

Contato pele a pele entre mãe e recém-nascido a termo no parto normal: estudo transversal

Skin-to-skin contact between mothers and full-term newborns after birth: a cross-sectional study

Contacto piel con piel entre madre y recién nacido en el parto normal: estudio transversal

Rosely Sayuri Kuamoto^I

ORCID: 0000-0003-2921-1293

Mariana Bueno^{II}

ORCID: 0000-0002-1470-1321

Maria Luiza Gonzalez Riesco^I

ORCID: 0000-0001-9036-5641

^I Universidade de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil.

^{II} University of Toronto, The Hospital for Sick Children, Peter Gilgan Centre for Research and Learning. Toronto, Canadá.

Como citar este artigo:

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>

Autor Correspondente:

Rosely Sayuri Kuamoto
E-mail: rskuamoto@hotmail.com



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho

EDITOR ASSOCIADO: Ana Fátima Fernandes

Submissão: 01-05-2020

Aprovação: 24-08-2020

RESUMO

Objetivo: analisar a prática do contato pele-a-pele em recém-nascidos a termo no parto normal. **Método:** estudo transversal, realizado em São Paulo-SP, com 78 binômios mãe-filho. Os dados foram obtidos nos prontuários e por observação não participante. Foram analisadas as condições maternas, neonatais e assistenciais, duração do contato pele-a-pele e pega da mama materna. **Resultados:** o contato pele-a-pele foi realizado em 94,9% dos nascimentos, com duração média de 29 minutos. A duração foi maior em partos com períneo íntegro, neonatos com Apgar 10, sem aspiração das vias aéreas superiores, assistidos por enfermeira obstétrica e com assistência neonatal por médico residente em pediatria. As variáveis que favorecem a pega da mama foram integridade perineal, neonato com boa vitalidade, sem aspiração das vias aéreas superiores e que receberam ajuda profissional para a pega.

Conclusão: o contato pele-a-pele foi realizado na quase totalidade dos nascimentos, mas com tempo inferior ao recomendado como boa prática.

Descritores: Recém-Nascido; Relações Mãe-Filho; Parto Normal; Estudos Transversais; Enfermagem Obstétrica.

ABSTRACT

Objective: to analyze skin-to-skin contact practice in full-term newborns after birth. **Method:** a cross-sectional study carried out in São Paulo-SP with 78 mother-child binomials. Data were obtained from medical records and by non-participant observation. Maternal, neonatal and care conditions, length of skin-to-skin contact and breastfeeding attachment were analyzed. **Results:** skin-to-skin contact was performed in 94.9% of births, with a mean length of 29 minutes. Births with intact perineum took longer, neonates with Apgar 10, without upper airway aspiration, assisted by a nurse-midwife and with neonatal assistance by a resident in pediatrics. The variables that favor breastfeeding attachment were perineal integrity, newborn with good vitality, without upper airway aspiration and who received professional assistance for breastfeeding attachment. **Conclusion:** skin-to-skin contact was performed in almost all births, but with less time than recommended as best practice.

Descriptors: Newborn; Mother-Child Relations; Natural Childbirth; Cross-Sectional Studies; Midwifery.

RESUMEN

Objetivo: analizar la práctica del contacto piel-a-piel en recién-nacidos a término durante el parto normal. **Método:** estudio transversal, realizado en São Paulo-SP, con 78 binomios madre-hijo. Los datos provienen de historias clínicas y observación no participante. Se analizaron las condiciones maternas, neonatales y del parto, la duración del contacto piel-a-piel y el acople mamario. **Resultados:** el contacto piel-a-piel se realizó en el 94,9% de los partos, con duración media de 29 minutos, que fue mayor en partos con períneo intacto, neonatos con Apgar 10, sin aspiración de vía aérea superior, asistidos por enfermera obstétrica y con atención neonatal por médico pediatra residente. Las variables que favorecieron el acople fueron integridad perineal y neonatos con buena vitalidad, sin aspiración de la vía aérea superior, que recibieron ayuda profesional para el acople. **Conclusión:** el contacto piel-a-piel se realizó en casi todos los partos, con menos tiempo del recomendado como buena práctica.

Descriptores: Recién Nacido; Relaciones Madre-Hijo; Parto Normal; Estudios Transversales; Enfermería Obstétrica.

INTRODUÇÃO

O contato pele a pele (CPP) consiste no posicionamento do recém-nascido (RN) despido e em posição prona, coberto somente com mantas secas e previamente aquecidas, sobre o abdome ou tórax desnudo da mãe⁽¹⁾.

A Portaria nº 371/2014 do Ministério da Saúde (MS) brasileiro⁽¹⁾ ressalta que a prática do CPP deve ser iniciada precocemente: “para todo RN a termo, com ritmo respiratório normal, tônus normal e sem líquido meconial, recomenda-se assegurar o CPP imediato e contínuo após o parto”. Segundo o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)⁽²⁾, o profissional que presta assistência obstétrica deve proporcionar o CPP imediatamente ao nascimento, permitindo a sua realização por, pelo menos, uma hora ininterrupta. O MS, pela mesma portaria, reforça ainda que os procedimentos de rotina realizados com os neonatos podem ser postergados para depois da primeira hora de vida⁽¹⁾.

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), ao propor os “Dez passos para o Sucesso do Aleitamento Materno (AM)”, incluiu, em seu quarto passo, a realização do CPP ao nascimento⁽²⁾. Segundo o MS⁽¹⁾, o quarto passo da IHAC deve ser interpretado como “colocar o RN em CPP com sua mãe, imediatamente após o parto, por pelo menos uma hora, e incentivar a mãe a identificar se o RN mostra sinais de que está querendo ser amamentado, oferecendo ajuda se necessário”.

A literatura descreve inúmeros benefícios do CPP, quando realizado imediatamente após o nascimento. Especificamente para o RN, destacam-se a promoção de melhor estabilidade fisiológica, início precoce e maior duração da amamentação, fortalecimento do vínculo materno, maiores níveis de glicose sanguínea, melhor controle de temperatura, estabilidade cardiorrespiratória, menor tempo de choro e concentração de cortisol mais baixa (nível de estresse)⁽³⁻⁷⁾.

Estudos apontam que o tempo de permanência do RN em CPP, para que cada um desses benefícios seja atingido, é variável. Para melhor estabilidade fisiológica, por exemplo, o CPP deve durar cerca de 60 minutos⁽⁶⁾, o que se assemelha ao tempo necessário para o incentivo ao AM e para a promoção do vínculo materno-infantil (55 minutos de CPP)⁽⁶⁻⁸⁾. O período de 60 minutos também é considerado ideal para estabilizar os níveis de glicose sanguínea no RN⁽⁶⁾ e para promover comportamentos neonatais mais estáveis⁽⁶⁻⁸⁾. Períodos de 15 minutos são considerados suficientes para promover o controle de temperatura e a estabilidade cardiorrespiratória⁽⁶⁾, e a permanência em CPP por 30 minutos favorece a redução do tempo de choro⁽⁶⁻⁷⁾. Percebe-se, desse modo, que o tempo de CPP preconizado ao nascimento também influencia os benefícios ofertados pela prática.

Em 2003 foi realizado o primeiro monitoramento dos hospitais com selo Hospital Amigo da Criança (HAC), com vistas a implantar um sistema de avaliação periódico das instituições credenciadas. Um total de 137 instituições foi avaliado, o que correspondia a 90% do total de 152 HAC no país. O cumprimento do quarto passo foi relatado em 96% das instituições, considerando-se somente a avaliação categórica (realizado ou não realizado)⁽⁹⁾. Em contrapartida, estudo descritivo retrospectivo, sobre a prevalência do CPP na primeira hora de vida do RN em um HAC do município de Marília, interior do estado de São Paulo, investigou 1.787 registros de parto e relatou que somente 7% dos RN receberam

o CPP dentro dos primeiros 30 minutos de vida e 24% dentro da primeira hora⁽¹⁰⁾.

Do mesmo modo, os dados do estudo “Nascer no Brasil” demonstraram taxas insuficientes de CPP ao nascimento. Trata-se de um estudo de base hospitalar que envolveu 266 maternidades de 190 diferentes municípios do país, incluindo 23.940 mulheres no período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012. Encontraram-se taxas de realização do CPP ao nascimento de 27,9% na Região Norte, 28,8% na Região Nordeste, 26,9% na Região Sudeste, 32,5% na Região Sul e 25,5% na Região Centro-Oeste do país. Quanto ao AM em sala de parto, as frequências foram ainda menores, variando entre 11,5% na Região Nordeste e 22,4% na Região Sul. Com relação às instituições investigadas que possuíam o selo HAC, somente 38,1% dos binômios mãe-filho foram posicionados em CPP ao nascimento, e 24% dos neonatos mamaram em sala de parto⁽¹¹⁾.

Estudo transversal realizado em seis países da América Latina avaliou o CPP de forma categórica (realizado/não realizado). A prática foi identificada em 97% dos partos na Argentina, 95% no Peru, 91% no Brasil, 75% no Chile, 64% na República Dominicana e 58% no Uruguai. Já as taxas de AM foram de 97% na Argentina, 88% no Peru, 79% no Brasil, 62% no Chile, 51% no Uruguai e 46% na República Dominicana⁽¹²⁾. A variação desses achados pode indicar diferenças na interpretação da prática do CPP e nas diretrizes de cuidado materno-infantil.

Estudo qualitativo realizado na Índia objetivou identificar as barreiras para a implementação do CPP no contexto hospitalar. Inúmeras barreiras foram descritas pelos profissionais de saúde, destacando-se o espaço e número reduzido de funcionários disponíveis na sala de parto para a realização da prática, rotina hospitalar de avaliações que necessitam de mudança departamental, apreensão da equipe devido ao desconhecimento da prática e paroquialismo sobre a prática do CPP⁽¹³⁾.

A criação de políticas e protocolos institucionais para a implementação do CPP ao nascimento é importante para a realização da prática. O financiamento e a certificação IHAC são outros quesitos que colaboram para a sua efetivação⁽¹⁴⁾. Tendo em vista as evidências sobre os benefícios do CPP e a sua realização de modo insuficiente ou inadequado nos serviços de saúde, buscou-se estudar a prática do CPP ao nascimento em um HAC, seguindo as recomendações das diretrizes de cuidado materno-infantil, a fim de contribuir para a sua ampliação no cenário brasileiro.

OBJETIVO

Analisar a prática do CPP realizada em RN a termo no parto normal. Os objetivos específicos foram determinar a frequência de CPP realizada imediatamente ao nascimento; verificar o tempo de permanência do RN em CPP ao nascimento; analisar os fatores relacionados à duração do CPP ao nascimento; analisar a efetivação da pega da mama materna na primeira hora de vida do RN.

MÉTODOS

Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e da

instituição onde os dados foram coletados. As participantes foram informadas sobre o caráter voluntário e anônimo de sua participação. Ao concordarem em serem incluídas, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). No caso de participantes menores de 18 anos, foi solicitada a assinatura do Termo de Assentimento, além do TCLE pelo responsável legal. Também foi obtida a anuência, por escrito, dos profissionais diretamente envolvidos na coleta de dados (enfermeiras e médicos).

Desenho, período e local do estudo

Estudo observacional transversal norteado pela ferramenta STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*), realizado em um hospital geral situado na zona sul do município de São Paulo, SP, com média mensal de 400 partos por mês, dos quais 60% são partos normais. Em 2005 o local foi acreditado pela IHAC e mantém o selo até o final da coleta. O Centro Obstétrico (CO) conta com leitos PPP (pré-parto, parto e pós-parto) e com uma sala de reanimação neonatal, onde são realizados os procedimentos de rotina da assistência ao RN. Os partos normais são assistidos por enfermeiras obstétricas, obstetras, médicos obstetras, médicos residentes e estudantes de enfermagem, obstetrícia e medicina. Os dados foram coletados no período de 1 a 31 de agosto de 2017.

População e amostra

A população foi composta por puérperas e seus neonatos, a termo, saudáveis, nascidos de parto normal no campo de estudo. Com base na média mensal de partos normais no local do estudo, a amostra representativa de prevalência foi composta por 78 binômios, utilizando-se a seguinte fórmula:

$$n = \frac{p(1-p)Z_{\alpha/2}^2}{e^2}$$

N representa o tamanho amostral; z representa o escore padrão para um erro probabilístico de 5% ($z_{2,5\%} = 1,96$ e $\alpha = 5\%$); p representa a prevalência estimada ($p = 0,5$); e representa a margem de erro amostral de 10% ($\epsilon = 0,1$). O intervalo de confiança adotado foi de 95%.

Com vistas a garantir a representatividade da amostra em relação às práticas adotadas por profissionais dos diferentes turnos de trabalho, a coleta foi realizada em diferentes horários. Para tanto, a amostra foi estratificada em quatro grupos, de acordo com o horário do nascimento, no período das 24 horas (plantão par diurno 7-19h e noturno 19-7h/plantão ímpar diurno 7-19h e noturno 19-7h).

Foram elegíveis as mulheres em trabalho de parto internadas no CO durante o período de coleta de dados, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: gestação única; RN a termo, com idade gestacional entre 37 e 42 semanas; parturientes sem indicação prévia de cesariana. Os critérios de exclusão foram: nascimento por cesariana ou fórceps; RN clinicamente não elegível para o CPP (instabilidade respiratória ou hemodinâmica, hipotonia muscular, vômitos ou regurgitação, oxigenação artificial ou qualquer outra intercorrência neonatal que contraindique o CPP precoce); intercorrências maternas, como atonia uterina, hemorragia pós-parto, retenção placentária, laceração de trajeto com sangramento contínuo, coagulopatia, entre outros.

Protocolo do estudo

A coleta de dados foi realizada por uma das pesquisadoras, primeira autora do presente estudo.

Antes do início da coleta de dados, os profissionais que prestam assistência obstétrica e neonatal foram esclarecidos quanto aos objetivos do estudo e os procedimentos de coleta de dados. As parturientes foram abordadas pela pesquisadora no momento da admissão no CO e também foram esclarecidas quanto aos objetivos e procedimentos de coleta de dados.

Os dados de caracterização materna e neonatal e da assistência obstétrica (idade materna, paridade, sexo do RN, Apgar do primeiro e quinto minutos, condição perineal, presença de acompanhante, profissional que assistiu ao parto) foram obtidos dos prontuários. Aqueles relacionados ao CPP e à assistência neonatal foram obtidos por meio da observação não participante, iniciada no período expulsivo do parto.

Para o registro dos dados, foi utilizado um instrumento elaborado exclusivamente para o estudo. A realização do CPP foi registrada como "sim ou não" e sua duração foi contada em minutos (avaliada por cronômetro digital). O início do CPP ao nascimento foi computado a partir do posicionamento do RN sobre o tórax ou abdome materno (cronômetro digital iniciado) e considerado interrompido no momento em que o RN foi retirado do colo materno (cronômetro digital parado). Registrou-se, também, qual profissional foi responsável pela assistência neonatal, se houve aspiração das vias aéreas superiores (AVAS) e quais cuidados de rotina foram realizados com o RN na primeira hora de vida (profilaxia da oftalmia neonatal com instilação de nitrato de prata, da hemorragia digestiva com vitamina K por via IM, rastreamento de alterações oculares pelo teste do reflexo vermelho e pesagem).

A assistência neonatal, em alguns casos, foi realizada em CPP, sem interromper a prática na primeira hora de vida. Quando ocorreu a interrupção antes dos 60 minutos preconizados, os cuidados neonatais foram prestados na sala de reanimação. Desse modo, foi necessário seguir o RN até essa sala, de forma ininterrupta, acompanhando-o até que retornasse à sua mãe, continuando a observação durante toda a primeira hora de vida.

Foi verificado, ainda, se ocorreu ou não a pega efetiva da mama materna na primeira hora de vida do RN. A pega foi considerada efetiva quando houve apreensão da região mamilo-areolar materna pelo RN. A ajuda do profissional de enfermagem no posicionamento do RN na mama materna foi realizada espontaneamente pelo profissional ou por solicitação materna.

Durante a coleta de dados, não houve intervenção da pesquisadora na assistência prestada ao binômio mãe-filho.

Análise dos resultados e estatística

Foram realizadas análises descritivas, com frequência absoluta e relativa, média, desvio padrão (DP), mínimo e máximo, e análise inferenciais, utilizando-se os programas SPSS, versão 22.0 e R, versão 3.4.2.

Para analisar as variáveis categóricas, foram utilizados os testes qui-quadrado de Pearson e exato de Fisher. Os testes Kruskal-Wallis e U de Mann-Whitney foram utilizados para comparar as médias das variáveis numéricas. Para a análise da associação entre as

variáveis numéricas (tempo de CPP e idade materna), foi realizada a correlação de Spearman, sendo que a correlação varia de -1 a 1, e zero equivale a não existência de relação entre as variáveis.

A regressão logística com seleção de variáveis via Lasso (*Least Absolute Shrinkage and Selection Operator*) foi utilizada para análise do tempo de CPP.

O método Lasso seleciona as variáveis mais significantes para determinado desfecho através do método de validação cruzada. De acordo com as variáveis de interesse do estudo, o programa realiza várias regressões com os diferentes valores dos parâmetros de penalização para efetivar a análise.

O nível de significância estabelecido foi de 5%.

RESULTADOS

No período de coleta de dados, ocorreram 453 nascimentos, sendo 301 partos normais, 151 cesarianas e um fórceps.

Foram incluídos no estudo, 78 binômios mãe-filho (40 nascimentos nos plantões diurnos e 38 nos plantões noturnos). Dentre as 79 mulheres que atenderam aos critérios de inclusão e aceitaram participar da pesquisa, apenas uma foi excluída devido ao desfecho instrumental do parto.

A idade materna variou de 13 a 42 anos, sendo que a maioria das mulheres (55,2%) tinha até 25 anos (média=24,9; DP=5,9) e 44,8% eram primíparas. Durante o trabalho de parto (TP), a administração da ocitocina foi a intervenção mais frequente (51,5%). A episiotomia foi realizada em 12,8% das mulheres e 74,4% tiveram lacerações perineais. A maioria das mulheres (83,3%) estava acompanhada pelo parceiro ou um familiar e 51,2% dos partos foram assistidos por enfermeiras obstétricas (dados não apresentados em tabela).

Em relação às características dos RN, 59% eram do sexo feminino, a totalidade teve boa vitalidade ao nascer (Apgar \geq 7 no primeiro e quinto minutos) e a maioria (61,6%) pesava entre 3.000 e 3.495 gramas (média=3.195; DP=335,2). A AVAS foi realizada em 17,9% dos RN, que, na maioria das vezes, receberam os primeiros cuidados de rotina (administração de nitrato de prata e vitamina K, teste do reflexo vermelho e pesagem) durante a primeira hora de vida. Foi observado que 64,1% dos RN iniciaram a amamentação dentro da primeira hora de vida, sendo que 67,9% receberam ajuda de algum profissional (voluntariamente ou por solicitação) para realizar a pega correta da mama materna. Em todos os partos, o médico pediatra ou médico residente em pediatria estava presente e prestou assistência neonatal no CO (dados não apresentados em tabela).

Em relação ao CPP, 94,9% dos binômios mãe-filho realizaram a prática ao nascimento e 73% destes foram separados antes dos 60 minutos. O CPP teve duração em média de 29 minutos (DP=23,7). O motivo da não realização do CPP em quatro (5,1%) binômios mãe-filho foi a imediata transferência do RN, pelo profissional, para a sala de reanimação neonatal, para a realização dos primeiros cuidados de rotina.

A Tabela 1 apresenta a análise bivariada do tempo de CPP. Houve associação significativa com duração maior em relação às seguintes variáveis: condição perineal (mulher com períneo íntegro; $p=0,022$); partos assistidos por enfermeiras obstétricas ($p=0,027$); Apgar no quinto minuto com índice 10 ($p=0,003$); RN sem AVAS ($p>0,001$); RN sem cuidados de rotina na primeira hora ($p>0,001$); assistência neonatal prestada por médico residente em pediatria ($p=0,028$).

A análise bivariada do tempo de CPP em relação à idade materna e ao peso do RN, realizada pela correlação de Spearman não mostrou diferença significativa (dados não apresentados em tabela).

A Figura 1 mostra a relação entre a duração do CPP inferior a 60 minutos e a AVAS no RN. Pela análise de regressão via LASSO, observa-se que os RN que receberam AVAS ficaram, em média, 27 minutos a menos em CPP ao nascimento.

Tabela 1 – Valores da média, desvio padrão, mínimo e máximo do tempo de contato pele a pele e valor de p , São Paulo, São Paulo, Brasil, 2017 (N=78)

Variáveis	n	Tempo de contato pele a pele (minutos)				Valor de p
		Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	
Paridade						
Primípara	35	24,7	23,1	0	65	0,152*
Secundípara	24	34,1	23,0	1	65	
Tercípara	9	20,4	27,4	1	75	
Multípara	10	27,5	26,3	2	66	
Condição perineal						
⁽¹⁾ Laceração	58	28,9	23,6	0	75	0,022*
Íntegro	10	35,0	25,9	5	65	
Episiotomia	10	11,7	18,9	0	62	
Acompanhante						
Sim	65	28,2	24,2	0	75	0,390†
Não	13	23,7	24,1	1	61	
Profissional que assistiu o parto						
Enfermeira obstétrica	31	42,7	25,1	0	66	0,027*
Médico residente em obstetria	25	27,7	21,4	1	65	
Estudante de obstetria	13	25,0	26,1	0	75	
Médico obstetra	9	11,3	12,6	0	36	
Sexo do recém-nascido						
Feminino	46	25,8	23,6	0	75	0,437†
Masculino	32	29,8	24,7	1	66	
Apgar (primeiro minuto)						
\leq 7	1	12,0	-	12	12	0,056*
8	9	12,9	19,7	0	61	
9	68	29,6	24,0	0	75	
Apgar (quinto minuto)						
8	1	0,0	-	0	0	0,033*
9	8	10,1	7,8	1	20	
10	69	29,8	24,3	0	75	
Aspiração das vias aéreas superiores						
Sim	14	5,1	5,5	0	20	<0,001†
Não	64	32,4	23,7	0	75	
Cuidados neonatais na primeira hora						
Sim	58	16,4	13,1	0	55	<0,001†
Não	20	63,0	3,4	60	75	
Profissional responsável pela assistência neonatal						
Médico pediatra	56	23,4	22,3	0	75	0,028†
Médico residente em pediatria	22	37,9	25,5	0	65	

Nota: ⁽¹⁾Primeiro grau=40; segundo grau=18; *teste Kruskal-Wallis; †teste Mann-Whitney.

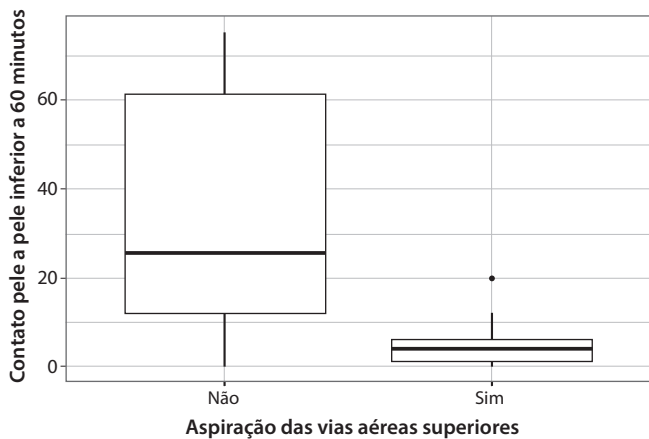


Figura 1 – Contato pele a pele inferior a 60 minutos em relação à aspiração das vias aéreas superiores, São Paulo, São Paulo, Brasil, 2017

Tabela 2 – Efetivação da pega na primeira hora de vida do recém-nascido e valor de p, São Paulo, São Paulo, Brasil, 2017 (N=78)

Variáveis	Pega na primeira hora				Valor de p
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Paridade					
Primípara	22	62,9	13	37,1	1,000*
Secundípara	15	62,5	9	37,5	
Tercípara	6	66,7	3	33,3	
Multipara	8	80,0	2	20,0	
Sexo					
Feminino	33	71,7	13	28,3	0,092†
Masculino	17	53,1	15	46,9	
Apgar (primeiro minuto)					
7	-	-	1	100,0	0,035*
8	3	33,3	6	66,7	
9	47	69,1	21	30,9	
Apgar (quinto minuto)					
8	-	-	1	100,0	0,009*
9	2	25,0	6	75,0	
10	48	69,6	21	30,3	
Condição perineal					
⁽¹⁾ Laceração	39	67,2	19	32,8	0,053*
Íntegro	8	80,0	2	20,0	
Episiotomia	3	30,0	7	70,0	
Acompanhante					
Sim	40	61,5	25	38,5	0,357*
Não	10	76,9	3	23,1	
Profissional que assistiu o parto					
Enfermeira obstétrica	22	71,0	9	29,0	0,434*
Médico residente em obstetrícia	17	68,0	8	32,0	
Estudante de obstetrícia	6	46,2	7	53,8	
Médico obstetra	5	55,6	4	44,4	
Aspiração das vias aéreas superiores					
Sim	5	35,7	9	64,3	0,015†
Não	45	70,3	19	2,7	
Cuidados neonatais da primeira hora					
Sim	14	70,0	6	30,0	0,713†
Não	36	62,1	22	37,9	
Ajuda profissional na primeira pega					
Sim	45	84,9	8	15,1	<0,001†
Não	5	20,0	20	80,0	
Profissional responsável pela assistência neonatal					
Médico pediatra	38	67,9	18	32,1	0,270†
Médico residente em pediatria	12	54,5	10	45,5	

Nota: ⁽¹⁾Primeiro grau=40, segundo grau=8; *teste exato de Fisher; †teste qui-quadrado.

A Tabela 2 mostra a análise bivariada da pega da mama materna na primeira hora de vida do RN. Houve associação significativa com maior proporção da pega efetiva em relação às seguintes variáveis: índice de Apgar mais elevado no primeiro e quinto minutos ($p=0,035$ e $p=0,009$, respectivamente); sem AVAS ($p=0,015$); ajuda profissional para a efetivação da pega ($p<0,001$). A condição perineal materna com integridade mostrou tendência à efetivação da pega ($p=0,053$).

A análise bivariada do tempo de CPP em relação à idade materna e ao peso do RN, realizada pelo teste de Mann-Whitney, não mostrou diferença significativa (dados não mostrados em tabela).

DISCUSSÃO

Em estudo que incluiu 1.200 binômios mãe-filho, o CPP ao nascimento foi realizado por 100% da amostra⁽¹⁵⁾, em contraposição à taxa de 94,9% deste estudo. Assim como no presente estudo, a maioria dos RN não permaneceu em CPP pelo tempo recomendado de 60 minutos. Ainda que a prevalência de 91% de CPP no Brasil, encontrada em pesquisa multicêntrica⁽¹²⁾, seja próxima da obtida neste estudo, vale salientar que a referida pesquisa incluiu unicamente três hospitais da cidade de São Paulo e não avaliou o tempo de duração da prática.

A proporção de 27% de binômios que permaneceram em CPP, ininterruptamente, neste estudo, assim como a duração média do CPP (29 minutos), podem ser consideradas insuficientes, haja vista os benefícios para a promoção da saúde materno-infantil evidenciados por revisão sistemática^(3,6).

No presente estudo, a menor disponibilidade do médico pediatra permanecer no CO (assistência concomitante à unidade neonatal), em comparação ao médico residente em pediatria, pode estar relacionada ao menor tempo de CPP quando o mesmo foi responsável pela assistência. Corroborando achados de outros estudos⁽¹⁶⁻¹⁷⁾ que evidenciam que o profissional pode influenciar na duração do CPP, também nos partos assistidos por enfermeiras obstétricas, os RN permaneceram em média, 17,7 minutos a mais em CPP, em comparação aos partos assistidos por médicos obstetras.

Não foram observadas barreiras ao início do CPP neste estudo, dado que a maioria dos profissionais ofereceu o contato ao nascimento e nenhuma puérpera se recusou. Porém, na maioria das vezes, o contato foi interrompido antes do tempo preconizado de uma hora, principalmente para a realização dos cuidados neonatais de rotina, em especial a AVAS. Vale reiterar que o perfil da amostra consistiu em RN a termo, saudáveis, sem complicações que impossibilitassem a realização do CPP. Os resultados mostram que o RN aspirado fica, em média, 27 minutos a menos em CPP. Estudo derivado da pesquisa "Nascer no Brasil" identificou taxas de AVAS ao nascer em 71% dos RN saudáveis⁽¹¹⁾, apontando as intervenções de rotina como barreira para o CPP e início do AM⁽¹⁸⁾.

Em relação à condição perineal, nos partos sem trauma, houve uma maior duração do CPP e da pega efetiva na primeira hora de vida. Revisão sistemática realizada sobre a realização de sutura perineal após o nascimento evidenciou que a dor pode resultar em desconforto e prejudicar a mobilidade da puérpera, comprometendo o início precoce do AM⁽¹⁹⁾. Estudo que avaliou 92 binômios em CPP e em cuidado convencional (CPP somente após a episiorrafia) indica a importância do CPP ao nascimento pelo maior tempo possível, para favorecer o AM precoce, sugerindo que o RN seja mantido em CPP ininterruptamente, inclusive durante o reparo perineal⁽²⁰⁾.

Dentre as barreiras ao CPP, estudo indiano aponta a falta de tempo e adesão como influência para a efetivação inadequada da prática⁽¹³⁾, interferindo nos benefícios propostos. O CPP realizado por 60 minutos estimula também a produção de ocitocina materna, favorecendo a apojadura e contribuindo para a pega efetiva da mama materna (início precoce do AM)⁽²¹⁻²²⁾.

Embora o presente estudo não tenha mostrado associação significativa entre a duração do CPP e a pega efetiva da mama, o contato precoce está relacionado com o AM efetivo^(16,21-22). Os laços afetivos estão mais fortes nas duas primeiras horas de vida do RN, e promover o vínculo materno nesse momento é de primordial importância para a efetivação e manutenção da amamentação exclusiva⁽⁵⁾.

A pega da mama materna, na primeira hora de vida do RN, foi realizada em 64,1% da amostra. Essa taxa é menor que a obtida em três hospitais de São Paulo, de 79%⁽¹²⁾, mas bem superior aos 16,1% identificados em amostra nacional representativa de 266 hospitais brasileiros⁽¹¹⁾. Ressalta-se que a ajuda profissional contribui para a efetivação da pega, tendo a equipe de enfermagem um papel fundamental no processo⁽¹⁶⁾.

Os achados deste estudo sugerem uma influência positiva da IHAC para a promoção do CPP ao nascimento e início precoce do AM, com taxas efetivas da pega da mama materna na primeira hora de vida do RN.

Limitações do estudo

A principal limitação se refere à possível interferência da pesquisadora na coleta de dados, devido à observação não participante

do CPP. É possível que a porcentagem elevada da prática tenha sido influenciada pela presença da pesquisadora no local.

Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde ou Políticas Públicas

Os resultados deste estudo apontaram a relevância da enfermagem na assistência à mulher e ao RN no parto para a superação das barreiras do CPP. O sucesso da prática depende, principalmente, da atuação de enfermeiras, obstetrias e médicos, além de protocolos assistenciais e políticas institucionais bem estabelecidas.

Boas práticas, como a promoção da integridade perineal, a restrição de práticas rotineiras no cuidado neonatal que interferem no CPP e a disponibilidade da equipe de enfermagem para apoiar a primeira mamada são essenciais para o sucesso do CPP (uma hora ininterrupta desde o nascimento). Ressalta-se a importância do registro da duração do CPP, e não exclusivamente a informação dicotômica "sim ou não", para o aprimoramento dessa prática.

FOMENTO

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

CONCLUSÃO

O CPP foi realizado na quase totalidade dos nascimentos, mas com duração inferior a uma hora na maioria dos casos. Os fatores que facilitam o prolongamento do CPP e a efetivação da pega da mama materna se relacionam à boa vitalidade ao nascer e à integridade perineal. A assistência ao parto por enfermeiras obstétricas favoreceu o CPP. A ajuda profissional na pega da mama favorece a amamentação precoce, independente da duração do CPP. As barreiras ao CPP e à efetivação da pega se relacionam com os cuidados neonatais de rotina prestados ao RN durante a primeira hora de vida, em especial a AVAS.

FOMENTO

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 371, de 07 de maio de 2014. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 8 maio de 2014. Brasília; 2014[cited 2017 Dec 3]. Seção 1, p.50. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html
2. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Organização Mundial da Saúde. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 3: promovendo e incentivando a amamentação em um Hospital Amigo da Criança: curso de 20 horas para equipes de maternidade. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009.
3. Cleveland L, Hill CM, Pulse WS, DiCiccio HC, Field T, White-Traut R. Systematic review of skin-to-skin care for full-term, healthy newborns. *JOGNN*. 2017;46(6):857-69. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2017.08.005>
4. Hakala M, Kaakinen P, Kääriäinen M, Bloigu R, Hannula L, Elo S. The realization of BFHI step 4 in Finland: initial breastfeeding and skin-to-skin contact according to mothers and midwives. *Midwifery*. 2017;50:27-35. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.03.010>
5. Beijers R, Cillessen L, Zijlmans MA. An experimental study on mother-infant skin-to-skin contact in full-terms. *Infant Behav Dev*. 2016;43:58-65. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2016.01.001>

6. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;11:CD003519. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4>
7. Stevens J, Schmied V, Burns E, Dahlen H. Immediate or early skin-to-skin contact after a caesarean section: a review of the literature. *Matern Child Nutr.* 2014;10(4):456-73. <https://doi.org/10.1111/mcn.12128>
8. Dani C, Cecchi A, Commare A, Rapisardi G, Breschi R, Pratesi S. Behavior of the newborn during skin-to-skin. *J Hum Lact.* 2015;31(3):452-7. <https://doi.org/10.1177/0890334414566238>
9. Araújo MFM, Otto AFN, Schmitz BAS. First assessment of the "Ten Steps for the Maternal Breast-Feeding Success" compliance in Baby-Friendly Hospitals in Brazil. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2003;3(4):411-9. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292003000400006>
10. Siqueira FPC, Colli M. Prevalence of early contact between mother and newborn in a hospital child friend. *Rev Enferm UFPE[Internet].* 2013 [cited 2017 Dec 3];7(11):6455-61. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/12292/14958>
11. Moreira MEL, Gama SGND, Pereira APE, Silva AAMD, Lansky S, Pinheiro RDS. Clinical practices in the hospital care of healthy newborn infant in Brazil. *Cad Saúde Pública.* 2014;30(1):S128-S139. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00145213>
12. Binfa L, Pantoja L, Ortiz J, Cavada G, Schindler P, Burgos RY, et al. Midwifery practice and maternity services: a multisite descriptive study in Latin America and the Caribbean. *Midwifery.* 2016;40:218-25. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.07.010>
13. Alenchery AJ, Thoppil J, Britto CD, de Onis JV, Fernandez L, Suman Rao PN. Barriers and enablers to skin-to-skin contact at birth in healthy neonates: a qualitative study. *BMC Pediatrics.* 2018;18(1). <https://doi.org/10.1186/s12887-018-1033-y>
14. Hubbard JM, Gattman KR. Parent-infant skin-to-skin contact following birth: history, benefits, and challenges. *Neonatal Netw.* 2017;36(2):89-97. <https://doi.org/10.1891/0730-0832.36.2.89>
15. Allen DJ, Parratt JA, Rolfe MI, Hastie CR, Saxton A, Fahy KM. Immediate, uninterrupted skin-to-skin contact and breastfeeding after birth: a cross-sectional electronic survey. *Midwifery.* 2019;79:102535. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102535>
16. Abdulghani N, Edvardsson K, Amir LH. Health care providers' perception of facilitators and barriers for the practice of skin-to-skin contact in Saudi Arabia: a qualitative study. *Midwifery.* 2019;81:102577. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102577>
17. Robiquet P, Zamiara PE, Rakza T, Deruelle F, Mestdagh B, Blondel G, et al. Observation of skin-to-skin contact and analysis of factors linked to failure to breastfeed within 2 hours after birth. *Breastfeed Med.* 2016;11:126-32. <https://doi.org/10.1089/bfm.2015.0160>
18. Lau Y, Tha PH, Ho-Lim SST, Wong LY, Lim PI, Nurfarah BZMC, et al. An analysis of the effects of intrapartum factors, neonatal characteristics, and skin-to-skin contact on early breastfeeding initiation. *Matern Child Nutr.* 2018;14(1). <https://doi.org/10.1111/mcn.12492>
19. Elharmeel SM, Chaudhary Y, Tan S, Scheermeyer E, Hanafy A, van Driel ML. Surgical repair of spontaneous perineal tears that occur during childbirth versus no intervention. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;8: CD008534. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd008534.pub2>
20. Khadivzadeh T, Karimi A. The effects of post-birth mother-infant skin to skin contact on first breastfeeding. *Iran J Nurs Midwifery Res (Online) [Internet].* 2009 [cited 2017 Oct 27]; 14(3):111-6. Available from: <http://ijnmr.mui.ac.ir/index.php/ijnmr/article/view/94/94>.
21. Vila-Candel R, Duke K, Soriano-Vidal FJ, Castro-Sánchez E. Effect of early skin-to-skin mother-infant contact in the maintenance of exclusive breastfeeding: experience in a health department in Spain. *J Hum Lact.* 2017;34(2):304-312. <https://doi.org/10.1177/0890334416676469>
22. Sharma A. Efficacy of early skin-to-skin contact on the rate of exclusive breastfeeding in term neonates: a randomized controlled trial. *Afr Health Sci.* 2016;16(3):790. <https://doi.org/10.4314/ahs.v16i3.20>