cuidado compartilhado, com foco na equipe multiprofissional, torna-se essencial para garantir a efetividade do 4º passo na iniciativa hospital amigo da criança.

DESCRIPTORES: Aleitamento materno; Gestor de saúde; Serviços de saúde materno-infantil; Capacitação profissional.

ABSTRACT

Objective: to analyze health managers' perceptions of the weaknesses and potentialities in implementing Step 4 of the child-friendly hospital initiative. **Method:** this is a descriptive, qualitative study with 10 health managers from the Manaus municipal department working at the Moura Tapajoz Maternity Hospital. The managers were given semi-structured interviews in November 2023, which were recorded and transcribed in full, and the data was processed using content analysis. **Results:** health professionals. However, participatory and collaborative management is needed to mitigate weaknesses and obstacles, especially when it comes to carrying out Step 4. The collaborative model with the multi-professional team allows for greater integration, active participation and sensitization of health professionals. **Conclusion:** the managers' perception shows that shared care, with a focus on the multi-professional team, is essential to ensure the effectiveness of the 4th step in the child-friendly hospital initiative.

DESCRIPTORS: Breast feeding; Health manager; Maternal-child health services; Professional training.

RESUMEN

Objetivo: analizar la percepción de los gestores de salud sobre las debilidades y potencialidades en la implementación de la Etapa 4 de la iniciativa hospital amigo del niño. **Método:** se trata de un estudio descriptivo y cualitativo con 10 gestores de salud del departamento municipal de Manaus que trabajan en la Maternidad Moura Tapajoz. Los gestores fueron sometidos a entrevistas semiestructuradas en noviembre de 2023, que fueron grabadas y transcritas íntegramente, y los datos se procesaron mediante análisis de contenido. **Resultados:** profesionales sanitarios. Sin embargo, es necesaria una gestión participativa y colaborativa para mitigar las debilidades y obstáculos, especialmente a la hora de llevar a cabo el paso 4. El modelo colaborativo con el equipo multiprofesional permite una mayor integración, participación activa y sensibilización de los profesionales sanitarios. **Conclusión:** la percepción de los gestores muestra que la atención compartida, centrada en el equipo multiprofesional, es esencial para garantizar la eficacia del Paso 4 en la iniciativa del hospital amigo de la infancia.

DESCRIPTORES: Lactancia materna; Gestor de salud; Servicios de salud materno-infantil; Capacitación profesional.

INTRODUÇÃO

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança tem o apoio da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), foi lançada em 1990 e estabelece uma política hospitalar de mobilização de profissionais de saúde e funcionários de hospitais e maternidades para assegurar a prática do aleitamento materno e a prevenção do desmame precoce hospitalar.¹⁻²

O Brasil foi um dos pioneiros ao incentivar tal prática com a criação da Política Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno do Ministério da Saúde (MS), com o intuito de estimular o aumento da prevalência e duração da amamentação. Destaca-se o 4º passo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), que é interpretado na atualidade pela OMS/UNICEF

como colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães imediatamente após o parto durante pelo menos meia hora e encorajar a mães a reconhecerem quando seus bebês estão prontos para mamar e os profissionais devem oferecer ajuda se necessário.³

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o Brasil é referência no mundo quando o assunto é aleitamento materno, pois registra uma taxa de prevalência de 41%. Está à frente de países como Estados Unidos, Reino Unido e China, com o dobro das taxas de aleitamento exclusivo até os seis meses e 12 meses de vida, quando comparado a esses países.¹

Porém uma pesquisa realizada em 2009, intitulada II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno, realizada

nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, evidenciou o panorama do incentivo do aleitamento materno na primeira hora de vida, sobre essa prática em todas as regiões do país, destacando-se a Cidade de São Luís, com maior percentual de realização (83,5%). Na Região Norte, Palmas (79,6%) e Manaus aparece em penúltimo lugar (71,9%), perdendo apenas para Rio Branco, com 74,3%. Vale ressaltar que Salvador apresentou na época o pior percentual (58,5%) de todas as capitais. A prevalência do aleitamento materno na primeira hora de vida fica em torno de 67,7%.⁴

O recente Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil, encomendado pelo MS, mostra que metade das crianças brasileiras são amamentadas por mais de 1 ano e 4 meses e que, no Brasil, quase todas as crianças foram amamentadas alguma vez (96,2%), sendo que dois em cada três bebês são amamentados ainda na primeira hora de vida (62,4%).⁵ E, ao comparar as duas pesquisas que ocorreram no intervalo de dez anos, observa-se um declínio em 5,3% da amamentação na primeira hora de vida, o que indica a necessidade de ações que envolvam os profissionais de saúde para a melhoria dos indicadores.⁵

Nesse contexto, ressalta-se que, para o sucesso da amamentação, é necessário que os profissionais de saúde, que são vistos como agentes importantes na implantação dos Dez Passos do Aleitamento Materno. Sobretudo os atuantes em sala de parto, ajam positivamente nas questões que envolvam o aleitamento materno. Além disso, é fundamental que utilizem seu conhecimento e habilidades relacionadas aos aspectos técnicos da lactação com um olhar atento, abrangente e sensível ao abordar a puérpera, promovendo imediatamente o contato pele a pele, independentemente da via de parto. Portanto, é imprescindível a redução dos procedimentos realizados no pós-parto imediato em bebês de baixo risco para evitar separações entre mãe e filho.⁶⁻⁷

Além disso, é importante destacar que esse contato entre o binômio mãe-recém-nascido contribui para a redução da hipotermia e da sepse, além da diminuição do tempo de permanência no hospital e do risco de mortalidade na alta hospitalar.⁸ Nessa perspectiva, é importante e necessário subsidiar estratégias capazes de promover a melhoria dos indicadores institucionais, principalmente aquelas possíveis mediante capacitação da equipe multiprofissional, e organização ou adaptação segura de seus processos de trabalho, tendo em vista a realidade institucional e a necessidade do cumprimento dos Dez Passos da Iniciativa Hospital Amigo da Criança.¹⁻²

Ressalta-se que, durante a atuação no pré-parto, parto e pós-parto (PPP) e em Centro Cirúrgico como enfermeira

assistencial, foi possível observar o descumprimento do 4º Passo - contato pele a pele, por inúmeros profissionais de saúde, mesmo sendo um procedimento seguro, barato e de comprovados benefícios em curto e longo prazos.⁹

Em 2019, a Maternidade Moura Tapajoz foi submetida à 1ª reavaliação para a manutenção da habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, e um dos apontamentos decorrentes dessa avaliação foi que os profissionais não cumpriam a realização do 4º passo. Observou-se que não há prática do contato pele a pele, principalmente quando ocorre o parto cesariano, e uma das estratégias adotadas pela gestão foi intensificar a sensibilização da equipe de saúde. Porém, há aproximadamente quatro anos, após a 1ª reavaliação, ainda é um grande desafio a implementação do contato pele a pele. Como atuou diretamente na assistência ao parto, observo diversos profissionais realizando diferentes intervenções que mais atendem às suas necessidades do que o bem-estar da mãe e do bebê.

Este estudo adotou a seguinte questão norteadora: Como os gestores percebem as fragilidades e potencialidades do cumprimento do 4º passo (contato pele a pele) da IHAC e seus impactos nos indicadores do aleitamento materno?

O estudo objetivou analisar as percepções dos gestores em saúde acerca das fragilidades e potencialidades na execução do 4º Passo da iniciativa hospital amigo da criança.

MÉTODO

Estudo de caráter descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa, que se caracteriza pelo fato de a análise das informações coletadas ser totalmente subjetiva, objetivando entender o comportamento das pessoas, suas opiniões, suas atitudes, suas crenças, seus medos, e está relacionada com o significado que as pessoas atribuem a suas experiências e com o modo como entendem o mundo em que vivem.¹⁰

O cenário da pesquisa foi a Maternidade Moura Tapajoz, localizada na Zona Oeste, no bairro da Compensa 2, na Avenida Brasil, na cidade de Manaus, capital do estado do Amazonas. Trata-se da única maternidade municipal da rede de risco habitual. A unidade possui 75 leitos obstétricos e neonatais e realiza aproximadamente 3 mil partos ao ano, trabalha com gestão participativa por meio do colegiado gestor. Desde 2010, é certificada com o título Iniciativa Hospital Amigo da Criança, tendo sido, em 2019 e 2023, submetida a uma reavaliação, conforme o estabelecido na Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014. Observado que não há prática do contato pele a pele no Parto Cesário. Intensificar a sensibilização da equipe médica, quanto ao cumprimento desse passo, assim, instituir o Protocolo do contato pele a pele.

Os participantes da pesquisa foram dez gestores que atuam na Maternidade Moura Tapajoz da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, que têm a sua atuação nos respectivos cargos de: gestor de departamento, gerente de enfermagem, coordenadora do Núcleo de Educação Permanente, coordenadora médica do posto de coleta de leite humano, coordenadora de enfermagem do posto de coleta de leite humano.

Os critérios de inclusão como participantes da pesquisa foram: ter atuação no cargo de gestão, com no mínimo seis meses de atribuições no referido cargo e com atuação em nível central e/ou local como direção, gerência e supervisão. Foram excluídos da pesquisa os gestores que estavam em licença médica ou afastados de suas funções, por motivo de saúde, férias ou outros.

O primeiro contato com o gestor de saúde, selecionado por conveniência, como possível participante da pesquisa, foi por meio de envio de convite (individual); posteriormente a pesquisadora explicou de forma didática o projeto, os riscos e os benefícios do estudo, técnicas de coletas de dados e outros pontos relevantes. Após o aceite, aplicaram-se os critérios de elegibilidade. Assim, perante a conformação de elegibilidade, marcaram-se data, horário e local da entrevista, conforme a melhor comodidade do participante.

Para assegurar a privacidade e o sigilo quanto aos dados coletados, os participantes foram identificados pela letra G (inicial da palavra gestor), seguida de algarismo arábico (G1, G2, G3, G4, G5, G6, G7, G8, G9, G10), conforme a ordem de realização das entrevistas. Adotou-se essa identificação com o propósito de resguardar a identidade dos participantes da pesquisa.

A interrupção das entrevistas obedeceu ao critério de saturação teórica, utilizado em pesquisa qualitativa, que considera que, quando se coletam os dados, ocorre transferência de significações psicoculturais do meio original, seja de indivíduos, seja de grupos, para outro meio, aquele do pesquisador. Consideram-se saturados os dados quando nenhum novo elemento é encontrado e o acréscimo de novas significados torna-se convergente e há encadeamento de sentidos dos discursos, motivando a compreensão do cerne do fenômeno estudado.¹¹ Desse modo, o estudo contou com cinco participantes, quando se estabeleceu a interrupção da coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semi-estruturada, com perguntas abertas e fechadas, que foi agendada com cada participante de forma individual no local de trabalho, com sala reservada, sem a participação de terceiros, apenas a pesquisadora e o participante. O roteiro foi elaborado a partir dos objetivos do estudo, estruturado em eixos temáticos norteadores, sobre perfil de identificação, acadêmico

e profissional, com perguntas norteadoras, a fim de responder aos objetivos do estudo. Essa entrevista teve duração média de 45 minutos e foi realizada no mês de novembro de 2023.

Os dados foram coletados por meio de gravação de voz, com a autorização do participante do estudo. As gravações e as respectivas transcrições das falas ficarão armazenadas por pelo menos cinco anos, sob a responsabilidade da pesquisadora e, após esse prazo, serão excluídas, como prevê a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos.¹²

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina do Hospital Universitário Antônio Pedro, vinculado à Universidade Federal Fluminense, para apreciação e aprovação, como preconiza a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde¹². Obteve a aprovação conforme o Parecer nº 6.425.756, de 13 de outubro de 2023, CAAE: 71119923.5.0000.5243.

As entrevistas foram realizadas após aprovação do CEP e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo participante, no qual manifesta concordância e aceite em participar da pesquisa. Apresentou-se esclarecimento sobre os procedimentos de coleta de dados, riscos, benefícios e demais assuntos correlacionados à pesquisa.

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, foi utilizada, para análise e interpretação dos dados coletados, a análise de conteúdo na modalidade temática, pelo fato de essa técnica permitir a compreensão dos dados de significado psicológico e social.¹³ A análise de conteúdo como um conjunto de técnicas para análise para os procedimentos objetivos de descrição e caracterização do conteúdo das mensagens, que permitem refletir sobre os fenômenos que as comunicações abordam, bem como sobre o sujeito que as produz. Essa análise busca descobrir os aspectos centrais, os núcleos, que constroem o sentido das falas e contextualizá-las ao momento e circunstância em que foram proferidas.¹³

Visando aos objetivos da pesquisa, a análise de conteúdo desvenda e expõe os núcleos de sentido por meio de três polos cronológicos: na primeira fase: pré-análise, foi feita uma leitura flutuante de cada uma das entrevistas, com a finalidade de familiarização com o conteúdo, quando foram realizadas várias leituras para escolha de elementos representativos. Posteriormente ocorreu a segunda fase, com a exploração do material, quando foram construídas intervenções de codificação relacionando com os depoimentos transcritos dos participantes, com a finalidade de categorização.¹³

Nessa fase, utilizou-se a montagem de um quadro de unidades de significação. Após algumas estratégias de organização,

a planilha ampliada foi escolhida, utilizando colorimetria com a marcação por meio de distintas cores no Microsoft Word®, e uma legenda para o significado de cada cor estabelecida, agrupando-se em todas as unidades afins para uma visão geral das unidades. Após o agrupamento das unidades de codificação, foram avaliadas o seu percentual e reagrupadas as que demonstraram um sentido, formando temas para cada grupo.

Dessa forma, foi possível identificar, as seguintes unidades de registro: O curso como processo de qualificação; comunicação como meio de integração do 4º passo; normas, rotinas para o 4º passo; protocolo vivo; Equipe multiprofissional e gestão do cuidado; 4º passo no cotidiano do nascimento; IHAC no campo da gestão.

Por sua vez, essas unidades de registro, possibilitou a construção do núcleo temático: Gestação compartilhada para o sucesso da IHAC, contribuindo para a formulação de duas categorias, a saber: 1) Integração ensino-serviço: o passo 4º da IHAC como protocolo integrado; 2) A equipe multiprofissional na incorporação ativa do 4º passo /IHAC: tomada de decisões por meio da participação dos colaboradores.

RESULTADOS

No que tange ao perfil dos participantes do estudo, seis são do gênero feminino, quatro masculino. Oito participantes têm mais de 40 anos de idade e dois tem entre 30 e 40 anos. Quanto à religião autodeclarada, sete protestantes e três católicos. Em relação ao estado civil, duas são casadas, uma vive em união estável e sete são solteiras.

No que concerne à formação acadêmica, seis cursaram enfermagem e quatro, medicina. Quatro participantes se formaram em instituição pública e seis, em instituição particular. Todos tinham cursos de especialização lato sensu e, entre as especializações: especialista em administração hospitalar; especialista em pediatria e neonatologia; especialistas em enfermagem obstétrica.

Verificou-se que todos os participantes passaram por avaliações para a IHAC na maternidade, bem como todos realizaram cursos de aperfeiçoamento acerca do 4º passo da IHAC. Quatro cursos para esse fim ocorrem a cada três meses, e um, a cada seis meses.

Integração ensino-serviço: o 4º passo da IHAC como protocolo integrado

A maternidade frequentemente promove a integração entre ensino-serviço por meio da capacitação dos profissionais de saúde, com a finalidade de promover as etapas da IHAC, especialmente o 4º passo. Assim, há um alicerce para todos os

participarem na busca de garantir os processos de credenciamento da IHAC, conforme mostram os depoimentos a seguir:

E a maternidade ela promove, com frequência, cursos, aprimoramentos. Ela promove, sim. Então, nós tivemos o maior ganho, mesmo nas questões de curso, nas questões de visibilidade com a parte do médico, quando ela entrou. A educação continuada, ela tem o seu papel, mas ela, no momento, não é atuante. Ela não é atuante. O chefe falou que ele não quer menos do que aprovação. (G1)

É ofertada essas capacitações visando o cumprimento dos dez passos. Nesse período que eu estou aqui, acho que foi uma vez por mês, mais ou menos. Então é mensal. (G3)

As percepções dos gestores da maternidade mostram a importância da educação permanente para a capacitação de todos os profissionais, com o intuito de subsidiar uma melhoria na qualidade da assistência, bem como o apoio para o credenciamento das unidades considerando a IHAC, conforme os depoimentos:

É bem complicado. Mas a maternidade foi promovida com frequência esses cursos agora nesses últimos anos. Nesse último ano. Toda vez que a gente chega próximo, a gente tem que refazer, porque é obrigatório os cursos do IHAC, porque eles só têm validade de dois anos. Então, a educação continuada precisa ver quem fez e quem não fez, e a gente resgata essas pessoas para fazer esse curso novamente. Foram realizados os cursos on-line, presencial, in loco. Foram realizados mais de 45 cursos. Em um ano e um mês. Conseguimos atingir 80% do grupo. Para o IHAC, isso é o mínimo. E, na sua percepção, agora que a gente está vivendo tudo isso. (G2)

Atividade de educação permanente ou educação continuada, discussão de casos com a própria equipe profissional, que mostrem, que falem e abordem muito mais sobre os benefícios, porque eles acontecem, e mostrar pra eles que, muitas vezes, as dificuldades que eles acham que têm ou colocam como empecilho, se a gente for pensar bem, elas não impedem de maneira nenhuma. (G4)

Uma das fragilidades passa pelo processo da gestão com os profissionais de saúde, pois uma gestão integrada e articulada com os objetivos da unidade de saúde garante melhores resultados com o seu papel integrador e cooperador dos processos. O modelo de colaboração tem o intuito de permitir reduzir os danos e as fragilidades, com o propósito de garantir a efetivação das potencialidades, especialmente com os passos da IHAC, conforme apontam os depoimentos a seguir:

Eu acho que a fragilidade vem em relação à gestão. A gestão, ela precisa ser mais atuante com a categoria. Se a gestão, ela chega e ela faz [...] Ela se faz aparecer nas

cobranças, a gente diminui essa questão do que a gente está tendo hoje. Então, você me falou sobre isso, você acha que tem que vir de cima? [...] Também, de cima pra baixo. Já que uma pessoa não assume o seu papel, a cobrança tem que ser maior. Não é porque somos funcionários públicos que a gente não tenha cobrança do nosso serviço. E hoje existe um plano de ação pra que seja implementado, de fato, esse quarto passo? Existe. Existe um plano de ação com as diretrizes, desculpe, com as três categorias de direção. A administrativa, a gestão técnica, a gerência de enfermagem. E isso ele não ganha a questão de aumento das letras consecutivamente. Isso implica na parte financeira. Os funcionários são chamados individualmente para conversar a respeito dessa situação, do que está acontecendo, do que ele deixou de fazer. Já existem, a agência já fez a aplicação de advertência profissionais onde não se enquadraram. (G5)

Não é que seja impossível, mas nós temos um horário diferente, gente diferente, equipes diferentes e eu acho que a falta da supervisão do setor no horário noturno, isso impacta muito. Tem alguma coisa que você queira acrescentar, de tudo que a gente conversou? Você só vai ter uma equipe produtiva se você ficar perto dela. (G6)

Entre as dificuldades enfrentadas no processo de trabalho na maternidade, cita-se a implementação do 4º passo da IHAC com relação a mulheres que se submeteram à cesariana. Pois o parto cirúrgico pode ter uma pequena dificuldade, mas o profissional capacitado pode atenuar esse obstáculo e favorecer uma amamentação plena na primeira hora de vida do recém-nascido, conforme mostram os depoimentos a seguir:

O primeiro desafio para mim é o parto cesariana. Eu acho que o maior desafio é que os profissionais podem conseguir atingir o entendimento do que é o contato pele a pele. Porque é algo muito natural. Quando a gente coloca o bebê ali, só de deixar o bebê ali, ele mesmo já entra fisiologicamente com tropismo e já vai acontecendo, buscar o seio da mãe. Eu acho que falta entendimento da equipe mesmo. Reforçar cada vez mais e eu acho que realmente criar um protocolo específico pro quarto passo pode ser uma ação boa. (G7)

O centro cirúrgico foi bem mais complicado. Até hoje, a gente tem várias restrições dos profissionais em geral, todas as categorias, mas a gente vem trabalhando. Dentro do centro cirúrgico, principalmente na RPA, é garantido, mas, dentro da sala cirúrgica mesmo, é um pouco mais dificuldade, tem mais dificuldade dentro da sala cirúrgica. (G8)

Há uma necessidade crescente de estabelecimento de processos de trabalho para contribuir com o sucesso do aleitamento materno. Assim, a ausência de protocolo do 4º passo

da IHAC contribui para a não efetivação do mesmo na maternidade, não atendimento das especificidades para o contato pele a pele, conforme evidenciam os depoimentos a seguir:

Não, protocolo específico do quarto passo, não. Tem uma política. Tem a política, mas um protocolo tipo, nasceu, coloca, orienta, monitorizar, não. Uma linha, um protocolo específico do quarto passo, não. Aplicar, basicamente, uma rotina para que ela seja institucionalizada, que ela está realmente na rotina de cada profissional. (G9)

Os protocolos aqui da maternidade e os setores têm exposto nos avisos, na parede, adesivos e tem também até agora uma estratégia de QR Code, eles colocaram flyer na parede com QR Code, que, quem quiser ter o protocolo à mão no celular, eles podem ter. Mas, para o 4º passo não tem protocolo específico. (G10)

A equipe multiprofissional na incorporação ativa do 4º passo / IHAC: tomada de decisões por meio da participação dos colaboradores

Há uma maior incorporação ativa da equipe multiprofissional com o 4º passo da IHAC, com o intuito de garantir a resolução de problemas futuros com o RN. Pois a implementação do 4º passo possibilita a redução de danos ao processo de saúde e alimentação do recém-nascido, como descrito nos depoimentos a seguir:

Não. Porque, se você fizer uma contagem de 100%, eu acho que uns 30% são feitos [contato pele a pele]. Eu acho pouquíssimo. Porque, se fosse feito o contato pele a pele e a oferta de ajuda no setor PPP, nós não teríamos tantos problemas dentro. Como fissuras. Os pedidos de complemento. Os bebês com hipoglicemia. Se tudo isso fosse feito lá, como manda toda a história da amamentação, se fosse feita a colocação da pele a pele, o bebê é colocado no peito, mesmo que ele não mame, seria um ganho para a gente aqui atrás. (G1)

Muitos mais profissionais, a equipe, acho que alguma parte da equipe que é terceirizada, ela não é integrada às rotinas da maternidade, que acho que tem uma parte da anestesia que é realmente que mais prejudicada e falta um pouco de responsabilidade de todos os profissionais envolvidos no parto cesáreo. De todos que estão lá envolvidos, acho que tem que ter essa participação importante pra ter esse processo, pra que realize esse contato precoce com a mãe. Então, está faltando talvez essa comunicação mais eficaz com a equipe, o acompanhante, que é ele que vai ficar lá sobre aquela. (G3)

A articulação com a equipe multiprofissional da maternidade se torna necessária para um maior comprometimento e sensibilização dos profissionais de saúde atuantes na

maternidade, com o propósito de garantir maior qualidade da assistência, conforme apontam os depoimentos a seguir:

A equipe está comprometida. Eu acho que o que falta para as pessoas é comprometimento profissional. E de uma classe, de todas as classes. Não é só da enfermagem. Se o médico deixar o contato da pele realmente acontecer, se o enfermeiro e a obstetra, se pudesse ser colocado como o papel dele e o técnico ajuda, porque o técnico precisa ajudar. Sem ele falar, sem ele se posicionar, porque eles são em maior número. E a percepção em relação aos profissionais que atuam no centro cirúrgico para iniciar esse contato pele a pele? Se nenhuma PPP for 30% no centro cirúrgico, essa amamentação na primeira hora de vida. Eu acho que chega até a ser menor, porque ainda é menor ainda o número de funcionários. E sem comprometimento deles, para mim, eu vou bater na tecla comprometimento e quantidade de pessoas. Mas também não adianta você ter dez pessoas na escala, se nenhum deles está comprometido com o serviço. Olha, como eu estou lhe dizendo, hoje a gente está tendo um engajamento maior. Na reta final, a gente teve um engajamento maior dos enfermeiros. Eu acredito que, se a gente continuar sendo mais próximo, não só na cobrança, mas como a gente se coloca disponível, a gente como os enfermeiros, vou colocar na minha categoria, a gente se coloca mais disponível aos funcionários, mais disponível à classe médica em fazer isso, eu acho que a gente vai conseguir que, na outra avaliação, a gente não está mais nessa situação de corre-corre. (G2)

O médico para fazer. A gente precisa desse tipo de profissional. Que ele tenha argumento, que ele tenha estudo e que ele tenha condição de argumentar com o médico para que seja feito tal passo. Hoje nós estamos. Eu me vejo ainda engateando no quarto passo, mas já foi muito pior. Impressionante como já foi pior. Hoje a gente consegue ter para alguns profissionais, eles aceitam essa questão do contato pela pele. (G4)

A garantia do modelo colaborativo, com a aplicação dos passos da IHAC, em especial do 4º passo, torna-se primordial para a efetivação de um cuidado direcionado às necessidades da mulher e do RN, com o intuito de tomada de decisão para a melhoria da saúde com a amamentação, conforme mostram os depoimentos a seguir:

O desafio é fazer acontecer, é saber que o médico, ao papel dele, ele precisa aceitar, não é ele o principal, ele precisa aceitar que é a mãe e o bebê, e que é o tempo deles, não precisa corre-corre, não precisa, claro que um ou outro vai passar, mas olhe só, se você tiver dez partos no dia, oito você consegue fazer, você não tem um grande número? [...] O desafio é fazer com que eles façam, pra que elas consigam amamentar aqui e eles precisem menos de fórmula. O desafio é que eles consigam colocar no quarto

passo, o bebê procura o peito, chega lá e essa mãe não fica o quê? [...] Três, quatro dias ainda pra começar uma amamentação. Porque, se ele não coloca lá, é fórmula aqui direta, eu não tenho um leite materno pra dar pra todo mundo, pasteurizado. (G5)

Então, esse grupo aqui de sete pessoas é pela primeira vez que nós estamos fazendo uma abordagem beira-leito, um por um, e fazendo com que os funcionários façam o seu papel. Nós estamos indo de uma por uma que tem neném, de uma por uma que está grave em tratamento clínico, falando sobre o que é o contato pele a pele, falando qual a importância dele e como ela vai ser vista lá dentro do bloco cirúrgico. Na saída dela, ou só para um paciente que veio para ali, a gente vai lá e pergunta: “E aí, você recebeu alguma orientação?” É pela primeira vez que nós temos esse tipo de fluxo. Só o que a gente quer? Que isso não seja feito por um grupo apenas, que ele seja divulgado na rotina de cada. (G7)

Os sinais clínicos do recém-nascido, como o sinal de fome, constituem uma importante estratégia para a equipe multiprofissional interagir e promover um cuidado especializado para orientação da mulher, com o propósito de favorecer a amamentação na primeira hora de vida da criança, conforme apontam os depoimentos a seguir:

Sinais de fome do bebê. Exatamente. Sobre o processo de amamentação. É. A principal observação clínica de que a gente pode aumentar na mãe é que o bebê, nessa hora que o bebê nasce, ele vai dormir, ele vai relaxar, depois ele vai se familiarizar com o local, ele vai abrir as bocas, a gente tem que mostrar para a mãe quais são os sinais de fome, como o bebê está fazendo essa busca e orientar a mãe de como esse bebê, trazê-lo a estar mais próximo da mamãe para ver como ele vai orientá-la, se necessário, se a mãe tiver alguma dúvida sobre a pega e a posição. (G2)

O contato pele a pele referido no 4º passo da IHAC promove a criação de vínculo entre mãe e recém-nascido. Esse vínculo é essencial para a integração entre os envolvidos, numa relação construída de inúmeros sentimentos que envolvem o nascer de um filho e o processo de cuidado, como mencionado nos depoimentos a seguir:

Claro, é primordial. Porque o contato pele a pele nada mais é do que criação de vínculo. Se você cria vínculo com seu bebê, você vai cuidar dele, tu queres dar o teu leite pra ele. É totalmente diferente de uma criança que você só coloca no berço, dá uma mamadeira e troca a fralda e bota ele no berço de volta. É diferente. (G8)

Então, o bebê precisa ter esse contato para ele se familiarizar com essa mãe, a mãe tem esse aumento desse vínculo. Então, conforme minhas percepções que o

contato, ele gera um maior vínculo afetivo entre a mãe e bebê. Melhores taxas de aleitamento materno, porque associado ao bebê está aqui e ele busca essa amamentação, esse potencial. A gente consegue melhorar as taxas de aleitamento materno, a mãe entendendo como é o adesivo do leite, o que é o colostro, como é os sinais de fome, que o aleitamento materno deve ser feito em livre demanda, que ele é guiado pelo bebê. Então, essas são as nossas orientações que são fundamentais e que têm potencial muito grande para melhoria até mesmo do vínculo materno-infantil. Melhorar a taxa de aleitamento materno, melhorar o vínculo materno-infantil. Você faz com que o bebê entre em contato mais precoce com a microbiota materna. É uma proteção a curto e longo prazo na vida saudável do bebê. A gente diminui os gastos do mundo. Com a diminuição do uso de fórmula infantil. (G10)

DISCUSSÃO

A OMS e o Unicef mencionam que o contato pele a pele influencia positivamente na interação mãe-bebê, com o aumento de comportamentos de vínculo e apego. Essa prática na primeira hora, após o nascimento, alivia o estresse pós-traumático em mulheres que tiveram experiências de parto desafiantes, risco de depressão materna precoce, problemas de vínculo e diminui a ansiedade materna. Os efeitos do contato pele a pele são redução de morte precoce, sucesso na primeira amamentação, aumento da probabilidade de amamentação exclusiva, comportamentos positivos na pega e sucção.¹⁴ Desse modo, o contato pele a pele produz benefícios maternos e neonatais, favorecendo a saúde da mulher e da criança.

Nota-se a necessidade constante de aprimoramento profissional para sustentar um compartilhamento de saberes e para o campo prático do cuidado. Um monitoramento das unidades com o selo IHAC mostra que 96% das instituições cumprem o 4º passo.¹⁵ Assim, o engajamento, a sensibilização e a capacitação de toda a equipe de saúde se fazem necessários para o processo de cuidado. Contudo, a taxa de contato pele a pele na região norte do país ainda é de 27,9%.¹⁶ Esse indicador mostra como é real a atuação em prol do 4º passo da IHAC para o sucesso do aleitamento materno.

A Educação Permanente em Saúde (EPS), inserida pelo Ministério da Saúde como uma política de saúde no Brasil por meio das Portarias nº 198/2004 e nº 1.996/2007, tem como objetivo nortear a formação e a qualificação dos profissionais inseridos nos serviços públicos de saúde, com a finalidade de transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho com base nas necessidades e dificuldades do sistema.¹⁷ Assim, a EPS deve estar articulada para o aprimoramento

profissional, com o propósito de garantir o cumprimento de todos os passos da IHAC, especialmente do 4º passo.

Dessa forma, o compartilhamento entre os profissionais deve se mostrar como um protocolo vivo pautado nas recomendações científicas para o contato pele a pele na primeira hora de vida, como argumenta a OMS. Também deve se pautar no protagonismo da usuária do serviço que culmina em princípios para a sua saúde e a da criança. Este deve ser realizado com relação a pelo menos em 80% de mulheres que foram submetidas a parto vaginal ou à cesariana sem anestesia geral, sendo essa iniciativa essencial para a consolidação da IHAC.¹⁸

Contudo, no âmbito do trabalho, ocorrem fragilidades no processo de incorporação desse sentido no cotidiano e, especialmente com relação à gestão. Assim, o modelo colaborador interprofissional mostra a interação entre distintas áreas em prol de um objetivo comum, e, nesse caso, a implementação do contato pele a pele. A importância deste deve ser compreendida pelos profissionais de saúde e gestores, para que se garantam melhores indicadores institucionais no âmbito da IHAC e da amamentação, reduzindo, assim, custos operacionais provenientes de falhas na amamentação.

Pois, essa unidade de colaboração que profissionais de diferentes áreas querem trabalhar juntos para prover a melhor atenção à saúde dos usuários, mas que ao mesmo tempo reconhecem que têm seus próprios interesses e querem reter algum grau de autonomia, pois buscam reduzir a competição e substituir por relações de parceria interprofissional e responsabilidade coletiva.¹⁹

Evidencia-se, assim, a necessidade de a gestão estar mais empenhada na sensibilização de todos os profissionais de saúde, por meio da cooperação/supervisão dos processos de trabalho, para um cuidado compartilhado e integrado voltado também para a prática do contato pele a pele entre mãe-bebê, reduzindo as possíveis fragilidades na busca de atingir o objetivo comum institucional.

Uma das dificuldades enfrentadas no contato pele a pele diz respeito às mulheres submetidas à cesariana. Sendo assim, apresentam-se indicadores de contato pele a pele maiores referentes a mulheres que tiveram parto vaginal em comparação àquelas que se submeteram a parto cesáreo. A menor ocorrência do contato pele a pele pode estar relacionada até mesmo à própria prática do profissional de saúde em realizar os protocolos instituídos para o cuidado materno e neonatal, que não tem como foco inicial favorecer esse contato entre mãe-bebê na primeira hora de vida.¹⁸

Nesse sentido, verifica-se que, apesar do conhecimento do processo vivo para o contato pele a pele, há empecilhos

operacionais oriundos de uma prática que não valoriza o 4º passo da IHAC. Assim, um protocolo instituído no centro obstétrico, centro cirúrgico na primeira hora de vida é de suma importância para garantir o cumprimento dos objetivos institucionais para o contato pele a pele, a amamentação. No entanto, de acordo com os discursos, há um comprometimento da gestão da maternidade com o processo formativo, mas ainda o serviço se apresenta fragilizado, com uma baixa incorporação dos protocolos instituídos. Por conseguinte, este estudo se mostra relevante uma vez que promove a utilização do Procedimento Operacional Padrão para o contato pele a pele, instituindo processos no âmbito do trabalho na maternidade.

A gestão reconhece o trabalho individualizado, centrado na pessoa do profissional de saúde e não no processo coletivo de colaboração com vistas a uma prática igualitária, pautada nas melhores evidências científicas e não no saber individual. Assim, o trabalho coletivo por meio da equipe multiprofissional se torna um alicerce para promoção do contato pele a pele na primeira hora de vida.

Na implementação do contato pele a pele, ocorrem deficiências, e a gestão precisa de um maior acompanhamento, especialmente de orientações para as mulheres e a promoção de tomada de decisão. Muitas mulheres não recebem orientações sobre os benefícios do contato pele a pele e do aleitamento materno, o que pode favorecer uma maior probabilidade de ocorrer problemas mamários e menores taxas de aleitamento materno exclusivo.²⁰ Assim, uma gestão articulada com o saber multiprofissional, com o coletivo de distintas formas de saber, deve propiciar a garantia do contato pele a pele entre mãe e bebê.

Faz-se necessário um maior engajamento do profissional de saúde, que, por meio de um comportamento ativo no processo de trabalho, favorece para que cada profissional tenha o seu compromisso com os objetivos da IHAC, especialmente com o 4º passo, além da assistência à mulher e ao recém-nascido, com a sua prática pautada em evidências científicas.

O contato pele a pele e a amamentação são práticas que devem ser estimuladas na primeira hora pós-parto, sendo conhecida como “a hora ouro”. Nesse período, todas as rotinas devem ser adiadas, devido à realização do contato pele a pele. Essa prática traz benefícios de estabilidade fisiológica para a díade mãe-bebê, aumenta o comportamento de apego, protege contra efeitos negativos da separação materno-infantil, apoia o desenvolvimento ideal do RN e promove o estímulo ao AM, sendo proporcionado por toda a equipe de profissionais de saúde e não sendo atribuição de um profissional ou categoria.²⁰

Desse modo, os profissionais atuantes na assistência obstétrica são essenciais e facilitadores no processo de contato precoce entre a mãe e o bebê. Porém, em muitas ocasiões, profissionais de saúde promovem a separação do binômio mãe/bebê, devido a barreiras institucionais, como a alta demanda da rotina hospitalar.²¹ Assim, é primordial que a gestão esteja articulada com os profissionais de saúde com a devida sensibilização e orientações institucionais para a garantia do contato pele a pele na primeira hora de vida.

Sabe-se que a busca por agilidade nas rotinas hospitalares, a dinamização do turno de trabalho e a alta produtividade, muitas vezes, acabam levando os profissionais a prestarem uma assistência fragmentada e mecanicista, distanciando-os dos preceitos estabelecidos pela IHAC e pelo MS.²¹

Há uma necessidade da incorporação do conhecimento coletivo como produto da produção científica que alinha e fortalece o cuidado ao aleitamento materno, em especial com o 4º passo da IHAC, que determina os benefícios do contato pele a pele entre mãe-bebê já comprovados cientificamente: como estabelecimento do vínculo, pega, aleitamento materno, estabilidade cardiorrespiratória, menor perda de energia e calor, adaptação metabólica, entre outros.^{1-3,6-8,14-20}

As ações dos profissionais de saúde e gestores devem estabelecer a sua prática para promoção, proteção e apoio à amamentação, contribuindo para o enfrentamento das possíveis dificuldades para o sucesso do aleitamento materno, entre elas a identificação pela equipe multiprofissional dos sinais do bebê de fome. Quando se apoia o contato pele a pele e o profissional de saúde orienta quanto aos sinais clínicos (sinal de fome), a mulher fica mais propensa a realizar na primeira hora devida, favorecendo o início precoce do aleitamento materno exclusivo.²²

A OMS e o Unicef recomendam o contato pele a pele porque ele, entre outros benefícios, fortalece o vínculo entre mãe e bebê. No entanto, há necessidade de que essa prática se torne rotina clínica, por se tratar de uma estratégia de baixo custo, além de trazer diversos benefícios para a díade mãe-bebê, promovendo um cuidado à saúde de forma mais sensível e humanizada.²³ Com a produção institucional do contato pele a pele, a gestão da instituição favorece um vínculo precoce, por meio de sentimento inerente à maternidade, entre a mãe e o seu filho.

Assim, uma equipe multiprofissional, articulada com a gestão, com objetivos afins, promove o contato pele a pele entre mãe-bebê como política institucional, com a garantia desta prática na sua rotina clínica dos protocolos. No entanto, torna-se importante mencionar que, mesmo com os protocolos instituídos, é preciso a incorporação de uma prática coletiva no sentido da implementação do contato pele a pele

com promoção de mudanças institucionais pautadas nos objetivos da IHAC.

CONCLUSÃO

O presente estudo visou à análise das percepções dos gestores em saúde acerca das fragilidades e potencialidades na execução do 4º Passo da iniciativa hospital amigo da criança e apontou os facilitadores e dificultadores do processo para a linha de cuidados materno-infantis na maternidade Moura Tapajóz.

Os gestores mostraram conhecimento sobre os benefícios do contato pele a pele entre mãe-bebê, proporcionado para todos os profissionais de saúde envolvidos, por meio de cursos de aprimoramento por meio de educação permanente em saúde da instituição. Portanto, há oferta de conhecimento sobre a importância do contato pele a pele para a mulher e a criança, que pode contribuir de forma positiva para os indicadores da maternidade, do município e do estado em relação ao aleitamento materno.

Há necessidade de uma maior integração da equipe como um protocolo vivo e efetivo para a saúde da mulher e da criança no âmbito do 4º passo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, para que, com a efetivação do trabalho coletivo e colaborativo, a atividade do contato pele a pele não se torne uma atribuição de um profissional ou uma categoria, mas de todos os envolvidos no objetivo institucional para a saúde do binômio mãe e bebê.

Nesse sentido, o estudo contribui de forma efetiva para a percepção por parte dos gestores da maternidade do 4º passo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, com a finalidade de trabalhar para a superação das fragilidades na prática do processo do contato pele a pele e do início do aleitamento materno ainda na sala de nascimento.

Aponta-se como limitação do presente estudo o pequeno número de gestores que participaram do estudo, no entanto, entende-se que a pesquisa qualitativa não tem a pretensão de generalização de um dado fenômeno, e sim dar sentido à discussão de um dado evento.

REFERÊNCIAS

1. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo I. Histórico e implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2008 [acesso em 25 de janeiro 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa_hospital_amigo_crianca_modulo1.pdf.
2. Lamounier JA, Chaves RG, Rego MAS, Bouzada MCF. Iniciativa hospital amigo da criança: 25 anos de experiência no Brasil. *Rev Paul Pediatr*. [Internet]. 2019 [acesso em 25 de janeiro 2025]; 37(4). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2019;37;4;00004>.
3. Antunes MB, Demitto MO, Soares LG, Radovanovic GAT, Higarashi IH, Ichisato SMT, et al. Amamentação na primeira hora de vida: conhecimento e prática da equipe multiprofissional. *Av Enferm*. [Internet]. 2017 [acesso em 25 de janeiro 2025]; 35(1). Disponível em: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v35n1.43682>.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009 [acesso em 25 de janeiro 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf.
5. Santos NHA, Vasconcellos MTL, Silva PLN, Castro IRR, Boccolini CS, Kac G. Plano amostral do Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI-2019): inquérito domiciliar de base populacional. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2021 [acesso em 25 de janeiro 2025]; 37(8): e00037221. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00037221>.
6. Lopes SS, Laignier MR, Primo CC, Leite FM. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: avaliação dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno. *Rev Paul Pediatr*. [Internet]. 2013 [acesso em 25 de janeiro 2025]; 31(4). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-05822013000400011>.
7. Rodrigues DP, Alves VH, Paula CC, Vieira BDG, Pereira AV, Reis LC, et al. Humanized childbirth: the values of health professionals in daily obstetric care. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2022 [acesso em 25 de janeiro 2025]; 75(2):e20210052. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0052>.
8. Sampaio ÁRR, Bousquat A, Claudia B. Contato pele a pele ao nascer: um desafio para a promoção do aleitamento materno. *Epidemiol Serv Saúde*. [Internet]. 2016 [acesso em 25 de janeiro 2025]; 25(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742016000200007>.
9. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 569 de 1 de junho de 2000. Instituir o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2000 [acesso em 25 de janeiro 2025].

- janeiro 2025]; Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html.
10. Vieira S, Hossne WS. Metodologia Científica para a Área de Saúde. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021.
 11. Nascimento LCN, Souza TV, Oliveira ICS, Moraes JRMM, Aguiar RCB, et al. Saturação teórica em pesquisa qualitativa: relato de experiência na entrevista com escolares. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2018 [acesso em 25 de janeiro 2025];71(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0616>.
 12. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012 [acesso em 25 de janeiro 2025]; Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.
 13. Bardin L. Análise de Conteúdo. 4ª edição. Lisboa: Edições 70 LDA; 2011.
 14. Brimdyr K, Stevens J, Svensson K, Blair A, Turner-Maffei C, Grady J, et al. Skin-to-skin contact after birth: Developing a research and practice guideline. *Acta Paediatr.* [Internet]. 2023 [acesso em 25 de janeiro 2025];112(8). Disponível em: <https://doi.org/10.1111/apa.16842>.
 15. Kuamoto RS, Bueno M, Riesco ML. Contato pele a pele entre mãe e recém-nascido a termo no parto normal: estudo transversal. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2021 [acesso em 25 de janeiro 2025];74(Suppl 4): e20200026. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0026>.
 16. Moreira MEL, Gama SGN, Pereira APE, Silva AAM, Lansky S, Pinheiro RS, et al. Clinical practices in the hospital care of healthy newborn infant in Brazil. *Cad Saúde Pública.* [Internet]. 2014 [acesso em 25 de janeiro 2025];30(1):S128-S139. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00145213>.
 17. Ferreira L, Barbosa JSA, Espotil CDD, Cruz MM. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde debate.* [Internet]. 2019 [acesso em 25 de janeiro 2025];43(120). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912017>.
 18. Ayres LF, Cnossen RE, Passos CM, Lima VD, Prado MRMC, Beirigo BA. Fatores associados ao contato pele a pele imediato em uma maternidade. *Esc Anna Nery.* [Internet]. 2021 [acesso em 25 de janeiro 2025];25(2): e20200116. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0116>.
 19. Peduzzi M, Agreli HF. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu).* [Internet]. 2018 [acesso em 25 de janeiro 2025];22(Supl. 2). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>.
 20. Campos PM, Gouveia HG, Strada JKR, Moraes BA. Contato pele a pele e aleitamento materno de recém-nascidos em um hospital universitário. *Rev Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2020 [acesso em 25 de janeiro 2025];41(esp):e20190154. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190154>.
 21. Souza HLR, Fernandes FECV, Pereira RCLF, Melo RA. Compreensão da enfermagem sobre o contato pele a pele entre mãe/bebê na sala de parto. *Rev Enferm UFSM.* [Internet]. 2020 [acesso em 25 de janeiro 2025];10:e93. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769242729>.
 22. Vargas PB, Vieira BDG, Queiroz ABA, Alves VH, Aguiar RCB, Rodrigues DP. Experiências de puérperas na identificação de sinais de fome do recém-nascido. *Rev Baiana Enferm.* [Internet]. 2016 [acesso em 25 de janeiro 2025];30(1). Disponível em: <https://doi.org/10.18471/rbe.v1i1.12011>.
 23. Lotto CR, Linhares MBM. Contato “pele a pele” na prevenção de dor em bebês prematuros: revisão sistemática da literatura. *Trends Psychol.* [Internet]. 2018 [acesso em 25 de janeiro 2025];26(4). Disponível em: <https://doi.org/10.9788/TP2018.4-01Pt>.