









## Elementos que influenciaram no contato imediato entre mãe e bebê na hora dourada\*

Elements that influenced immediate mother-neonate contact during the golden hour

Elementos que influyeron en el contacto inmediato entre madre y bebé en la hora dorada

### Como citar este artigo:

Monteiro BR, Silva VGF, Andrade ASS, Machado LS, Pinto ESG, Souza NL. Elements that influenced immediate mother-neonate contact during the golden hour. Rev Esc Enferm USP. 2022;56:e20220015. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0015en>

-  Bruna Rodrigues Monteiro<sup>1</sup>
-  Valéria Gomes Fernandes da Silva<sup>1</sup>
-  Anny Suelen dos Santos Andrade<sup>1</sup>
-  Luciana Silva Machado<sup>2</sup>
-  Erika Simone Galvão Pinto<sup>1</sup>
-  Nilba Lima de Souza<sup>1</sup>

\* Extraído da dissertação: “Fatores intervenientes no contato pele a pele entre mãe e bebê na hora dourada”, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2019.

<sup>1</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Natal, RN, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Programa de Graduação em Enfermagem, Natal, RN, Brasil.

### ABSTRACT

**Objective:** To characterize the elements that influenced the immediate mother-neonate contact during the golden hour. **Method:** A cross-sectional observational study with a quantitative approach. A total of 105 parturient women hospitalized in two maternity hospitals with usual risk were observed. The instrument was based on Brazilian National Normal Childbirth Care Guidelines and World Health Organization good obstetric practices, totaling 36 questions. The analysis took place in a descriptive way using the Chi-Square Test for proportion comparison. **Results:** Of the parturient women, 2.8% (n = 3) experienced the golden hour, and 82.9% (n = 87), immediate contact between 1 and 5 minutes. In 85.7% (n = 90) of the group, there were no causes that contraindicated immediate contact. For 48.0% (n = 49) of participants, contact was re-established by the nursing staff within 31–60 minutes. **Conclusion:** Immediate contact during the golden hour had low hospital care compliance. Neonatal procedures that can be postponed predominated as influencing elements of the golden hour. The assistance observed in the birth rooms investigated reflects the need to reduce interventions in labor and birth.

### DESCRIPTORS

Mother-Child Relations; Delivery of Health Care; Labor, Obstetric; Obstetric Nursing; Infant, Newborn.

### Autor correspondente:

Bruna Rodrigues Monteiro  
Rua Monsenhor José Edson  
Monteiro, 36, Vale do Sol  
59143-042 – Parnamirim, RN, Brasil  
[brunarenfermeira@gmail.com](mailto:brunarenfermeira@gmail.com)

Recebido: 21/01/2022

Aprovado: 21/06/2022

## INTRODUÇÃO

A primeira hora de vida do neonato, denominada de “hora dourada”, requer do profissional de saúde a identificação de riscos potenciais para a sobrevivência do neonato e a execução de práticas baseadas em evidências científicas tidas como cuidado adequado, como o contato pele a pele (CPP) entre mãe e bebê, o qual atua como uma terapêutica recomendada<sup>(1-2)</sup>.

A realização do CPP promove, para o neonato, o controle da temperatura corporal, estabilidade cardiorrespiratória e redução do risco de hipoglicemia, com consequente redução do tempo de hospitalização. Para a genitora, essa interação favorece o estabelecimento de vínculo, o estímulo ao aleitamento materno mediante estímulo da sucção, diminuindo, na mãe, a ansiedade decorrente da espera gestacional<sup>(3)</sup>.

No aspecto das recomendações, a Organização Mundial da Saúde (OMS), desde 1996, trata essa prática como uma experiência positiva dos cuidados pela equipe de saúde no intraparto<sup>(4)</sup>. Em conformidade, o Ministério da Saúde (MS) do Brasil orienta o estímulo do CPP à parturiente, de forma a minimizar a desvinculação e garantir o contato imediatamente após o parto<sup>(5)</sup>.

Contudo, verifica-se, a partir de relatos maternos, que, no ambiente hospitalar, o CPP é interrompido pela equipe de saúde para realização de procedimentos de rotina institucional e isso ocorre de forma automática, não dando oportunidade de formar vínculo<sup>(6)</sup>. Quanto à temporalidade do contato, autores indicam como uma prática que deve ser realizada imediatamente após o parto<sup>(7)</sup>, embora não haja registros precisos nos estudos que evidenciem o tempo de início da prática, frequência e duração do CPP<sup>(8-9)</sup>.

Observam-se lacunas científicas que evidenciam as dificuldades para o início e manutenção do CPP na hora dourada, bem como o registro de complicações maternas e/ou neonatais no intraparto, além de registros dos elementos estruturais atribuídos aos profissionais e aos serviços de assistência ao parto.

Com base nisso, a presente investigação tem um caráter pioneiro na identificação cronológica e, concomitante, de elementos que influenciaram no CPP entre mãe e bebê na hora dourada, de forma simultânea, em duas maternidades públicas de assistência ao parto de risco habitual. O estudo teve como objetivo caracterizar os elementos que influenciaram no contato imediato entre mãe e bebê na hora dourada.

## MÉTODO

### TIPO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional transversal, com abordagem quantitativa.

### POPULAÇÃO

A população foi constituída por parturientes internadas nas maternidades de risco habitual que evoluíram para o parto normal. Para determinar o tamanho da amostra, utilizou-se a equação de cálculo de amostra finita, considerando o nível de confiança de 95% e margem de erro estimada de 0,075. Adotou-se a prevalência esperada de 0,40 para partos normais

e número médio de 290 partos realizados em ambos os serviços no período de três meses, resultando em 105 parturientes.

### LOCAL

A pesquisa foi realizada nas unidades de pré-parto, parto e pós-parto (PPP) de duas maternidades localizadas na cidade de Natal e Santa Cruz, estado do Rio Grande do Norte, Brasil.

Ambas as maternidades, de caráter público, contam com uma assistência obstétrica multiprofissional e estrutura favorável às boas práticas obstétricas, representadas pelo PPP, além de serem referência no atendimento às gestantes classificadas como de risco habitual.

### CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

O estudo adotou como critério de inclusão gestantes de risco habitual, com idade gestacional  $\geq 37$  semanas, na iminência do parto, e como critério de exclusão, as gestantes que evoluíram para parto cirúrgico e aquelas que, na iminência do parto, vivenciaram um parto instrumentalizado.

### COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu por conveniência, no período de maio a julho de 2019, pela pesquisadora e três assistentes da pesquisa, após nivelamento. A seleção das participantes ocorreu a partir da admissão das parturientes elegíveis para o estudo nas unidades de PPP, que aceitaram em participar da pesquisa e, no seguimento, evoluíram para o período expulsivo do parto normal.

Para coleta dos dados, foi utilizado um instrumento estruturado no formato de formulário, com base nas recomendações da OMS e nas Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal do MS<sup>(4-5,10)</sup>, de forma a viabilizar a identificação de variáveis que retratem os possíveis elementos que influenciaram no CPP entre mãe e bebê na hora dourada.

Assim, o formulário consistiu em cinco eixos: o primeiro, voltado para caracterização das participantes, com dados socioeconômicos e obstétricos da parturiente; o segundo, referente à caracterização do contato na hora dourada, com dados gerais de elementos que influenciaram a prática; o terceiro, representando os elementos maternos influenciadores, com a caracterização de procedimentos/intercorrências maternas; o quarto, caracterizando os elementos neonatais influenciadores, representados por procedimentos/intercorrências neonatais; e o quinto eixo, fazendo referência aos elementos estruturais influenciadores observados na assistência caracterizada pela carência na comunicação interprofissional da equipe e transferência do binômio.

O instrumento contou com 36 questões e só foi aplicado após ser submetido à testagem, para adequação dos objetivos propostos no projeto, em uma maternidade com mesmo perfil de atendimento.

Ao todo, houve a participação de quatro pesquisadoras niveladas no treinamento para utilização do instrumento, e, posteriormente, foi realizado o Teste KAPPA para confirmar coerência e habilidades. Também foram orientadas quanto à conduta inerente de um observador<sup>(11)</sup>, de forma a respeitar a rotina hospitalar e o espaço da parturiente. As pesquisadoras acompanharam o parto das participantes e permaneceram como

observadoras no local durante todo o período correspondente à hora dourada (uma hora pós-parto).

## ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados coletados foram registrados e armazenados em uma planilha eletrônica e submetidos ao *software* estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 18, para análise.

Ao caracterizar o perfil pessoal, socioeconômico e as condições obstétricas das parturientes e dos neonatos, foram construídas as respectivas distribuições de frequência, além da caracterização do contato e dos elementos maternos e neonatais que retardaram/comprometeram o CPP entre mãe e bebê na hora dourada. Para comparar os percentuais dos elementos na distribuição geral, foi aplicado o Teste do Qui-Quadrado, para comparar a proporção. Todas as conclusões consideraram o nível de significância de 5% ( $P < 0,05$ ).

## ASPECTOS ÉTICOS

Antes de iniciar a observação, as parturientes foram orientadas quanto ao objetivo, potenciais riscos e os resultados esperados da pesquisa, a fim de assegurar o direito à privacidade e confidencialidade. Após aceite das condições declaradas, as parturientes assinaram os termos de consentimento, em duas vias, autorizando a pesquisa, e a possibilidade de desistência, por parte das voluntárias, em qualquer fase da pesquisa.

A pesquisa seguiu os preceitos éticos, conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata sobre pesquisas envolvendo seres humanos, após aceite das instituições e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, sob Parecer nº 3.187.286, com aprovação no primeiro semestre de 2019. Os autores informaram à mulher acerca da contribuição social ao participar do estudo, do anonimato e da possibilidade de desistir em qualquer fase da pesquisa.

## RESULTADOS

O estudo observou 105 parturientes, que evoluíram para o parto normal, em duas maternidades localizadas no nordeste do Brasil.

Após a observação contínua da assistência prestada à mãe e ao bebê na sala de parto por 60 minutos, de forma ininterrupta, os resultados foram subdivididos em: caracterização das participantes; caracterização do contato na hora dourada; e elementos maternos, neonatais e estruturais, respectivamente, que influenciaram no contato imediato entre mãe e bebê.

Os elementos maternos e neonatais foram categorizados em procedimentos e intercorrências. Para os procedimentos, considerou-se toda a assistência prestada pela equipe de saúde no cenário de parto e de práticas para prevenção de complicações. As intercorrências caracterizaram-se como práticas voltadas para a sobrevida materna e neonatal que necessitaram de intervenção imediata pela equipe.

## CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES

O perfil socioeconômico das parturientes apontou que 66 (62,9%) estavam na faixa etária de 19 a 30 anos de idade,

88 (83,8%) possuíam companheiro(a), 72 (68,6%) tinham cor parda e 61 (58,1%) tinham ensino médio completo. Quanto à procedência, 65 (61,9%) provinham da cidade sede do parto e 83 (79%) tinham renda familiar de até um salário mínimo. Nas condições obstétricas, todas as parturientes tinham idade gestacional (IG) superior a 37 semanas e 56 (53,3%), com mais de seis consultas de pré-natal. Destas, 46 (43,9%) não tinham filhos, 59 (56,2%) desejavam a gravidez, 100 (95,2%) não tiveram alterações sorológicas durante a gravidez e 71 (67,6%) não tiveram complicações iniciais na gravidez.

Em relação ao conhecimento do CPP imediatamente após o parto, o mesmo teste evidenciou que 78 (74,2%) relataram desconhecimento quanto a este direito. O Teste do Qui-Quadrado, para comparar a proporção, foi significativo em todas as características socioeconômicas e obstétricas das parturientes ( $p$ -valor  $< 0,05$ ), exceto para o desejo de gravidez ( $p$ -valor = 0,205), conforme apresentado na Tabela 1.

**Tabela 1** – Caracterização do perfil socioeconômico e obstétrico das parturientes (n = 105) – Natal e Santa Cruz, RN, Brasil, 2019.

| Variáveis avaliadas                  | Total |      |                     |
|--------------------------------------|-------|------|---------------------|
|                                      | n     | %    | p-valor             |
| <b>Idade</b>                         |       |      |                     |
| 15 a 18 anos                         | 23    | 21,9 |                     |
| 19 a 30 anos                         | 66    | 62,9 | <0,001 <sup>1</sup> |
| 31 a 45 anos                         | 16    | 15,2 |                     |
| <b>Estado civil</b>                  |       |      |                     |
| Sem companheiro                      | 17    | 16,2 |                     |
| Com companheiro                      | 88    | 83,8 | <0,001 <sup>1</sup> |
| <b>Cor da pele</b>                   |       |      |                     |
| Branca                               | 29    | 27,6 |                     |
| Preta                                | 4     | 3,8  | <0,001 <sup>1</sup> |
| Parda                                | 72    | 68,6 |                     |
| <b>Escolaridade</b>                  |       |      |                     |
| Analfabeto                           | 1     | 1,0  |                     |
| Ensino fundamental                   | 37    | 35,2 |                     |
| Ensino médio                         | 61    | 58,1 | <0,001 <sup>1</sup> |
| Ensino superior                      | 6     | 5,7  |                     |
| <b>Procedência</b>                   |       |      |                     |
| Cidade sede                          | 65    | 61,9 |                     |
| Cidade adjacente                     | 40    | 38,1 | 0,015 <sup>1</sup>  |
| <b>Renda mensal</b>                  |       |      |                     |
| Nenhuma                              | 3     | 2,9  |                     |
| Até 1 salário mínimo                 | 83    | 79,0 | <0,001 <sup>1</sup> |
| De 2 a 3 salários mínimos            | 19    | 18,1 |                     |
| <b>Idade gestacional</b>             |       |      |                     |
| A termo                              | 103   | 98,1 | <0,001 <sup>1</sup> |
| Pós-termo                            | 2     | 1,9  |                     |
| <b>Número de consultas pré-natal</b> |       |      |                     |
| Menos de 6 consultas                 | 22    | 21,0 |                     |
| 6 a 9 consultas                      | 56    | 53,3 | <0,001 <sup>1</sup> |
| Mais de 9 consultas                  | 27    | 25,7 |                     |

continua...

...continuação

| Variáveis avaliadas                                    | Total |      |                     |
|--|-------|------|---------------------|
|  | n     | %    | p-valor             |
| <b>Número de filhos atuais</b>                         |       |      |                     |
| Não tinha filhos                                       | 46    | 43,9 | <0,001 <sup>1</sup> |
| Um filho   | 29    | 27,6 |                     |
| Dois filhos  | 14    | 13,3 |                     |
| Três ou mais filhos                                    | 16    | 15,2 |                     |
| <b>Gravidez desejada</b>                               |       |      |                     |
| Não  | 46    | 43,8 | 0,205 <sup>1</sup>  |
| Sim  | 59    | 56,2 |                     |
| <b>Alteração sorológica na gravidez</b>                |       |      |                     |
| Sem alteração sorológica                               | 100   | 95,2 | <0,001 <sup>1</sup> |
| Toxoplasmose   | 4     | 3,8  |                     |
| Sífilis  | 1     | 1,0  |                     |
| <b>Complicações iniciais na gravidez</b>               |       |      |                     |
| Ausente  | 71    | 67,6 | <0,001 <sup>1</sup> |
| Infecção do trato urinário                             | 26    | 24,8 |                     |
| Depressão  | 1     | 1,0  |                     |
| Álcool e tabaco  | 2     | 1,9  |                     |
| Hemorragia   | 1     | 1,0  |                     |
| Anemia   | 1     | 1,0  |                     |
| Arbovirose   | 2     | 1,9  |                     |
| Hipertensão gestacional                                | 1     | 1,0  |                     |
| <b>Local de informação sobre o contato pele a pele</b> |       |      |                     |
| Não teve   | 78    | 74,3 | <0,001 <sup>1</sup> |
| Maternidade  | 3     | 2,9  |                     |
| Pré-natal  | 13    | 12,4 |                     |
| Parto anterior   | 3     | 2,9  |                     |
| Multimídia/família/empresa                             | 8     | 7,6  |                     |

Nota: <sup>1</sup>p-valor do Teste do Qui-Quadrado para comparação de proporção.

Quanto aos bebês, as informações coletadas durante a primeira hora pós-parto demonstraram que 86 (81,9%) tiveram APGAR no 1º minuto entre 8–10, e 96 (91,4%), entre 8–10 no 5º minuto. Não houve, em 89 (84,7%) casos, registro de malformação, e 24 (22,8%) bebês tiveram o registro do peso na faixa entre 2,5–4,5 kg. Durante o tempo da observação, não houve o registro referente ao peso ao nascer em 81 (77,2%) casos nem registro de malformação em 15 (15,3%) prontuários de bebês nas duas primeiras horas de vida. O teste de comparação de proporção foi significativo em todos os elementos avaliados (p-valor < 0,05), indicando que o perfil descrito é, relevantemente, o de maior frequência no grupo avaliado.

#### CARACTERIZAÇÃO DO CONTATO NA HORA DOURADA

Na Tabela 2, são apresentadas as características da observação do CPP imediato. Verifica-se que 90 (85,7%) dos neonatos foram colocados no CPP logo após o nascimento, sendo em 62 (59,0%) casos o obstetra o responsável por esta ação, e a duração do CPP para 87 (82,9%) deles não ultrapassou os cinco minutos, com um quantitativo de 59 (56,2%) binômios que vivenciaram o contato no formato pele-pano.

**Tabela 2** – Caracterização do contato imediato e elementos influenciadores (n = 105) – Natal e Santa Cruz, RN, Brasil, 2019.

| Variáveis avaliadas   | Total |      |                     |
|---|-------|------|---------------------|
|   | n     | %    | p-valor             |
| <b>Início do contato imediato (minutos)</b>                       |       |      |                     |
| Imediatamente   | 90    | 85,7 | <0,001 <sup>1</sup> |
| 5–20 minutos  | 8     | 7,6  |                     |
| >60 minutos   | 7     | 6,7  |                     |
| <b>Responsáveis pelo início do contato</b>                        |       |      |                     |
| Não teve contato inicial  | 7     | 6,7  | <0,001 <sup>1</sup> |
| Pediatra  | 5     | 4,8  |                     |
| Enfermagem  | 31    | 29,5 |                     |
| Obstetrícia   | 62    | 59,0 |                     |
| <b>Elementos que influenciaram no início do contato imediato</b>  |       |      |                     |
| Ausência de elementos   | 90    | 85,7 | <0,001 <sup>1</sup> |
| Intercorrências/procedimentos maternos                            | 0     | 0    |                     |
| Intercorrências no bebê   | 7     | 6,7  |                     |
| Procedimentos no bebê   | 6     | 5,7  |                     |
| Recusa materna  | 2     | 1,9  |                     |
| <b>Duração do contato imediato (minutos)</b>                      |       |      |                     |
| Contato imediato não executado                                    | 7     | 6,7  | <0,001 <sup>1</sup> |
| 1 a 5 minutos   | 87    | 82,9 |                     |
| 6 a 59 minutos  | 8     | 7,6  |                     |
| 60 minutos  | 3     | 2,8  |                     |
| <b>Tipo de contato imediato</b>                                   |       |      |                     |
| Não executado   | 7     | 6,7  | <0,001 <sup>1</sup> |
| Contato pele-pano   | 59    | 56,2 |                     |
| Contato pele a pele   | 39    | 37,1 |                     |
| <b>Elementos que influenciaram na duração do contato imediato</b> |       |      |                     |
| Ausência de elementos   | 11    | 10,5 | <0,001 <sup>1</sup> |
| Procedimentos maternos  | 6     | 5,7  |                     |
| Procedimentos no bebê   | 71    | 67,6 |                     |
| Intercorrências no bebê   | 16    | 15,2 |                     |
| Elementos estruturais   | 1     | 1    |                     |
| <b>Responsáveis pela finalização do contato imediato</b>          |       |      |                     |
| Ausência de responsáveis  | 11    | 10,4 | <0,001 <sup>1</sup> |
| Pediatra  | 85    | 81,0 |                     |
| Equipe de enfermagem  | 3     | 2,9  |                     |
| Obstetrícia   | 4     | 3,8  |                     |
| Acompanhante/pai  | 2     | 1,9  |                     |

Nota: <sup>1</sup>p-valor do Teste do Qui-Quadrado para comparação de proporção.

Relacionado aos elementos influenciadores na duração do contato imediato, foi observado que, em 71 (67,6%) partos, prevaleceu a execução de procedimentos no bebê que poderiam ser adiados e, em 85 (81%), o pediatra atuou como o principal responsável pela interrupção do CPP.

Observam-se, na Tabela 2, 11 bebês com ausência de elementos que influenciaram na duração do contato imediato, bem como ausência de responsáveis pela finalização do contato

**Tabela 3** – Caracterização do contato tardio e elementos influenciadores (n = 102) – Natal e Santa Cruz, RN, Brasil, 2019.

| Variáveis avaliadas  | Total |      |                     |
|--|-------|------|---------------------|
|  | n     | %    | p-valor             |
| <b>Início do contato tardio (minutos)</b>                    |       |      |                     |
| Até 10 min   | 17    | 16,7 |                     |
| 11 a 20 min  | 25    | 24,5 | <0,001 <sup>1</sup> |
| 21 a 30 min  | 11    | 10,8 |                     |
| 31 a 60 min  | 49    | 48,0 |                     |
| <b>Elementos responsáveis pela demora do retorno do bebê</b> |       |      |                     |
| Ausência de elementos  | 3     | 2,9  |                     |
| Procedimentos na mãe   | 17    | 16,6 |                     |
| Procedimentos no bebê  | 55    | 53,9 |                     |
| Elementos estruturais  | 10    | 9,8  | <0,001 <sup>1</sup> |
| Intercorrências na mãe                                       | 0     | 0,0  |                     |
| Intercorrências no bebê                                      | 14    | 13,7 |                     |
| Outras causas (recusa materna e escabiose)                   | 3     | 2,9  |                     |
| <b>Responsáveis pelo contato tardio</b>                      |       |      |                     |
| Não se aplica  | 34    | 33,3 |                     |
| Pediatra   | 16    | 15,7 |                     |
| Equipe de enfermagem   | 44    | 43,1 | <0,001 <sup>1</sup> |
| Acompanhante   | 5     | 4,9  |                     |
| Puérpera   | 3     | 2,9  |                     |

Nota: <sup>1</sup>Teste do Qui-Quadrado para comparação de proporção.

imediate. O total de ambas as variáveis corresponde aos seguintes grupos de bebês: três bebês, que vivenciaram o CPP por 60 minutos de forma ininterrupta; sete bebês, que não vivenciaram em nenhum momento o contato imediato; e um bebê, que teve atraso para iniciar o contato imediato, mas manteve-se em contato com a mãe até a finalização da hora dourada.

Quanto à caracterização do contato tardio e os elementos influenciadores, conforme a Tabela 3, verifica-se que 49 (48,0%) binômios tiveram o CPP restabelecido no intervalo de 31–60 minutos, dando início ao contato tardio com a genitora. Em 55 (53,9%) dos casos, o procedimento no bebê atuou como elemento influenciador na demora do retorno do bebê ao colo materno.

Como responsável pelo início do contato tardio, teve destaque a equipe de enfermagem em 44 (43,1%) casos, seguida pela categoria não se aplica, em 34 (33,3%) dos casos, conforme apresentado na Tabela 3. Essa variável corresponde aos bebês que não vivenciaram o contato tardio, ou seja, os bebês que estava vivenciando o CPP de forma ininterrupta (n = 3), que não vivenciaram o contato tardio por causa da reanimação neonatal (n = 7) e aqueles (n = 24) que permaneceram no berço até completar uma hora de vida, não havendo profissional/responsável que estimulasse o retorno do bebê para o colo materno após a assistência prestada pela equipe de saúde.

### ELEMENTOS MATERNOS INFLUENCIADORES

Os elementos maternos influenciadores foram categorizados de forma detalhada em procedimentos e intercorrências maternas. No aspecto dos procedimentos, não foi observado nenhum

**Tabela 4** – Distribuição dos procedimentos maternos influenciadores na duração do contato imediato e retorno tardio do bebê (n = 105) – Natal e Santa Cruz, RN, Brasil, 2019.

| Procedimentos maternos avaliados   | Total |      |                     |
|--|-------|------|---------------------|
|  | n     | %    | p-valor             |
| <b>Procedimentos influenciadores na duração do contato imediato</b>                  |       |      |                     |
| Ausência de procedimentos influenciadores  | 100   | 95,0 |                     |
| Reparo perineal  | 2     | 2,0  |                     |
| Higienização do leite  | 1     | 1,0  | <0,001 <sup>1</sup> |
| Saída da banqueta para cama  | 1     | 1,0  |                     |
| Refeição   | 1     | 1,0  |                     |
| <b>Procedimentos que influenciaram no retorno do bebê para o contato pele a pele</b> |       |      |                     |
| Ausência de procedimentos influenciadores  | 88    | 83,8 |                     |
| Revisão do canal de parto  | 5     | 4,8  |                     |
| Massagem uterina   | 2     | 1,9  | <0,001 <sup>1</sup> |
| Higienização do leite  | 7     | 6,7  |                     |
| Refeição   | 3     | 2,9  |                     |

Nota: <sup>1</sup> p-valor do Teste do Qui-Quadrado para comparação de proporção.

procedimento materno que comprometesse o início do contato imediato nem intercorrências maternas na primeira hora de vida do bebê. Enquanto isso, identificaram-se quatro procedimentos que comprometeram a duração do contato imediato e o retorno do bebê para o contato na hora dourada. Apesar da existência de procedimentos maternos, verifica-se que a ausência de procedimentos influenciadores na duração do contato imediato e a ausência de procedimentos influenciadores no retorno do bebê para o CPP prevaleceram, conforme Tabela 4.

É possível verificar procedimentos de assistência materna (revisão do canal de parto, reparo perineal) que não contraindicam e podem ocorrer concomitantemente com a prática do CPP imediato, além de características do serviço que atuaram como elementos que dificultaram o estímulo ao CPP ininterrupto na hora dourada.

### ELEMENTOS NEONATAIS INFLUENCIADORES

Os elementos neonatais que influenciaram foram categorizados em grupos de procedimentos, devido à vivência do bebê em mais de um procedimento neonatal, além de intercorrências neonatais.

Em todos os momentos, os procedimentos no bebê tiveram destaque como elemento responsável pela interrupção do contato imediato, demora no retorno ao CPP e início tardio do CPP. Em relação aos procedimentos no neonato responsáveis pela interrupção do contato imediato, 71 (67,6%) dos bebês vivenciaram, em média, 7,5 procedimentos na primeira hora de vida. Ao todo, 22 procedimentos foram responsáveis pela interrupção do contato imediato, conforme observado na Tabela 5.

Quanto às intercorrências observadas nos neonatos, sete (6,7%) bebês vivenciaram o protocolo de reanimação neonatal, sendo a única intercorrência presente no estímulo inicial do CPP. A interrupção do contato imediato ocorreu em seis (37,5%) casos, a reanimação neonatal e mecônio significativo, em cinco (31,3%), desconforto respiratório, em quatro (25,0%). Um

**Tabela 5** – Distribuição dos procedimentos neonatais que influenciaram na interrupção do contato pele a pele na primeira hora de vida (n = 71) – Natal e Santa Cruz, RN, Brasil, 2019.

| Procedimentos neonatais avaliados                    | Total |      |
|--|-------|------|
|  | n     | %    |
| Aspiração das vias aéreas                            | 69    | 13,0 |
| Fixação do <i>clamp</i>                              | 66    | 12,3 |
| Exame físico e aula prática para acadêmicos da saúde | 64    | 12,0 |
| Vitamina K   | 47    | 8,8  |
| Passagem de sonda nasogástrica                       | 38    | 7,2  |
| Colocação de pulseira de identificação               | 35    | 6,6  |
| Secagem do bebê                                      | 35    | 6,6  |
| Passagem de sonda retal                              | 34    | 6,4  |
| Troca de campo                                       | 24    | 4,5  |
| Gorro  | 21    | 4,0  |
| Fotografia   | 21    | 4,0  |
| Medidas antropométricas                              | 18    | 3,4  |
| Pesagem  | 18    | 3,4  |
| Identificação plantar                                | 11    | 2,1  |
| Educação em saúde/limpeza do umbigo                  | 7     | 1,3  |
| Sorologia materna                                    | 6     | 0,9  |
| Roupa  | 5     | 0,8  |
| Fralda   | 4     | 0,6  |
| Proteção ocular                                      | 3     | 0,6  |
| Aquecimento do neonato no berço                      | 2     | 0,4  |
| Avaliação da pega                                    | 2     | 0,4  |
| Toques de borboleta                                  | 1     | 0,2  |

(6,3%) esteve relacionado ao tônus diminuído, perfazendo, no grupo das intercorrências, o total de quatro elementos responsáveis pela interrupção. Enquanto isso, para a demora do retorno do bebê ao contato, identificaram-se três tipos de intercorrências: 14 (82,4%) indicações de Hood; duas (11,8%) transferências do bebê para a Unidade de Terapia Intensiva; e uma (5,9%) monitorização dos sinais vitais.

A hora dourada, que corresponde a uma hora de CPP ininterrupto entre mãe e bebê, na primeira hora pós-parto, foi registrada em apenas três (2,8%) binômios da população do estudo, enquanto sete (6,7%) binômios não vivenciaram o CPP em nenhum momento da primeira hora de vida.

### ELEMENTOS ESTRUTURAIS INFLUENCIADORES

Em relação ao perfil do atendimento da maternidade, por meio do Teste do Qui-Quadrado para comparar a proporção, 44 (41,9%) partos foram observados de forma significativa no turno matutino (p-valor = 0,004) e, em 19 (18,1%) casos, a terça-feira teve destaque, apesar da semelhança entre os demais dias (p-valor = 0,879).

É importante salientar que, durante a observação, detectou-se o predomínio de variáveis denominadas de elementos estruturais, que influenciaram na durabilidade e retorno do bebê para o contato com a mãe. Na interrupção da durabilidade do contato imediato, a Tabela 2 evidenciou um (1%) elemento estrutural

que, neste caso, corresponde exclusivamente à transferência do binômio.

Enquanto isso, para o retorno do bebê, para início do contato tardio, a Tabela 3 retrata 10 (9,8%) elementos associados a fatores estruturais, o qual corresponde a seis (60%) transferências de binômio para outro setor e quatro (40%) casos de carência na comunicação interprofissional da equipe para realizar o estímulo ao contato tardio.

### DISCUSSÃO

Em nosso estudo, a duração do contato imediato na hora dourada foi de 1 a 5 minutos em 82,9% dos casos, e apenas 37,1% dos bebês vivenciaram no formato pele a pele. Observaram-se, em 67,6% dos casos, a interrupção do contato imediato para realizar procedimentos no bebê, o que pode evidenciar a fragilidade da prática assistencial na sala de parto, frente a procedimentos, em um país subdesenvolvido.

A execução do CPP imediato durante a hora dourada é uma prática com recomendações ministeriais no Brasil e no mundo. A associação do CPP à hora dourada está relacionada à liberação de hormônios na hora do parto, como a ocitocina, e, ao mesmo tempo, à eliminação de hormônios de estresse gerados no trabalho de parto<sup>(12)</sup>, acalmando-os, além de favorecer o reconhecimento e a sensibilização do binômio<sup>(7)</sup>.

A prática é amplamente recomendada, principalmente quando se tem um parto normal sem complicações e o bebê tem boa vitalidade fetal<sup>(13)</sup>. Os dados da pesquisa evidenciam que os binômios foram considerados como de risco habitual, sem complicações no parto/nascimento que fossem responsáveis pela separação na hora dourada, favorável, assim, à execução do CPP.

Em relação ao pré-natal, os registros evidenciam a prevalência de seis a nove consultas pré-natais sem a devida orientação à genitora quanto ao CPP tanto no pré-natal quanto na maternidade responsável pela assistência perinatal. Apesar de ser esperado que o número de consultas de pré-natal (>4) favoreça o contato imediato<sup>(8,14)</sup>, foi percebido por parte das mães um baixo conhecimento quanto ao direito ao CPP na hora dourada.

O pré-natal tem como missão favorecer a troca de experiências e conhecimentos entre profissionais e gestantes acerca das boas práticas obstétricas<sup>(15,16)</sup>. Entretanto, o desfavorecimento socioeconômico, como evidenciado nesta pesquisa, com base na cor, faixa etária, renda e escolaridade, tem sido fator de estigma e discriminação no atendimento à gestante no pré-natal e na maternidade<sup>(17)</sup>. Tal fato requer do profissional a compreensão diante da realidade de submissão das mulheres ao modelo obstétrico ofertado pelo Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>(18)</sup>.

Apesar de as mulheres, em sua maioria, terem vivenciado o CPP imediatamente após o parto, é válido destacar a interrupção precoce e o retorno tardio, sem registro de intercorrências maternas e com poucas intercorrências neonatais que contraindicassem essa prática. Essa duração reduzida foi evidenciada em outra investigação, em que 73% dos binômios foram separados antes dos 60 minutos<sup>(13)</sup>.

No que se refere aos elementos estruturais e, de modo mais preciso, a organização do setor, a literatura evidencia o quantitativo reduzido de recursos humanos para assistência ao parto/nascimento<sup>(1)</sup>, bem como a demanda por leitos obstétrico

superior ao ofertado na instituição<sup>(5)</sup>, causando lotação e transferência do binômio entre os setores.

No presente estudo, os resultados evidenciam novamente a problemática da lotação, não diferenciando entre as maternidades do Brasil; contudo, apesar do quantitativo suficiente de funcionário, o estudo aponta como um elemento estruturante de causalidade a carência na comunicação interprofissional entre as equipes para responsabilização no estímulo ao contato tardio, já que a prática pode e deve ser estimulada por toda a equipe<sup>(4,5)</sup>.

A realização do CPP é condicionada, na maioria das vezes, à prática de incentivo ao aleitamento materno, sendo identificado nos elementos neonatais o adiamento ao estímulo do contato devido à ausência da sorologia materna. Tal conduta não se diferencia de outros estudos que realizam a associação direta do CPP com o aleitamento materno, após avaliação médica inicial do neonato, nos cinco primeiros minutos de vida, e, nos casos de complicações neonatais, após 24 minutos de vida<sup>(9,19-20)</sup>.

Apesar das influências positivas do CPP para o aleitamento materno exclusivo (AME), ele não deve ser condicionado apenas a um fato, de modo a não interromper o vínculo entre mãe e bebê, quando contraindicado ou na impossibilidade da genitora de amamentar<sup>(9)</sup>, devido a inúmeros benefícios do CPP na sala de parto e na primeira hora de vida do bebê.

Evidenciou-se nesta investigação a existência de práticas não recomendadas, práticas que poderiam ser postergadas ou readaptadas na assistência prestada ao bebê, como a secagem do bebê em berço aquecido, a execução do contato no formato pele-pano, bem como procedimentos invasivos. Investigações apontam a priorização de procedimentos inerentes à rotina institucional frente ao CPP sem o consentimento da parte materna, além da execução da prática no formato pele-pano e a realização de procedimentos não mais recomendados<sup>(4,6,21)</sup>.

Nas recomendações das boas práticas na assistência ao binômio, a OMS retrata a necessidade do contato precoce no formato pele a pele, o retardo do banho em até 24 horas e profilaxia de hemorragia com vitamina K após a primeira hora de vida<sup>(4)</sup>. O guia para os profissionais de saúde, as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal e a OMS, de modo geral, recomendam a identificação de complicações maternas e/ou neonatais baseados nas boas práticas, priorizando, na medida do possível, o CPP entre mãe e bebê<sup>(4-5,10)</sup>.

As evidências de condutas não apropriadas à realização da hora dourada em sua completude, em ambas as maternidades investigadas, requerem atenção da equipe de assistência obstétrica e neonatal, com um olhar mais atento para as recomendações das boas práticas para o parto e nascimento<sup>(4)</sup>.

Neste estudo, a equipe de enfermagem atuou como responsável pelo retorno do bebê ao CPP, embora esses profissionais não tenham atuado como protagonistas do contato imediato e no estímulo à duração da hora dourada. Ressalta-se que o enfermeiro obstetra atua como o principal estimulador para o contato entre mãe e bebê após o nascimento<sup>(22-23)</sup>.

Por fim, destacam-se a baixa prevalência da hora dourada e o baixo conhecimento da gestante no direito de solicitar o CPP. Em contrapartida, verifica-se o predomínio de procedimentos executados pelos profissionais de saúde na assistência à mãe e ao bebê. O desconhecimento pôde ser evidenciado em hospitais de nível terciário, em que 82,2% das 164 mães investigadas

desconheciam a prática do CPP<sup>(24)</sup>. Como facilitadores da prática, é evidente que o conhecimento e o empoderamento da gestante no pré-natal acerca do CPP atuam como base de estímulo, além da presença de acompanhante no parto<sup>(22-25)</sup> e a vigilância da equipe de saúde voltada para as boas práticas obstétricas<sup>(6)</sup>.

Como limitações do estudo, identificaram-se barreiras voltadas para os investigadores da pesquisa na instituição investigada e na população do estudo. Em relação à instituição, foi evidenciada a desconfiança por parte dos profissionais de saúde, enquanto que, no aspecto dos investigadores, o quantitativo de membros foi reduzido para permanecer nas maternidades em regime de plantão, não sendo possível observar partos simultâneos. Quanto à população do estudo, a ausência do CPP ininterrupto na hora dourada. Tais limitações impossibilitam a execução de teste de associação, o qual sugere que os resultados apresentados não generalizam a realidade de outros serviços de saúde. Porém, norteiam o desenvolvimento de investigações com o mesmo desenho de estudo.

O estudo traz relevância para as boas práticas no parto e no nascimento nas unidades hospitalares, ressaltando a importância da enfermagem obstétrica como facilitador no estímulo do contato entre mãe e bebê na hora dourada e, para saúde pública, a valorização das políticas públicas de atenção ao parto. Vale reforçar a importância da inserção do investigador no cenário da prática assistencial, favorecida pelo presente estudo, que permitiu observar os elementos que intervêm no estímulo ao CPP, de forma correta e ininterrupta, durante a hora dourada.

## CONCLUSÃO

A presente investigação atuou de forma pioneira na observação direta e simultânea da assistência prestada pela equipe de saúde, em duas maternidades públicas, no estímulo ao CPP imediato na hora dourada, de forma ininterrupta, não havendo intervenção por parte dos investigadores na assistência executada na sala de parto. O estudo possibilitou detectar a aplicabilidade, duração e elementos que influenciaram esta ação, cientificamente comprovada como boa prática obstétrica, cujo período de observação foi iniciado no momento do parto e segmentado por uma hora pós-parto (hora dourada).

Nesse cenário, identificaram-se a baixa adesão das maternidades ao estímulo ao contato no formato pele a pele durante a hora dourada e a existência de elementos adversos à realização da prática, em sua maioria, sem justificativa obstétrica ou neonatal que tivesse indicação para a sobrevivência do binômio. Perceberam-se claramente a institucionalização do parto e do nascimento, predomínio ativo dos profissionais em detrimento da parturiente, procedimentos neonatais passíveis de serem postergados e desconhecimento do CPP na hora dourada, conforme recomendações científicas.

Com isso, conclui-se que os elementos que influenciaram o estímulo ao CPP imediato estão relacionados à priorização da rotina hospitalar, desconsideração dos benefícios para o vínculo mãe-bebê, falta do protagonismo da mulher no parto e apropriação dos profissionais no parto e nascimento, sem considerar as boas práticas obstétricas, o que sugere a necessidade de readequar a assistência profissional em leitos de PPP.

Cabe alertar que procedimentos rotineiros e institucionalizados, bem como condutas viciantes dos profissionais, comprometem as boas práticas obstétricas, comprovadamente benéficas

para as mães e bebês, e que tal fato viola os direitos reprodutivos das mulheres e as boas práticas para o parto e nascimento, onde se inclui o CPP na hora dourada.

## RESUMO

**Objetivo:** Caracterizar os elementos que influenciaram no contato imediato entre mãe e bebê na hora dourada. **Método:** Estudo Observacional transversal, com abordagem quantitativa. Foram observadas 105 parturientes internadas em duas maternidades de risco habitual. O instrumento teve como base as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal e as boas práticas obstétricas da Organização Mundial da Saúde, totalizando 36 questões. A análise ocorreu de forma descritiva mediante o Teste do Qui-Quadrado para comparação de proporção. **Resultados:** Das parturientes, 2,8% (n = 3) vivenciaram a hora dourada, e 82,9% (n = 87), o contato imediato entre 1 e 5 minutos. Em 85,7% (n = 90) do grupo, não houve causas que contraindicassem o contato imediato. Para 48,0% (n = 49) das participantes, o contato foi restabelecido pela enfermagem entre 31–60 minutos. **Conclusão:** O contato imediato na hora dourada teve baixa adesão na assistência hospitalar. Os procedimentos neonatais passíveis de serem adiados predominaram como elementos influenciadores da hora dourada. A assistência observada nas salas de parto investigadas reflete a necessidade de reduzir as intervenções no parto e nascimento.

## DESCRITORES

Relações Mãe-Filho; Atenção à Saúde; Trabalho de Parto; Enfermagem Obstétrica; Recém-Nascido.

## RESUMEN

**Objetivo:** Caracterizar los elementos que influyeron en el contacto inmediato entre madre y bebé en la hora dorada. **Método:** Estudio observacional transversal con enfoque cuantitativo. Se observaron un total de 105 parturientas hospitalizadas en dos maternidades de riesgo habitual. El instrumento se basó en la guía para la atención del parto normal en Brasil y las buenas prácticas obstétricas de la Organización Mundial de la Salud, totalizando 36 preguntas. El análisis se realizó de forma descriptiva utilizando la Prueba Chi-Cuadrado para comparación de proporciones. **Resultados:** De las parturientas, 2,8% (n = 3) experimentó la hora dorada y 82,9% (n = 87), el contacto inmediato entre 1 y 5 minutos. En el 85,7% (n = 90) del grupo no hubo causas que contraindicasen el contacto inmediato. Para el 48,0% (n = 49) de los participantes, el contacto fue restablecido por el personal de enfermería dentro de los 31–60 minutos. **Conclusión:** El contacto inmediato en la hora dorada tuvo baja adherencia en la atención hospitalaria. Los procedimientos neonatales que pueden posponerse predominaron como elementos influyentes de la hora dorada. La asistencia observada en las salas de parto investigadas refleja la necesidad de reducir las intervenciones en el trabajo de parto y nacimiento.

## DESCRIPTORES

Relaciones Madre-Hijo; Atención a la Salud; Trabajo de Parto; Enfermería Obstétrica; Recién Nacido.

## REFERÊNCIAS

- Sharma, D. Golden hour of neonatal life: Need of the hour. *Matern Health Neonatol. Perinatol.* 2017;3:1-21. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40748-017-0057-x>
- Aziz K, Lee HC, Escobedo MB, Hoover AV, Kamath-Rayne BD, Kapadia VS, et al. American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Circulation. *Pediatrics.* 2021;147 Supl 1:524-50. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2020-038505E>
- Kologeski TK, Strapasson MR, Schneider V, Renosto JM. Skin to skin contact of the newborn with its mother in the perspective of the multiprofessional team. *Rev Enferm UFPE online.* 2017;11:94-101. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i1a11882p94-101-2017>
- World Health Organization. Intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [citado 2018 Nov 17]. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
- Brasil. Ministério da Saúde. *Apice on* aprimoramento e inovação no cuidado e ensino em obstetrícia e neonatologia [Internet]. Brasília; 2017a [citado 2018 Mar 17]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/o-projeto/>
- Souza LH, Soler ZASG, Santos MLSC, Sasaki NSGMS. Puerperae bonding with their children and labor experiences. *Investig Educ Enferm.* 2017; 35:364-70. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v35n3a13>
- Coca KP, Pinto VL, Westphal F, Mania PNA, Abrão ACFV. Conjunto de medidas para o incentivo do aleitamento materno exclusivo intra-hospitalar: evidências de revisões sistemáticas. *Rev Paul Pediatr.* 2018;36:214-20. DOI: <https://doi.org/10.1590/1984-0462;2018;36;2;00002>
- Singh K, Khan SM, Carvajal-Aguirre L, Brodish P, Amouzou A, Moran A. The importance of skin-to-skin contact for early initiation of breastfeeding in Nigeria and Bangladesh. *J Glob Health.* 2017;7:1-9. DOI: <https://doi.org/10.7189/jogh.07.020505>
- Guala A, Boscardini L, Visentin R, Angellotti P, Grugni L, Barbaglia M, et al. Skin-to-Skin Contact in Cesarean Birth and Duration of Breastfeeding: A Cohort Study. *Sci World J.* 2017;2017:1940756. DOI: <https://doi.org/10.1155/2017/1940756>
- Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal [Internet]. Brasília; 2017b [citado 2018 Mar 17]. Disponível em: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf)
- Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas; 2017.
- Odent M. Pode a humanidade sobreviver à medicina. Rio de Janeiro: Imo; 2017.
- Kuamoto RS, Bueno M, Riesco MLG. Skin-to-skin contact between mothers and full-term newborns after birth: a cross-sectional study. *Rev Bras Enferm.* 2021;74(Suppl 4):e20200026. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0026>
- Uchoa JL, Barbosa LP, Mendonça LBA, Lima FET, Almeida PC, Rocha SS. Influence of social determinants of health on skin to skin contact between mother and newborn. *Rev Bras Enferm.* 2021;74(Suppl 4):e20200138. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0138>
- Teixeira SVB, Silva CFCS, Silva LR, Rocha CR, Nunes JFS, Spindola T. Experiences on the childbirth process: antagonism between desire and fear. *Rev Fun Care Online.* 2018;10:1103-110. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i4.1103-1110>



16. Mouta RJO, Silva TMA, Melo PTS, Lopes NS, Moreira VA. Birth plan as a female empowerment strategy. *Rev Baiana Enferm.* 2017;31:1-10. DOI: <https://doi.org/10.18471/rbe.v31i4.20275>
17. Monteiro BR, Souza NL, Silva PP, Pinto ESG, França DF, Andrade ACA, et al. Health care in the prenatal and childbirth context from puerperal women's perspective. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(4):e20190222. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0222>
18. Kopereck CS, Matos GC, Soares MC, Escobal APL, Quadro PP, Cecagno S. Obstetric violence in the multinational context. *Rev Enferm UFPE online.* 2018;12:2050-60. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i7a231399p2050-2060-2018>
19. 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.* 2018;13:485-92. DOI: <https://doi.org/10.1089/bfm.2018.0048>
20. Kollmann M, Aldrian L, Scheuchenegger A, Mautner E, Herzog SA, Urlsberger B, et al. Early skin-to-skin contact after cesarean section: A randomized clinical pilot study. *PLoS One.* 2017;12:1-14. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0168783>
21. Sanchez-Espino LF, Zuniga-Villanueva G, Ramirez-Garcialuna JL. An educational intervention to implement skin-to-skin contact and early breastfeeding in a rural hospital in Mexico. *Int Breastfeed J.* 2019;14:1-9. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13006-019-0202-4>
22. Gomes MASM, Pereira APE, Bittencourt SDA, Augusto LCR, Lamy-Filho F, Lamy ZC, et al. Care for healthy newborns in Brazil: are we making progress in achieving best practices?. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2021;26(3):859-74. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.26032020>
23. Alvares AS, Corrêa ACP, Nakagawa JTT, Valim MD, Jamas MT, Medeiros RMK. Medeiros. Hospital obstetric practices and their repercussions on maternal welfare. *Rev Esc Enferm USP.* 2020;54:e03606. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018039003606>
24. Mukherjee D, Chandra Shaw S, Venkatnarayan K, Dudeja P. Skin-to-skin contact at birth for vaginally delivered neonates in a tertiary care hospital: A cross-sectional study. *Med J Armed Forces India.* 2020;76:180-84. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mjafi.2018.11.008>
25. Ayres LFA, Cnossen RE, Passos CM, Lima VD, Prado MRMC, Beirigo BA. Factors associated with early skin-to-skin contact in a maternity hospital. *Esc Anna Nery.* 2021;25:1-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0116>

## EDITOR ASSOCIADO

Ivone Evangelista Cabral

---

### Apoio financeiro

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 00.

---



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons.