UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

ROSELY SAYURI KUAMOTO

CONTATO PELE-A-PELE AO NASCIMENTO:
ESTUDO TRANSVERSAL

SÃO PAULO

2018

ROSELY SAYURI KUAMOTO

**CONTATO PELE-A-PELE AO NASCIMENTO:
ESTUDO TRANSVERSAL**

Versão corrigida da Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestra em Ciências.

Área de concentração: Cuidado em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Luiza Gonzalez Riesco

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

SÃO PAULO

2018

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Kuamoto, Rosely Sayuri

Contato pele-a-pele ao nascimento: estudo transversal / Rosely Sayuri Kuamoto. São Paulo, 2018.

115 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Luiza Gonzalez Riesco

Área de concentração: Cuidado em Saúde

1. Recém-nascido. 2. Aleitamento materno. 3. Relações mãe-criança. 4. Enfermagem obstétrica. I. Título.

Nome: Rosely Sayuri Kuamoto

Título: Contato pele-a-pele ao nascimento: estudo transversal.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestra em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Comissão Julgadora

Orientador: Prof.^a Dr.^a _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, **Margareth** e **Francisco**, que sempre acreditam nos meus sonhos.

Às minhas irmãs, **Francielle** e **Michelle**, que nunca me deixam desacreditar.

À minha avó, **Maria Alice**, que sempre enxerga além do imaginado.

Ao meu namorado, **Hugo**, que sempre me acolhe nos momentos mais precisos.

Às **mulheres** e seus **recém-nascidos**, que me permitiram estar presente no momento mais especial de suas vidas.

AGRADECIMENTOS

À **Prof.^a Dr.^a Mariana Bueno**, por me receber na pós-graduação e por me orientar no início dessa pesquisa.

À **Prof.^a Dr.^a Maria Luiza Gonzalez Riesco**, por me acolher como orientanda, e pela inquestionável competência e respeito com que me orientou ao longo do desenvolvimento e conclusão dessa dissertação.

À **Prof.^a Dr.^a Marlise de Oliveira Pimentel Lima**, por sempre me incentivar e ajudar a concretizar metas.

À **Prof.^a Dr.^a Maria Alice Tsunechiro**, pelas valiosas contribuições ao longo da elaboração dessa pesquisa.

Às amigas do Mestrado, pelas risadas mais incentivadoras, pelo aconchego nos momentos de dificuldade e pela caminhada coletiva ao longo de cada uma das etapas dessa pesquisa: **Fernanda, Ligiana, Gisele, Thaís, e Cibele**.

Ao **Grupo de Pesquisa Enfermagem e Cuidado Neonatal** e ao **Grupo de Pesquisa Enfermagem e Assistência ao Parto: Modelos, Agentes e Práticas**, pela troca de experiências e contribuições para com o meu desenvolvimento pessoal e dessa pesquisa.

Ao **Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica** da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), pelo apoio e incentivo oferecidos no decorrer do Mestrado.

Aos funcionários da **Secretaria de Pós-Graduação da EEUSP**, pela disponibilidade imediata em ajudar.

Ao estatístico da EEUSP, **Bernardo dos Santos**, por sempre se mostrar disponível para explicar dúvidas e pelo tratamento estatístico dos dados.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior** (CAPES) pela concessão da bolsa de mestrado e pelo apoio financeiro para a realização desta pesquisa.

Ao **Hospital Municipal do Campo Limpo – Dr. Fernando Mauro Pires da Rocha** por possibilitar a realização dessa pesquisa.

EPÍGRAFE

“Foi o tempo que dedicastes à tua rosa que a fez tão importante”

(Saint-Exúpery, 1943, p.38)

Kuamoto RS. Contato pele-a-pele ao nascimento: estudo transversal [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2018.

RESUMO

Introdução: O contato pele-a-pele (CPP) ao nascimento consiste no posicionamento imediato do recém-nascido (RN) sobre o abdome ou tórax desnudo da mãe. Idealmente, o binômio mãe-filho deve permanecer em CPP continuamente por 1 hora para que benefícios como a promoção do aleitamento materno, estabilidade térmica, hemodinâmica e respiratória, organização comportamental, entre outros, sejam alcançados. Apesar de ser uma prática recomendada, a adesão ao CPP é insuficiente nas instituições brasileiras. **Objetivo:** Analisar a prática do CPP ao nascimento no hospital. **Método:** Estudo transversal realizado em um Hospital Amigo da Criança do município de São Paulo, SP. Foram incluídas puérperas de gestação única e seus RN de termo. Foram excluídos RN por cesariana e binômios mãe-filho que apresentaram complicações clínicas, obstétricas ou neonatais. A amostra foi composta por 78 binômios com erro de prevalência estimada em 10%. A coleta foi realizada no período de 1 mês, nos horários da manhã, tarde, noite e madrugada. Os dados foram obtidos dos prontuários da puérpera e do RN e por observação não participante da prática do CPP ao nascimento. Foi registrado o CPP ao nascimento, sua duração e interrupção e a efetivação da pega da mama materna na 1ª hora de vida do RN. Os dados foram analisados de modo descritivo e inferencial. **Resultados:** O CPP foi realizado em 94,9% (n=74) dos nascimentos, 73% (n=54) dos RN permaneceram menos de 60 minutos em contato e 50% (n=27) destes, menos que 15 minutos. A duração média do CPP foi de 29 minutos. O principal motivo para a interrupção do CPP foi a prestação de cuidados de rotina ao RN. Houve diferença significativa no tempo de CPP, com duração maior em relação às seguintes variáveis: Apgar no 5º minuto com índice 10 (p=0,003); condição perineal (mulheres com períneo íntegro; p=0,022); partos assistidos por enfermeira obstétrica (p=0,027); RN sem aspiração de vias aéreas superiores (AVAS) (p<0,001), com aplicação de vitamina K (p=0,048) e vacina da hepatite B (p=0,030); assistência neonatal prestada por médico residente (p=0,028). Os RN que receberam a AVAS ficaram, em média, 27 minutos a menos em CPP. Houve diferença significativa em relação às seguintes variáveis, com maior proporção de RN que efetivaram a pega da mama na 1ª hora de vida: índice de Apgar mais elevado no 1º e 5º minuto (p=0,035 e p=0,009, respectivamente); sem AVAS (p=0,015); posicionamento no colo materno (p=0,011); ajuda profissional para efetivação da pega (p<0,001). A condição perineal materna com integridade mostrou tendência à efetivação da pega (p=0,053). Não houve associação significativa entre a efetivação da pega, que ocorreu em 64,1% (n=50) dos RN, e o maior tempo de CPP (p=0,142). **Conclusão:** O CPP foi realizado na quase totalidade dos nascimentos, mas com duração inferior a 1 hora, na maioria dos casos. Os fatores que facilitaram o prolongamento do CPP e a pega efetiva da mama materna relacionam-se à boa vitalidade ao nascer e à integridade perineal. A assistência ao parto por enfermeira obstétrica favorece o CPP. A ajuda profissional na pega da mama e a permanência do RN no colo materno favorecem a amamentação precoce, independentemente da duração do CPP. As barreiras ao CPP e à efetivação da pega relacionam-se com os cuidados neonatais de rotina prestados ao RN durante a 1ª hora de vida, em especial, a AVAS.

PALAVRAS-CHAVE: Contato pele-a-pele. Recém-Nascido. Aleitamento Materno. Relações Mãe-Filho. Assistência Perinatal. Enfermagem Obstétrica.

Kuamoto RS. Skin-to-skin contact at birth: cross-sectional study [dissertation]. São Paulo (SP), Brazil: School of Nursing, University of São Paulo; 2018.

ABSTRACT

Introduction: Skin-to-skin contact (SSC) at birth consists in positioning the newborn (NB) on the mother's abdomen or naked chest immediately. Ideally, the mother-child binomial should remain in SSC continuously for 1 hour, so that benefits such as the promotion of breastfeeding, thermal, hemodynamic and respiratory stability, behavioral organization, among others, are achieved. Although it is a recommended practice, SSC adherence is insufficient in Brazilian institutions. **Objective:** To analyze the SSC practice at birth in a hospital. **Methods:** A cross-sectional study, which was carried out in a Child-Friendly Hospital in the city of São Paulo, SP, Brazil. Single-term postpartum women and their full-term NBs were included. NBs by caesarean section and mother-child binomials that presented clinical, obstetric or neonatal complications were excluded. The sample consisted of 78 binomials, with an estimated prevalence of error in 10%. Data collection was performed in the period of 1 month, in the morning, afternoon, night and dawn hours. Data were obtained from the medical records of the postpartum women and NBs and by non-participant observation of the SSC practice at birth. The SSC practice was recorded at birth, its duration and interruption, as well as the accomplishment of the maternal breast latching in the 1 hour of life of the NB. Data were analyzed in a descriptive and inferential manner. **Results:** SSC was performed in 94.9% (n=74) of births, and 73% (n=54) of NBs remained less than 60 minutes in contact, of which 50% (n=27) for less than 15 minutes. The mean SSC duration was 29 minutes. The main reason for SSC discontinuation was the provision of routine care to NB. There was a significant difference in SSC time, with a longer duration in relation to the following variables: Apgar at the 5th minute with score 10 (p=0.003); perineal condition (women with intact perineum; p=0.022); births assisted by nurse-midwife (p=0.027); NB without upper airway aspiration (UAA) (p<0.001) and with application of vitamin K (p=0.048) and hepatitis B vaccine (p=0.030); neonatal care provided by a resident physician (p=0.028). The NBs that received UAA remained, on average, 27 minutes less in SSC. There was a significant difference, with a higher proportion of NBs with effective breast latching in the 1 hour of life in relation to the following variables: higher Apgar score at the 1st and 5th minutes (p=0.035 and p=0.009, respectively); without UAA (p=0.015); positioning in the mother's lap (p=0.011); professional help to perform the latching (p<0.001). The intact maternal perineum showed tendency in favor to effective breast latching (p=0.053). There was no significant association between the accomplishment of the latching, which occurred in 64.1% (n=50) of NBs, and the highest SSC time (p=0.142). **Conclusion:** SSC was performed in almost all births, but lasting less than 1 hour in most cases. The factors that have facilitated the SSC prolongation and the accomplishment of the maternal breast latching are related to good vitality at birth and perineal integrity. Birth care provided by nurse-midwives favors SSC. The professional help in latching the breast and the stay of NB in the mother's lap favor early breastfeeding, regardless of the SSC duration. The barriers to SSC and to the accomplishment of the latching are related to the routine neonatal care provided to NB during the 1 hour of life, especially the UAA.

KEYWORDS: Skin-to-Skin Contact; Infant, Newborn; Breast Feeding; Mother-Child Relations; Perinatal Care; Obstetric Nursing.

Kuamoto RS. Contacto piel-a-piel al nacimiento: estudio transversal [disertación]. Sao Paulo (SP), Brasil: Escuela de Enfermería, Universidad de Sao Paulo; 2018.

RESUMEN

Introducción: El contacto piel-a-piel (CPP) al nacimiento consiste en el posicionamiento inmediato del recién nacido (RN) sobre el abdomen o tórax desnudo de la madre. Idealmente, el binomio madre-hijo debe permanecer en CPP continuamente por 1 hora, para que beneficios como la promoción de la lactancia materna, estabilidad térmica, hemodinámica y respiratoria, organización comportamental, entre otros, sean alcanzados. A pesar de ser una práctica recomendada, la adhesión al CPP es insuficiente en las instituciones brasileñas. **Objetivo:** Analizar la práctica del CPP al nacimiento en el hospital. **Método:** Estudio transversal, realizado en un Hospital Amigo del Niño del municipio de São Paulo, SP. Se incluyeron púrpas de gestación única y sus RN de término. Se excluyeron RN por cesárea y binomios madre-hijo que presentaron complicaciones clínicas, obstétricas o neonatales. La muestra fue compuesta por 78 binomios, con un error de prevalencia estimada en el 10%. La recolección de datos fue realizada en el período de 1 mes, en los horarios de la mañana, tarde, noche y madrugada. Los datos fueron obtenidos en los prontuarios de la púrpas y del RN y por observación no participativa de la práctica del CPP al nacimiento. Se registró el CPP al nacimiento, su duración e interrupción, y la efectividad de la toma de la mama materna en la primera hora de vida del RN. Los datos fueron analizados de modo descriptivo e inferencial. **Resultados:** El CPP fue realizado en el 94,9% (n=74) de los nacimientos, el 73% (n=54) de los RN permanecieron menos de 60 minutos en contacto y el 50% (n=27) de éstos, menos de 15 minutos. La duración media del CPP fue de 29 minutos. El principal motivo para la interrupción del CPP fue a la prestación de cuidados de rutina al RN. Se observó una diferencia significativa en el tiempo de CPP, con una duración mayor en relación a las siguientes variables: Apgar en el 5° minuto con índice 10 ($p=0,003$); condición perineal (mujeres con periné íntegro, $p=0,022$); partos asistidos por enfermera obstétrica ($p=0,027$); RN sin aspiración de vías aéreas superiores (AVAS) ($p<0,001$) y con aplicación de vitamina K ($p=0,048$) y vacuna de la hepatitis B ($p=0,030$); asistencia neonatal prestada por médico residente ($p=0,028$). Los RN que recibieron la AVAS quedaron, en promedio, 27 minutos menos en CPP. Se observó una diferencia significativa, con mayor proporción de RN con efectividad del acople al pezón en la primera hora de vida en relación a las siguientes variables: índice de Apgar más elevado en el primer y quinto minuto ($p=0,035$ y $p=0,009$, respectivamente); sin AVAS ($p=0,015$); posicionamiento en los brazos de la madre ($p=0,011$); ayuda profesional para efectividad del acople ($p<0,001$). La condición perineal materna con integridad mostró una tendencia hacia la efectividad del acople ($p=0,053$). No hubo asociación significativa entre la efectividad del acople, que ocurrió en el 64,1% (n=50) de los RN, y el mayor tiempo de CPP ($p=0,142$). **Conclusión:** El CPP fue realizado en la casi totalidad de los nacimientos, pero con una duración inferior a una hora, en la mayoría de los casos. Los factores que facilitaron la prolongación del CPP y la efectividad del acople al pezón se relacionan a la buena vitalidad al nacer ya la integridad perineal. La atención al parto por enfermera obstétrica favorece el CPP. La ayuda profesional en el acople del pezón y la permanencia del RN en los brazos de la madre favorecen la lactancia precoz, independientemente de la duración del CPP. Las barreras al CPP y la efectividad del acople se relacionan con los cuidados neonatales de rutina al RN durante la primera hora de vida, en especial, la AVAS.

PALABRAS-CLAVE: Contacto piel-a-pile. Recién Nacido. Lactancia Materna. Relaciones Madre-Hijo. Atención Perinatal. Enfermería Obstétrica.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CPP	Contato pele-a-pele
RN	Recém-nascido ou Recém-nascidos
IG	Idade gestacional
CO	Centro obstétrico
AC	Alojamento conjunto
TP	Trabalho de parto
DUM	Data da última menstruação
USG	Ultrassonografia
AVAS	Aspiração das vias aéreas superiores
AM	Aleitamento materno
MC	Método canguru
CPN	Centro de parto normal
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
OMS	Organização Mundial da Saúde
MS	Ministério da Saúde
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
HAC	Hospital Amigo da Criança
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
CEJAM	Centro de Estudos e Pesquisas “Dr. João Amorim”
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
AHM	Autarquia Hospitalar Municipal
ABM	Academy of Breastfeeding Medicine
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
EUA	Estados Unidos da América
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TA	Termo de Assentimento

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Caracterização materna, São Paulo, SP – 2017	41
Tabela 2 -	Caracterização da assistência obstétrica, São Paulo, SP – 2017	42
Tabela 3 -	Caracterização neonatal, São Paulo, SP – 2017	43
Tabela 4 -	Caracterização da assistência neonatal, São Paulo, SP – 2017	44
Tabela 5 -	Distribuição dos binômios mãe-filho em relação ao CPP, São Paulo, SP – 2017	45
Tabela 6 -	Distribuição dos binômios mãe-filho em relação à interrupção do CPP, São Paulo, SP – 2017	45
Tabela 7 -	Distribuição dos binômios mãe-filho em relação ao tempo de CPP inferior a 60 minutos, São Paulo, SP – 2017	46
Tabela 8 -	Valores da média, desvio padrão (d.p.), mínimo e máximo do tempo de CPP em relação às variáveis independentes e valor-p, São Paulo, SP – 2017 (n=78)	47
Tabela 9 -	Correlação de Spearman entre o tempo de CPP e idade materna, IG, peso do RN e valor-p, São Paulo, SP – 2017	49
Tabela 10 -	Efetivação da pega na 1ª hora de vida do RN em relação às variáveis independentes, São Paulo, SP – 2017 (n=78)	51
Tabela 11 -	Efetivação da pega na 1ª hora de vida do RN em relação aos valores da média, desvio padrão (d.p.), mínimo e máximo da idade materna, IG, peso do RN e valor-p, São Paulo, SP – 2017 (n=78)	53

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Fluxograma de participantes, São Paulo, SP - 2017	40
Figura 2 -	CPP inferior a 60 minutos em relação à AVAS, São Paulo, SP – 2017	49
Figura 3 -	Efetivação da pega na 1ª hora de vida do RN em relação ao posicionamento após os primeiros cuidados, São Paulo, SP – 2017	54

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 Contato pele-a-pele: conceitos e recomendações	18
1.2 Benefícios do contato pele-a-pele ao nascimento	19
1.2.1 Relação do contato pele-a-pele com o aleitamento materno	21
1.3 Contato pele-a-pele ao nascimento: aspectos epidemiológicos	22
1.4 Barreiras e facilitadores do contato pele-a-pele na prática assistencial	24
1.5 Justificativa do estudo	27
2 OBJETIVOS	28
2.1 Objetivo geral	29
2.2 Objetivos específicos	29
3 MÉTODO	30
3.1 Desenho do estudo	31
3.2 Local do estudo	31
3.3 População e amostra	32
3.3.1 População	32
3.3.2 Critérios de elegibilidade	32
3.3.3 Critérios de exclusão	32
3.3.4 Amostragem	33
3.4 Variáveis	33
3.4.1 Dependentes	33
3.4.2 Independentes	34
3.4.3. Outras variáveis	35
3.5 Procedimentos de coleta de dados	35
3.5.1 Dados obtidos da observação não participante	36
3.5.1.1 CPP	36
3.5.1.2 Cuidados neonatais	36

3.5.1.3 Efetivação da pega na 1ª hora	36
3.6 Análise dos dados	37
3.7 Aspectos éticos	38
4 RESULTADOS	39
4.1 Caracterização da amostra e da assistência	42
4.2 Análise descritiva do contato pele-e-pele	46
4.3 Análise inferencial do tempo de contato pele-e-pele	47
4.4 Análise inferencial da pega na 1ª hora de vida do recém-nascido	51
5 DISCUSSÃO	56
5.1 Contato pele-a-pele	57
5.2 Pega da mama materna	62
5.3 Limitações do estudo	64
5.3.1 Viés observacional	64
5.4 Contribuições para a prática e pesquisa	65
6 CONCLUSÃO	67
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
9 APÊNDICES	77
9.1 APÊNDICE A – Termo de anuência (Profissionais)	78
9.2 APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Puérperas)	79
9.3 APÊNDICE C – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido	81
9.4 APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Responsável legal)	83
9.5 APÊNDICE E – Instrumento de coleta de dados	85
9.6 APÊNDICE F – Tabela de referências	86

10 ANEXOS	106
10.1 ANEXO 1 – Parecer consubstanciado do comitê de ética em pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo	107
10.2 ANEXO 2 – Parecer consubstanciado do comitê de ética em pesquisa da instituição coparticipante e autorização	111

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTATO PELE-A-PELE: CONCEITOS E RECOMENDAÇÕES

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 (Brasil, 2011; Sobel et al., 2011; American Academy of Pediatrics, 2012).

A Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014, art. 4º, do Ministério da Saúde (MS) (Brasil, 2014a) ressalta que a prática do CPP deve ser iniciada precocemente: “para todo RN de 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, 2009), o profissional que presta assistência obstétrica deve proporcionar o CPP imediatamente ao nascimento, permitindo a sua realização por pelo menos 1 hora ininterrupta. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (Chaparro, Lutter, 2007) e o MS, através da Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014, art. 7º (Brasil, 2014b), reforçam ainda que os procedimentos de rotina realizados com os neonatos podem ser postergados para depois da 1ª hora de vida.

O protocolo clínico nº 5 da Academy of Breastfeeding Medicine (ABM), revisão de 2013 sobre o aleitamento materno (AM), também recomenda o CPP ao nascimento: “RN saudáveis podem ser posicionados diretamente em CPP com suas mães até que a amamentação seja realizada. A criança pode ser secada, receber as pontuações de Apgar e a avaliação física inicial, no colo materno. Procedimentos como pesagem, medição, administração de vitamina K e profilaxia ocular podem ser postergados em até 1 hora” (Holmes, McLeod, Bunik, 2013).

A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) também reforça em seu manual de assistência neonatal o incentivo à criação precoce do vínculo materno-infantil. Segundo o “Manual de Reanimação Neonatal: Reanimação do recém-nascido $\geq$ 34 semanas em sala de parto: Diretrizes de 2016”, para todo RN de termo, que está respirando ou chorando e que apresenta tônus muscular em flexão, o cuidado junto à mãe, logo ao nascimento, deve ser assegurado (Almeida, Guinsburg, 2016).

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), criada em 1990 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e UNICEF, propõe “Dez passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”, nos quais o quarto passo inclui o CPP realizado precocemente: “Ajudar a mãe a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto” (Brasil, 2014c). Segundo o MS (Brasil, 2014c), o quarto passo da IHAC deve ser interpretado como: “colocar o RN em CPP com sua mãe, imediatamente após o parto, por pelo menos 1 hora, e incentivar a mãe a identificar se o RN mostra sinais de que está querendo ser amamentado, oferecendo ajuda se necessário”.

No Brasil, contudo, o quarto passo da IHAC é considerado válido quando o CPP é realizado nos primeiros 30 minutos de vida e a amamentação na 1ª hora após o parto (Araújo, Schmitz, 2007). Ao se avaliar o cumprimento dos passos da IHAC no país, considera-se sua realização somente de modo categórico (sim ou não) (Brasil, 2014c) e aspectos como a duração e o momento em que a prática é realizada não são investigados, assim como não são explorados os motivos pelos quais o CPP não é adequadamente implementado no país.

A recomendação da prática do CPP ocorre há quase três décadas no Brasil (UNICEF, 2009). Por ser uma prática preconizada por instituições mundialmente renomadas, o CPP ao nascimento se tornou um cuidado essencial para a promoção da saúde infantil. Sendo assim, a sua efetivação, seguindo os passos descritos na literatura, é essencial para a promoção dos benefícios ao binômio mãe-filho. Além disso, como a IHAC visa à diminuição da mortalidade infantil, somente o cumprimento parcial do CPP, sem considerar sua duração, não favorece plenamente a promoção da saúde infantil almejada pela iniciativa.

1.2 BENEFÍCIOS DO CONTATO PELE-A-PELE AO NASCIMENTO

O CPP precoce é uma prática de cuidado segura, livre de custos e com benefícios em curto e longo prazo para a mulher e o RN. Em curto prazo, o CPP colabora para um melhor controle de temperatura (Mercer et al.; 2007) e melhor organização do estado comportamental neonatal (Morrison, 2006) e, em longo prazo, estimula o início precoce da amamentação (Bramson et al., 2010; Gabriel et al., 2010; Widström et al., 2011; Dani et al., 2015). Além disso, o seu oferecimento ao nascimento colabora para uma transição neonatal mais calma e adequada (Mazurek et al., 1999; Almeida, Martins, 2004).

Nos primeiros 40 minutos de vida, o RN experimenta a fase denominada inatividade alerta, durante a qual se adapta ao meio extrauterino (Klaus, Kennell, 1976). Ao longo desse

período, preconiza-se oferecer o CPP ao nascimento e reduzir a realização dos procedimentos de rotina, para que ocorra o estabelecimento do vínculo materno e uma melhor adaptação neonatal (Cruz, Sumam, Spíndola, 2007), pois essa fase contribui para a percepção materna quanto ao apego e à sensibilidade para com o seu conceito (Zveiter, 2003).

Além dessa percepção materna, a literatura descreve inúmeros benefícios do CPP realizado imediatamente após o nascimento. Especificamente para o neonato, destacam-se promoção de melhor estabilidade fisiológica; maior duração da amamentação; fortalecimento do vínculo materno (Mahmood, Jamal, Khan, 2011; D'Artibale, Bercini, 2014; Saxton, Fahy, Hastie, 2014; Patel et al., 2015; Kim, 2017); maiores níveis de glicose sanguínea; melhor controle de temperatura; estabilidade cardiorrespiratória; menor tempo de choro e concentração de cortisol mais baixa (menor nível de estresse) (Christensson et al., 1995; Bergman, Linley, Fawcus, 2004; Winberg, 2005; Mori, 2010; Takahashi et al., 2011; Stevens et al., 2014; Luong et al., 2015; Beijers, Cillessen, Zijlmans, 2016; Moore et al., 2016).

Um estudo clínico randomizado, realizado em Israel, teve como objetivo avaliar os efeitos do CPP precoce sobre as respostas neurocomportamentais dos RN de risco habitual. Um total de 47 binômios mãe-filho foram randomizados para receber o CPP precoce, iniciado entre o 15º e o 20º minuto de vida e continuado até o 60º minuto de vida, ou o cuidado padrão, que consistia em envolver o RN em cobertores. Os neonatos foram observados até completarem 4 horas de vida e os resultados indicaram que o CPP contribuiu para a regulação dos movimentos respiratórios, organização do sistema motor, promoção de resposta ao estresse visceral, movimentação eficiente de flexão e extensão dos membros, melhor inserção nos estados de sono profundo, sono leve, sonolência, alerta, alerta com atividade e choro, além de facilitar as respostas a sinais de atenção positiva e negativa. Os autores concluíram, portanto, que o CPP contribui para a promoção de comportamentos autorregulatórios neonatais que podem favorecer um adequado desenvolvimento cerebral (Ferber, Makhoul, 2004).

O tempo de permanência do RN em CPP para que cada um desses benefícios seja atingido é variável. Para melhorar a estabilidade fisiológica, por exemplo, o CPP deve durar cerca de 60 minutos (Bergman, Linley, Fawcus, 2004), o que se assemelha ao tempo necessário para o incentivo ao AM e para a promoção do vínculo materno-infantil (55 minutos de CPP) (Mahmood, Jamal, Khan, 2011; Widström et al., 2011; Dani et al., 2015). O período de 60 minutos também é considerado ideal para estabilizar os níveis de glicose

sanguínea no RN (Wight, 2014) e para promover comportamentos neonatais mais estáveis (Christensson et al., 1995; Mazurek et al., 1999). Períodos de 15 minutos são considerados suficientes para favorecer o controle de temperatura e a estabilidade cardiorrespiratória (Christidis, 2003; Bergman, Linley, Fawcus, 2004) e a permanência em CPP por 30 minutos favorece a redução do tempo de choro (Winberg, 2005). Percebe-se, desse modo, que o tempo de CPP também influencia os benefícios ofertados pela prática ao nascimento.

1.2.1 Relação do contato pele-a-pele com o aleitamento materno

Revisão sistemática sobre os efeitos do CPP, colo materno, toque terapêutico e massagem terapêutica para RN de termo saudáveis evidenciou que o CPP, quando realizado de forma segura e terapêutica ao nascimento, tanto em partos vaginais como em cesarianas, traz benefícios para o neonato. A revisão analisou 40 estudos, nos quais 33 abordavam a importância do CPP, mesmo depois da 1ª hora de vida. Foram evidenciados melhores escores de amamentação, vínculo materno, controle de temperatura e níveis mais baixos de estresse analisados através do cortisol salivar (Cleveland et al., 2017).

Estudo clínico randomizado, cujo objetivo foi comparar os efeitos do CPP realizado nas primeiras 2 horas de vida do RN com o cuidado padrão (que consistia em posicionar o RN envolto em cobertores no colo materno), observou que os RN que receberam o CPP ao nascimento alcançaram, espontaneamente, o mamilo materno e iniciaram a sucção da mama depois de, aproximadamente, 55 minutos do parto. O grupo que recebeu CPP apresentou melhores padrões de sucção, no entanto, não houve diferenças nos padrões de amamentação ao longo do primeiro mês de vida, quando comparados aos RN que receberam o cuidado convencional (Moore et al., 2007).

Com o objetivo de verificar a influência do CPP sobre o AM, temperatura cutânea e glicemia neonatal, Walters et al. (2007) observaram nove RN de termo que receberam o CPP ao nascimento, do primeiro minuto de vida até a efetivação da primeira mamada. Os resultados indicaram aumento da temperatura corpórea em oito RN, níveis glicêmicos adequados aos 60 minutos de vida e efetivação espontânea da primeira mamada em oito RN, em um intervalo de 74 minutos após o nascimento. Esses resultados confirmam a influência do CPP precoce na organização comportamental e estabilização do RN, dando ênfase aos estímulos de busca e pega para a efetivação da amamentação. Os autores destacaram ainda que as mulheres se importaram menos com a realização da sutura perineal enquanto permaneciam em CPP com seu filho.

Em revisão sistemática, que incluiu 46 ensaios clínicos, foram investigados 3.850 binômios mãe-filho. A partir dessa revisão, tem-se que os efeitos benéficos do CPP precoce para o RN, especificamente, envolveram melhores padrões de sucção, o que inclui maior sucesso da amamentação já na primeira mamada, melhor estabilidade cardiorrespiratória e níveis glicêmicos mais elevados (Moore et al., 2016).

Hakala et al. (2017) realizaram um estudo transversal na Finlândia com puérperas e parteiras e objetivaram descrever como o AM e o CPP são implementados. Foram entrevistadas 383 pessoas, sendo 111 puérperas e 272 parteiras. Pelo relato das participantes, 62% dos RN que receberam o CPP nos primeiros 5 minutos de vida iniciaram a sucção da mama materna em menos de 40 minutos; entre os 75% que iniciaram o CPP após 21 minutos, a sucção foi adiada para 51 minutos.

Na Índia, um ensaio clínico randomizado controlado verificou a influência do CPP sobre a amamentação em relação ao cuidado convencional (berço aquecido). Foram randomizados 200 RN nos grupos controle e experimental e mantidos por 45 minutos nos respectivos grupos. Os autores verificaram que os neonatos que receberam o CPP (grupo experimental) passaram a urinar com mais frequência dentro das primeiras 24 horas de vida. Esse aumento na produção de urina no grupo experimental refletiu em um índice mais elevado da efetivação do AM dentro das primeiras 24 horas de vida do RN (Sharma, 2016).

Diante do exposto, percebe-se que o CPP ao nascimento se mostra uma prática de cuidado eficiente e com benefícios comprovados, quando realizados da forma correta e segura.

1.3 CONTATO PELE-A-PELE AO NASCIMENTO: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

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 passo quatro foi relatado em 92% das instituições, considerando-se somente a avaliação categórica do CPP (sim ou não) (Araújo, Otto, Schmitz, 2003).

Um estudo transversal realizado em seis países da América Latina, com os objetivos de descrever os desfechos obstétricos e neonatais de mulheres que receberam a assistência de

obstetizes e identificar o nível de satisfação das mulheres após experimentar o cuidado prestado por essas profissionais, mostrou dados sobre CPP e AM no nascimento: a prática foi realizada em 97% dos partos na Argentina, 95% no Peru, 91% no Brasil (em três HAC), 75% no Chile, 64% na República Dominicana e 58% no Uruguai. Em comparação, 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 (Binfa et al., 2016).

Em contrapartida, um estudo descritivo, retrospectivo, sobre a prevalência do CPP na 1ª 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 1ª hora (Siqueira, Colli, 2013). 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 e incluiu 23.940 mulheres, no período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012. Encontrou-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 são ainda menores, variando entre 11,5% na região Nordeste e 22,4% na região Sul. Com relação às instituições investigadas que possuíam o título de HAC, somente 38,1% dos binômios mãe-filho foram posicionados em CPP ao nascimento e 24% dos neonatos mamaram em sala de parto (Moreira et al., 2014).

Um estudo sobre a epidemiologia, mecanismos e efeitos vitalícios da amamentação no século XXI apontou que 101,1 milhões de crianças de famílias de baixa e média renda no mundo não receberam a amamentação conforme as recomendações das diretrizes internacionais de cuidado infantil. Segundo as análises globais realizadas por esse estudo, mais de 80% dos neonatos recebem o leite materno no mundo, no entanto, somente cerca da metade recebe o incentivo para o AM na 1ª hora de vida, embora essa recomendação tenha sido emitida pela OMS há mais de 25 anos (Victora et al., 2016).

Adicionalmente, Sampaio, Bousquat e Barros (2016) realizaram um estudo transversal com 107 mulheres, em um HAC na região Nordeste do Brasil. Por intermédio de entrevistas com puérperas entre 12 e 36 horas de pós-parto, foi investigada a prevalência do CPP ao nascimento e a sua implementação por no mínimo 30 minutos, ou até que o bebê realizasse a

primeira mamada. De acordo com os relatos maternos, somente 9,3% dos RN incluídos receberam o CPP adequadamente.

Robiquet et al. (2016) realizaram um estudo observacional na França, ao longo das primeiras duas horas de pós-parto, com 30 mulheres que pretendiam amamentar. Seu estudo evidenciou que cerca de um terço da amostra não recebeu informações sobre o CPP no pré-natal. Os autores relatam ainda que parte dos binômios mãe-filho que realizaram o CPP ao nascimento foi interrompida pelo menos duas vezes ao longo desse período para a realização das práticas de cuidado neonatal.

Os dados apresentados por esses estudos indicam que a realização do CPP ao nascimento, a despeito das vantagens para o binômio mãe-filho e das recomendações da IHAC, é uma prática empregada de modo insuficiente em instituições brasileiras e ao redor do mundo. Evidenciam, também, uma disparidade entre as avaliações das instituições acreditadas como HAC e o cumprimento adequado do quarto passo da iniciativa. Dessa forma, faz-se necessário compreender quais seriam os fatores que contribuem para a implementação do CPP imediatamente após o nascimento e quais fatores dificultam a efetivação da prática na clínica.

1.4 BARREIRAS E FACILITADORES DO CONTATO PELE-A-PELE NA PRÁTICA ASSISTENCIAL

Um estudo qualitativo realizado nos Estados Unidos da América (EUA) objetivou identificar as barreiras para a implementação do CPP no contexto hospitalar. Nesse estudo, foram entrevistados onze clínicos (incluindo cinco enfermeiras obstétricas, quatro enfermeiros neonatais, um médico ginecologista-obstetra e um médico pediatra-neonatologista). Inúmeras barreiras foram descritas pelos profissionais, destacando-se as barreiras institucionais, tais como o número reduzido de funcionários disponíveis para a realização da prática, o tempo insuficiente para a realização devido à alta demanda da rotina hospitalar, a ausência de conhecimento dos benefícios do CPP por parte dos profissionais, a ausência de critérios estabelecidos de elegibilidade para o CPP, o desconhecimento da prática por parte dos familiares, além da não solicitação do CPP pela mulher (Koopman et al., 2016).

Um outro estudo, realizado em um centro médico acadêmico urbano dos EUA, por intermédio de inquéritos e grupos focais, incluiu 14 enfermeiros e 15 puérperas. As maiores barreiras para a efetivação do CPP na prática encontradas nesse estudo foram: presença de

visitantes no quarto, anestesia, desconhecimento da importância do CPP por parte da puérpera, prática considerada inconveniente por parte da puérpera, e o fato de outros familiares querem segurar o RN (Ferrarello, Hatfield, 2014).

Segundo Vittner et al. (2017), enfermeiros perinatais conhecem e acreditam na prática do CPP, contudo um treinamento adicional para a sua implementação é necessário. Segundo os autores, o nível de escolaridade, os cenários para a realização da prática e os anos de experiência do enfermeiro influenciam na implementação do CPP.

Uma revisão sistemática, conduzida nos últimos 10 anos, mostrou que a falta de conhecimento de profissionais da saúde e dos pais acerca do CPP se configurou como uma importante barreira para a sua implementação. Os autores destacaram que devido o CPP se configurar como uma intervenção multidisciplinar é importante o estabelecimento de grupos de trabalho que busquem identificar dificuldades, encontrar soluções e favorecer a mudança de práticas para a efetivação do CPP. Fatores culturais e demográficos também podem influenciar na prática profissional relacionada ao CPP, o que reforça a importância da individualização dos cuidados oferecidos, prestados de acordo com a decisão informada e com o devido respeito às mulheres. A ausência de protocolos para a realização do CPP ao nascimento, bem como o número limitado de profissionais também são fatores descritos como limitantes à prática (Hubbard, Gattman, 2017).

Hubbard e Gattman (2017) reforçam, ainda, que o profissional da área da saúde é a principal barreira para a efetivação do CPP, por conta da falta de compreensão dos benefícios dessa prática e dos valores culturais da família. O estudo mostra que o conhecimento prévio do profissional e a sua capacidade de transmitir o conhecimento para os pais são a chave para a implementação da prática.

Segundo Chan et al. (2017) a implementação de uma intervenção como o CPP depende de um sistema de saúde que funcione bem. Os autores explicam que os profissionais de saúde são imprescindíveis para disseminar o conhecimento da prática, sendo deles a responsabilidade de capacitar a família para realizar o CPP adequadamente.

Reeg e Lott (2012) também afirmam que é o investimento na educação dos profissionais, em prol da sua capacitação para orientar os pais quanto ao modo correto de realizar o CPP, que possibilita sua efetiva implementação nas unidades de assistência.

Uma revisão sobre as barreiras e facilitadores do CPP ou Método Canguru (MC) realizada em diferentes contextos mostra que as instituições de saúde, onde o MC é muitas vezes iniciado, exigem um nível mínimo de liderança, financiamento e informações para a efetivação da prática de forma correta (Chan et al., 2016).

A criação de políticas e protocolos institucionais para a implementação do CPP ao nascimento também são importantes para a realização da prática. O financiamento e a certificação da IHAC são outros quesitos essenciais que colaboram para a sua efetividade (Hubbard, Gattman, 2017).

Napoli (2015) relata que os 10 passos para o sucesso do AM são uma peça fundamental para a implementação do CPP. A autora acredita que seguindo as recomendações da OMS, da Academia Americana de Pediatria e a teoria da mudança de Lewin (que consiste em três fases do desenvolvimento: descongelar - determinar a necessidade de mudança; mudar - verificar o estado atual de organização; e recongelar - o porquê temos que mudar), políticas para a efetivação do CPP serão criadas e possibilitarão a construção de um ambiente que apoie a amamentação. Dada a correlação direta do CPP ao nascimento com o início precoce do AM, a autora reforça que garantir a implementação de uma política abrangente para a efetivação do CPP nos hospitais fornecerá uma peça crucial para aumentar as taxas de amamentação.

Para Gepilano (2014), as políticas institucionais são fundamentais para a implementação das práticas baseadas em evidências. A autora relata que para ocorrer a mudança da cultura de enfermagem, é necessária a educação dos profissionais acerca das mudanças que as práticas baseadas em evidências científicas exigem.

Segundo Brown et al. (2009), qualquer tentativa bem-sucedida de promover práticas baseadas em evidências deve considerar a pesquisa que aborda barreiras e facilitadores para a adoção da prática por enfermeiros. Portanto, identificar barreiras deve ser considerado um passo primário na implementação de mudanças na prática baseada em evidências.

Dessa forma, percebe-se a necessidade de investimento na capacitação dos profissionais que prestam assistência direta ao binômio mãe-filho, além de iniciativas e políticas institucionais que possibilitem a vivência dos benefícios do CPP por mais RN.

1.5 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Do ponto de vista biológico, o nascimento é um evento estressante para o binômio mãe-filho, uma vez que a fisiologia da mulher se altera de gestacional para puerperal, e do RN se altera da vida intrauterina para a vida extrauterina. Diante disso, o CPP contribui para a diminuição do estresse provocado pelo período adaptativo pós-natal, e o seu oferecimento logo ao nascimento colabora para o desenvolvimento de comportamentos que favoreçam essa transição (Winnicott, 2000; Moore et al., 2007; Catafesta et al., 2009; Moore et al., 2012).

Embora o CPP traga benefícios imediatos ao binômio mãe-filho, evidências de estudos primários e de revisões sistemáticas sobre o CPP ao nascimento mostram que são inúmeras as barreiras relatadas por profissionais e puérperas para favorecer a implementação na prática clínica.

Em relação às recomendações das diretrizes nacionais e internacionais de cuidado materno-infantil, descritas na literatura científica, quanto à prática do CPP realizada imediatamente ao nascimento, fica evidente que a sua realização não ocorre adequadamente em grande parte dos cenários de atenção à puérpera e ao RN.

Tendo em vista as evidências sobre os benefícios do CPP e a sua realização de modo insuficiente e inadequado nos serviços de saúde, a presente pesquisa estudou a prática do CPP ao nascimento em um HAC a fim de contribuir para a ampliação de sua prática no cenário brasileiro.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a prática do CPP ao nascimento em RN de termo, saudáveis, nascidos de parto normal, em um HAC.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar a frequência de CPP 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 1ª hora de vida do RN.

3 MÉTODO

3.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal. Este desenho é caracterizado pelas medições da exposição e do efeito de determinado evento realizadas em uma única ocasião (Hulley et al., 2008).

Estudos transversais são observacionais e se apresentam como uma fotografia ou corte instantâneo de uma população por meio de uma amostragem. Examina-se nos integrantes da amostra, se há presença ou ausência da exposição e se há presença ou ausência do efeito (ou doença) (Haddad, 2004; Hochman et al., 2005).

Esse tipo de estudo proporciona informações sobre a prevalência da exposição ou do efeito do evento estudado na população, através da análise da associação dessas variáveis. Tem como principal vantagem o fato de ser rápido e de baixo custo (Setia, 2016).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

A coleta de dados foi realizada em um hospital geral, de médio porte, situado na zona sul do município de São Paulo. A instituição é regida pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e Autarquia Hospitalar Municipal (AHM). Esta instituição tem como objetivos o ensino, a pesquisa e a assistência, sendo campo de ensino prático para estudantes de graduação, pós-graduação e de formação técnica de diversas instituições.

A área materno-infantil da instituição conta com um Centro Obstétrico (CO), Maternidade com Alojamento Conjunto (AC), Unidade Neonatal, Pediatria e Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal.

O CO conta com camas de pré-parto, parto e puerpério imediato e com uma sala para reanimação neonatal, onde também são realizados os procedimentos de rotina no cuidado neonatal.

As equipes atuantes no pronto socorro ginecológico e obstétrico e CO contam com a parceria do Centro de Estudos e Pesquisas “Dr. João Amorim” (CEJAM). A atenção ao parto e nascimento se baseia no programa “Parto Seguro à Mãe Paulistana”, incorporado à Rede Cegonha, que visa à prestação de assistência humanizada, diferenciada e acolhedora, em todas

as fases do atendimento à mulher e à família. A unidade presta assistência de urgências e emergências ginecológicas e obstétricas, oferecendo acolhimento com classificação de risco.

O hospital assiste cerca de 400 partos por mês, dos quais 60% são partos normais. São admitidas parturientes de risco habitual e de alto risco. A instituição é acreditada pela “Iniciativa Hospital Amigo da Criança” (IHAC), desde 2005, e segue as diretrizes do MS para assistir ao parto e nascimento. O selo “Hospital Amigo da Criança” (HAC) foi renovado em 2016, mantendo os passos preconizados pela IHAC.

De acordo com a Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, um acompanhante é permitido durante todo o processo de parturição (trabalho de parto, parto e puerpério imediato) (Brasil, 2005). A instituição efetiva esse direito, possibilitando a escolha do acompanhante pela parturiente, no momento da sua admissão no CO.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

3.3.1 População

A população foi composta por puérperas e seus neonatos, de termo e saudáveis, nascidos de parto normal no hospital campo de estudo.

3.3.2 Critérios de elegibilidade

Foram consideradas elegíveis as mulheres em TP, internadas no CO durante o período de coleta de dados, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão:

- Gestação única, de termo, entre 37 semanas e 42 semanas pela data da última menstruação (DUM) ou ultrassonografia (USG) do primeiro trimestre;
- Sem indicação prévia de cesariana.

3.3.3 Critérios de exclusão

As seguintes condições foram consideradas como critérios de exclusão dos binômios mãe-filho:

- 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 do trajeto com sangramento contínuo, coagulopatia, entre outras.

3.3.4 Amostragem

Com base na média mensal de partos normais, a amostra representativa de prevalência foi composta por 78 binômios.

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

Em que “ n ” é o tamanho amostral; “ z ” é o quartil da distribuição normal padrão para o nível de confiança $\alpha/2$, valendo 1,96 para $\alpha = 2,5\%$; “ p ” é a prevalência estimada ($p = 0,5$); e “ ϵ ” é a margem de erro para o intervalo de confiança adotado de $10\% = 0,1$.

Realizada correção para população finita, $n = 385$ amostra calculada (população infinita), e $N = 400$ tamanho da população (universo limitado).

$$n^* = \frac{nN}{n + N - 1}$$

O intervalo de confiança (95%) seguiu a seguinte expressão:

$$IC95\% = \hat{p} \pm 1,96\sqrt{\hat{p}(1-\hat{p})/n}$$

3.4 VARIÁVEIS

3.4.1 Dependentes

- CPP – posicionamento do RN despido, de bruços, sobre o tórax ou abdome desnudo da mãe;
- Tempo de CPP – duração da prática, em minutos;
- Efetivação da pega da mama materna na 1ª hora de vida – apreensão da região mamilo-areolar materna.

3.4.2 Independentes

- Idade materna na admissão ao CO – em anos completos;
- Paridade – número e tipo de partos, incluindo a atual;
- Abortamento – número de abortos;
- Idade gestacional – em semanas, completas, calculadas pela DUM ou USG do 1º trimestre;
- Intervenções no TP, de acordo com o registro do prontuário: amniotomia, administração de misoprostol, ocitocina, medicamentos por via endovenosa, outros – sim ou não;
- Condição perineal: períneo íntegro, episiotomia e laceração de primeiro, segundo, terceiro e quarto grau – sim ou não;
- Presença de acompanhante – sim ou não;
- Profissional que prestou assistência ao parto – enfermeira obstétrica, estudante de obstetrícia, médico obstetra ou médico residente;
- Sexo do RN – feminino ou masculino;
- Apgar no 1º e 5º minutos;
- Peso – em gramas;
- Primeiros cuidados neonatais – aspiração das vias aéreas superiores (AVAS), instilação ocular de nitrato de prata, administração intramuscular de vitamina K e vacina da hepatite B, rastreamento de alterações oculares pelo teste do reflexo vermelho e medidas antropométricas (pesagem, estatura, perímetro cefálico, etc.);
- Vestimenta do RN após os primeiros cuidados neonatais – envolto em manta ou cobertor e fralda;
- Posicionamento do RN após primeiros cuidados neonatais – colo materno, colo do acompanhante ou berço;
- Ajuda profissional na primeira pega – sim ou não;
- Profissional responsável pela assistência neonatal: profissional retirou o RN do CPP – médico pediatra ou médico residente.

3.4.3. Outras variáveis

- Quem foi o acompanhante no parto – descritiva;
- Motivo da não realização do CPP – descritiva;
- Motivo para interrupção do CPP antes de 60 minutos – descritiva;
- Tempo que o RN demorou em retornar para sua mãe após primeiros cuidados neonatais – em minutos;
- Profissional que ajudou na pega da mama materna – descritiva.

3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no período de um mês pela pesquisadora. Com vistas a garantir a representatividade da amostra no que se refere ao CPP nos diferentes turnos de trabalho, a coleta de dados foi realizada em diferentes horários. A amostra foi estratificada em quatro grupos, de acordo com o horário do nascimento, no período das 24 horas (7h-13h; 13h-19h; 19h-1h; 1h-7h).

Antes do início da coleta de dados, os profissionais que prestam assistência obstétrica e neonatal foram esclarecidos quanto aos objetivos do estudo e procedimentos de coleta de dados. Foram esclarecidos também que as práticas realizadas no atendimento neonatal, que não o CPP, não seriam o objeto do estudo e não seriam avaliadas no que se refere à adequação e qualidade. Foi entregue o Termo de Anuência (Apêndice A) a cada profissional, sendo solicitada a sua assinatura.

As parturientes foram abordadas pela pesquisadora no momento da admissão no CO e foram esclarecidas quanto aos objetivos do estudo, bem como em relação aos procedimentos de coleta de dados. Foram informadas quanto ao caráter observacional do estudo, sem modificações na assistência prestada pela instituição, bem como sobre o tempo de observação de aproximadamente 1 hora, a partir do nascimento.

As mulheres foram informadas também acerca do caráter voluntário e anônimo de sua participação e, caso concordassem, foram convidadas a assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B). No caso de parturientes menores de idade, foi solicitada a assinatura do Termo de Assentimento (TA) (Apêndice C) e do TCLE (Apêndices D) pelo responsável legal.

Os dados de caracterização materna e neonatal e da assistência obstétrica foram obtidos a partir do prontuário. Os dados relacionados especificamente ao CPP e à assistência neonatal foram obtidos por intermédio da observação não participante. Os dados foram registrados pela pesquisadora em um formulário especificamente desenvolvido para o presente estudo, com base no estudo de Fernandes (2002) (Apêndice E). Durante a coleta de dados, não houve intervenção direta da pesquisadora na assistência prestada ao binômio mãe-filho pelas equipes de enfermagem e médica.

3.5.1 Dados obtidos pela observação não participante

3.5.1.1 CPP

A coleta de dados se iniciou no período expulsivo do parto. Foi observado o CPP ao nascimento e o motivo para a sua não realização, a duração da prática (avaliada com auxílio de cronômetro), a interrupção do CPP e o motivo para a sua interrupção. O CPP foi considerado interrompido no momento em que o RN foi retirado do colo materno.

3.5.1.2 Cuidados neonatais

Foi observado qual foi o profissional responsável pela assistência neonatal, quais foram os primeiros cuidados de rotina realizados com o RN, o tempo decorrido desde que o RN foi levado para os cuidados até o seu retorno para junto da mãe, como estava vestido quando retornou à sua mãe e onde o RN foi posicionado após os primeiros cuidados.

Dado que a assistência neonatal, quando não realizada em CPP, é prestada em uma sala em separado no CO, foi necessário seguir o RN até essa sala, de forma ininterrupta, e acompanhá-lo até que retornasse à sua mãe.

Essa observação foi realizada para todos os RN, independente da duração do CPP. Ou seja, os RN que permaneceram em CPP por 60 minutos ou mais foram também observados nos primeiros cuidados, até retornarem para junto da mãe.

3.5.1.3 Efetivação da pega na 1ª hora

Foi verificado se houve ou não a efetivação da pega da mama materna na 1ª hora de vida do RN e se houve ou não ajuda de algum profissional do CO para o posicionamento adequado do RN na mama materna.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos pelo instrumento de coleta de dados (Apêndice E) foram digitados em uma planilha no software *Microsoft Excel® for Windows* (versão 2010). Posteriormente, foram processados e analisados nos programas dos pacotes estatísticos SPSS (versão 22.0) e R (versão 3.4.2).

Foram realizadas análises descritivas e bivariadas dos dados, os quais foram apresentados no formato de tabelas e figuras.

Para os dados quantitativos, foram calculados a média, desvio padrão (d.p.), valores máximos e mínimos. Para variáveis qualitativas, os dados foram apresentados sob a forma de frequências absolutas e relativas. Foram realizadas análises inferenciais apropriadas para cada variável.

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, não paramétricos, foram utilizados para comparar as médias das variáveis numéricas.

Para a análise de uma variável categórica associada a diferentes tipos de variáveis, foi realizada a regressão logística com seleção de variáveis via LASSO (Least Absolute Shrinkage and Selection Operator). Para a análise de variáveis numéricas associadas a diferentes tipos de variáveis, foi realizada a regressão linear, também via LASSO.

O método LASSO seleciona as variáveis mais significativas 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.

Para as análises de associação entre variáveis numéricas ou ordinais, 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. Desse modo, quando o coeficiente for positivo, significa que a relação entre as variáveis é positiva e, quando o coeficiente for negativo, significa que a relação é negativa.

O nível de significância estabelecida foi de 5%.

3.7 ASPÉCTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido para apreciação dos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, instituição proponente (Anexo 1), e da instituição coparticipante (Anexo 2), local onde os dados foram coletados.

Este estudo foi desenvolvido respeitando-se as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (Brasil, 2012b).

4 RESULTADOS

A coleta de dados ocorreu de 1 a 31 de agosto de 2017. Nesse período, ocorreram 453 nascimentos, sendo 301 por parto normal, 151 por cesariana, e um por fórceps. Destas, 79 mulheres que atenderam os critérios de inclusão e aceitaram participar foram incluídas na pesquisa. Apenas uma foi excluída da amostra, devido ao desfecho instrumental do seu parto vaginal, contando-se assim, com o total de 78 binômios mãe-filho.

Os nascimentos ocorreram no período de 24 horas, considerando 40 no período diurno (7-19 horas) e 38 no noturno (19-7 horas). A coleta foi encerrada quando se completou o grupo amostral de 18 a 20 binômios mãe-filho em cada intervalo de horários (7h-13h; 13h-19h; 19h-1h; 1h-7h).

Conforme descrito no Método, as parturientes foram abordadas no momento da admissão no CO e os dados referentes à caracterização do binômio mãe-filho foram coletados dos prontuários materno e neonatal. Os dados referentes ao CPP ao nascimento, duração e interrupção do CPP, assistência neonatal e efetivação da pega dentro da 1ª hora de vida, foram coletados através da observação não participante.

Os resultados do estudo estão apresentados seguindo os itens: **4.1 Caracterização da amostra e da assistência** (Tabelas 1 a 4); **4.2 Análise descritiva do contato pele-a-pele** (Tabela 5 a 7); **4.3 Análise inferencial do tempo de contato pele-a-pele** (Tabela 8 e 9); **4.4 Análise inferencial da pega na 1ª hora de vida do recém-nascido** (Tabela 10 e 11).

A seguir, apresenta-se o fluxograma de participantes (Figura 1).

Figura 1 - Fluxograma de participantes, São Paulo, SP - 2017

Fonte: a pesquisadora

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA E DA ASSISTÊNCIA

Em relação à caracterização materna, a idade variou de 13 a 42 anos, sendo que a maioria das mulheres (55,2%) tinha até 25 anos (média=24,9; d.p.=5,9). 44,8% eram primíparas, 9% tinham cesariana anterior e 11,5% referiram antecedente de abortamento (Tabela 1). A média de idade gestacional (IG) foi 39,4 (d.p.=1,2) semanas.

Tabela 1 - Caracterização materna, São Paulo, SP - 2017

Variáveis	n	%
Idade materna (anos)		
< 20	11	14,1
20 — 25	32	41,1
25 — 30	21	26,9
30 — 35	8	10,2
≥ 35	6	7,7
Paridade		
Primípara	35	44,8
Secundípara	24	30,8
Tercípara	9	11,5
Múltípara	10	12,9
Tipo de parto*		
Normal	70	89,7
Normal e cesárea	7	9,0
Normal e fórcepe	1	1,3
Abortamento		
Sim	9	11,5
Não	69	88,5
Idade gestacional (semanas)		
37	11	14,1
38	17	21,8
39	21	27,0
40	20	25,6
41	9	11,5
Total	78	100

*Inclui partos anteriores e atual

Fonte: a pesquisadora

Durante o TP, a administração da ocitocina foi a intervenção mais frequente (51,3%), seguida da amniotomia, medicamento por via endovenosa e do misoprostol. A episiotomia foi realizada em 12,8% das mulheres e 74,4% tiveram lacerações perineais, das quais, 31% eram de segundo grau (Tabela 2).

Dado que a instituição garante o direito de um acompanhante durante toda a permanência da mulher no CO, a maioria estava acompanhada (83,3%) pelo parceiro ou um

familiar (Tabela 2). Das 13 mulheres desacompanhadas, duas relataram que o parceiro estava com os filhos menores e quatro que o mesmo não conseguiu licença no trabalho.

A maioria dos partos (39,7%) foi assistido por enfermeira obstétrica (Tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização da assistência obstétrica, São Paulo, SP – 2017

Variáveis	n	%
Amniotomia no TP		
Sim	18	23,1
Não	60	76,9
Misoprostol no TP		
Sim	8	10,3
Não	70	89,7
Ocitocina no TP		
Sim	40	51,3
Não	38	48,7
Medicamentos por via endovenosa no TP		
Sim	16	20,5
Não	62	79,5
Condição perineal		
⁽¹⁾ Laceração	58	74,4
Íntegro	10	12,8
Episiotomia	10	12,8
Acompanhante		
Sim	65	83,3
Não	13	16,7
Profissional que prestou assistência ao parto		
Enfermeira obstétrica	31	39,7
Médico residente	25	32,1
Estudante de obstetrícia	13	16,7
Médico obstetra	9	11,5
Total	78	100

⁽¹⁾Primeiro grau=40; segundo grau=8

Fonte: a pesquisadora

Em relação às características dos RN, a totalidade teve boa vitalidade ao nascer (Apgar ≥ 7 no 1º e 5º minutos) e a maioria (61,6%) pesava entre 3.000 e 3.495 gramas (Tabela 3). A média de peso foi de 3.195 (d.p.=335,2) gramas.

Tabela 3 – Caracterização neonatal, São Paulo, SP – 2017

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	46	59,0
Masculino	32	41,0
Apgar (1º minuto)		
7	1	1,3
8	9	11,5
9	68	87,2
Apgar (5º minuto)		
8	1	1,3
9	8	10,3
10	69	88,4
Peso (gramas)		
2000 — 2500	3	3,8
2500 — 3000	16	20,5
3000 — 3500	48	61,6
3500 — 4000	11	14,1
Total	78	100

Fonte: a pesquisadora

A caracterização da assistência neonatal está apresentada na Tabela 4. Vale destacar que esses cuidados são prestados ao RN fora do CPP, em uma sala separada no CO.

A AVAS foi realizada em 17,9% dos RN, que na maioria das vezes receberam profilaxia da oftalmia neonatal (instilação de nitrato de prata) (78,2%), da hemorragia digestiva (vitamina K por via intramuscular) (77%) e rastreamento de alterações oculares (teste do reflexo vermelho) (88,5%). Ainda, 2,6% dos neonatos receberam a vacina da hepatite B e todos foram pesados durante os primeiros cuidados neonatais.

Após esses cuidados, pouco mais da metade dos RN foi posicionada no colo materno (53,8%) e 96,2% deles estavam vestidos com a fralda, além da manta.

Foi observado que 64,1% dos RN iniciaram a amamentação dentro da 1ª hora de vida, sendo que 67,9% deles receberam ajuda de algum profissional para realizar a pega correta da mama materna.

Em todos os partos, o médico pediatra ou residente estava presente e prestou assistência neonatal no CO.

Tabela 4 – Caracterização da assistência neonatal, São Paulo, SP – 2017

Variáveis	n	%
AVAS		
Sim	14	17,9
Não	64	83,0
Nitrato de prata		
Sim	61	78,2
Não	17	21,8
Vitamina K		
Sim	60	77,0
Não	18	23,0
Vacina da hepatite B		
Sim	2	2,6
Não	76	97,4
Teste do reflexo vermelho		
Sim	69	88,5
Não	9	11,5
Pesagem		
Sim	78	100
Não	-	-
Vestimenta do RN após primeiros cuidados		
Manta e fralda	75	96,2
Manta	3	3,8
Posicionamento do RN após primeiros cuidados		
Colo materno	42	53,8
Colo do acompanhante	28	35,9
Berço	8	10,3
Efetivação da pega na 1ª hora		
Sim	50	64,1
Não	28	35,9
Ajuda profissional na primeira pega		
Sim	53	67,9
Não	25	32,1
Profissional responsável pela assistência neonatal		
Médico pediatra	56	71,8
Médico residente	22	28,2
Total	78	100

Fonte: a pesquisadora

4.2 ANÁLISE DESCRITIVA DO CONTATO PELE-A-PELE

Em relação ao CPP, 94,9% dos binômios mãe-filho realizaram a prática ao nascimento e 73% destes foram separados antes dos 60 minutos (Tabelas 5 e 6). O CPP teve duração em média de 29 (d.p.=23,7) minutos.

O motivo da não realização do CPP em quatro (5,1%) binômios mãe-filho foi a imediata recepção do RN pelo profissional para a prestação dos primeiros cuidados neonatais na sala de reanimação.

Dentre os 54 binômios que permaneceram menos que 60 minutos em CPP, 36 foram levados para receber os primeiros cuidados, dois foram interrompidos pelo acompanhante e 16 foram interrompidos por um profissional para a realização da troca de maca para transporte para a sala do puerpério imediato. Ocorrida à interrupção, verificou-se que os RN foram levados para receber os procedimentos de rotina antes de retornarem ao colo materno.

Tabela 5 – Distribuição dos binômios mãe-filho em relação ao CPP, São Paulo, SP – 2017

CPP	n	%
Sim	74	94,9
Não	4	5,1
Total	78	100

Fonte: a pesquisadora

Tabela 6 – Distribuição dos binômios mãe-filho em relação à interrupção do CPP, São Paulo, SP – 2017

Duração do CPP (minutos)	n	%
< 60	54	73,0
≥ 60	20	27,0
Total	74	100

Fonte: a pesquisadora

A Tabela 7 mostra que dos RN que permaneceram menos de 60 minutos em CPP, 50% ficaram em contato por menos de 15 minutos.

Tabela 7 – Distribuição dos binômios mãe-filho em relação ao tempo de CPP inferior a 60 minutos, São Paulo, SP – 2017

Tempo de CPP ao nascimento (minutos)	n	%
1 — 5	11	20,4
5 — 10	12	22,2
10 — 15	4	7,4
15 — 20	6	11,1
20 — 25	5	9,3
25 — 30	5	9,3
30 — 35	3	5,5
35 — 40	5	9,3
40 — 45	2	3,7
45 — 50	-	-
50 — 55	-	-
55 — 60	1	1,8
Total	54	100

Fonte: a pesquisadora

4.3 ANÁLISE INFERENCIAL DO TEMPO DE CONTATO PELE-A-PELE

A Tabela 8 mostra os valores da média, desvio padrão (d.p.), mínimo e máximo, e valor-p do tempo de CPP em relação às variáveis independentes categóricas.

A análise mostrou que houve diferença significativa no tempo de CPP, com duração maior em relação às seguintes variáveis: Apgar no 5º minuto com índice 10 ($p=0,033$); condição perineal (mulheres com períneo íntegro; $p=0,022$); partos assistidos por enfermeira obstétrica ($p=0,027$); RN sem AVAS ($p<0,001$) e com aplicação de vitamina K ($p=0,048$) e de vacina da hepatite B ($p=0,030$); assistência neonatal prestada por médico residente ($p=0,028$).

Vale destacar que os primeiros cuidados neonatais (AVAS, administração de nitrato de prata, vitamina K, vacina da hepatite B, realização do teste do reflexo vermelho e pesagem) foram todos realizados após a interrupção do CPP, na sala de reanimação neonatal.

Tabela 8 – Valores da média, desvio padrão (d.p.), mínimo e máximo do tempo de CPP em relação às variáveis independentes e valor-p, São Paulo, SP – 2017 (n=78)

Variáveis	Tempo de CPP (minutos)					valor-p
	n	Média	d.p.	Mín.	Máx.	
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	
Múltípara	10	27,5	26,3	2	66	
Tipo de parto						
Normal	70	28,0	24,3	0	75	0,763*
Normal e cesárea	7	24,9	22,0	2	65	
Normal e fórcepe	1	7,0	-	7	7	
Abortamento						
Sim	9	18,7	20,8	0	65	0,287†
Não	69	28,6	24,3	0	75	
Sexo						
Feminino	46	25,8	23,6	0	75	0,437†
Masculino	32	29,8	24,7	1	66	
Apgar (1º minuto)						
≤ 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 (5º 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	
Amniotomia no TP						
Sim	18	20,5	17,9	0	61	0,245†
Não	60	29,6	25,3	0	75	
Misoprostol no TP						
Sim	8	29,2	21,7	5	62	0,553†
Não	70	27,3	24,4	0	75	
Ocitocina no TP						
Sim	40	24,7	22,2	0	75	0,444†
Não	38	30,4	25,7	0	66	
Medicamentos por via endovenosa no TP						
Sim	16	24,0	22,5	0	64	0,560†
Não	62	28,3	22,5	0	75	
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	

(continua)

(continuação)

Variáveis	Tempo de CPP (minutos)					valor-p
	n	Média	d.p.	Mín.	Máx.	
Profissional que prestou assistência ao parto						
Enfermeira obstétrica	31	42,7	25,1	0	66	0,027*
Médico residente	25	27,7	21,4	1	65	
Estudante de obstetrícia	13	25,0	26,1	0	75	
Médico obstetra	9	11,3	12,6	0	36	
AVAS						
Sim	14	5,1	5,5	0	20	<0,001†
Não	64	32,4	23,7	0	75	
Nitrato de prata						
Sim	61	30,2	24,8	0	75	0,076†
Não	17	17,7	18,0	0	65	
Vitamina K						
Sim	60	30,6	24,8	0	75	0,048†
Não	18	17,1	17,7	0	65	
Vacina da hepatite B						
Sim	2	64,5	0,7	64	65	0,030†
Não	76	26,5	23,5	0	75	
Teste do reflexo vermelho						
Sim	69	27,6	23,6	0	75	0,931†
Não	9	26,4	24,2	0	65	
Vestimenta do RN após primeiros cuidados						
Manta e fralda	75	28,3	24,0	0	75	0,067†
Manta	3	6,0	7,2	0	14	
Posicionamento do RN após primeiros cuidados						
Colo materno	42	29,3	24,6	0	65	0,635*
Colo do acompanhante	28	26,5	24,0	1	75	
Berço	8	21,1	22,3	0	62	
Efetivação da pega dentro da 1ª hora						
Sim	50	22,3	23,3	0	66	0,142†
Não	28	30,4	24,1	0	75	
Ajuda profissional na primeira pega						
Sim	53	28,7	24,0	0	75	0,545†
Não	25	25,6	24,4	0	66	
Profissional responsável pela assistência neonatal						
Médico pediatra	56	23,4	22,3	0	75	0,028†
Médico residente	22	37,9	25,5	0	65	

(1) Primeiro grau=40; segundo grau=18

*Teste Kruskal-Wallis

†Teste Mann-Whitney

Fonte: a pesquisadora

A Tabela 9 mostra a correlação entre a duração do CPP e as variáveis independentes contínuas (idade materna, IG e peso do RN), sem associação estatisticamente significativa.

Tabela 9 – Correlação de Spearman entre o tempo de CPP e idade materna, IG, peso do RN e valor-p, São Paulo, SP – 2017

Variáveis	n	Coefficiente	valor-p
Idade	78	-0,024	0,833
IG	78	0,178	0,120
Peso RN	78	0,132	0,248

Fonte: a pesquisadora

A Figura 2 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 a AVAS ficaram, em média, 27 minutos a menos em CPP ao nascimento.

Figura 2 – CPP inferior a 60 minutos em relação à AVAS, São Paulo, SP – 2017

Fonte: a pesquisadora

4.4 ANÁLISE INFERENCIAL DA PEGA NA 1ª HORA DE VIDA DO RECÉM-NASCIDO

A Tabela 10 mostra a proporção de RN com efetivação da pega da mama materna na 1ª hora de vida em relação às variáveis independentes categóricas.

A análise mostrou que houve diferença significativa, com maior proporção de RN com efetivação da pega em relação às seguintes variáveis: índice de Apgar mais elevado no 1º e 5º minuto ($p=0,035$ e $p=0,009$, respectivamente); sem AVAS ($p=0,015$); posicionamento no colo materno ($p=0,011$) e ajuda profissional para efetivação da pega ($p<0,001$). A condição perineal materna com integridade mostrou tendência à efetivação da pega ($p=0,053$).

No entanto, conforme apresentado na Tabela 8, não houve associação significativa entre a efetivação da pega e o maior tempo de CPP ($p=0,142$).

Tabela 10 – Efetivação da pega na 1ª hora de vida do RN em relação às variáveis independentes, São Paulo, SP – 2017 (n=78)

Variáveis	Pega na 1ª hora				valor-p
	Sim (n=50)		Não (n=28)		
	n	%	n	%	
Paridade					
Primípara	21	60,0	14	40,0	1,000*
Secundípara	15	62,5	9	37,5	
Tercípara	6	66,7	3	33,3	
Múltipara	8	80,0	2	20,0	
Tipo de parto*					
Normal	47	67,1	23	32,9	0,142*
Normal e cesárea	3	42,9	4	57,1	
Normal e fórcepe	-	-	1	100,0	
Abortamento					
Sim	3	33,3	6	66,7	0,063*
Não	47	68,1	22	31,9	
Sexo					
Feminino	33	71,7	13	28,3	0,092†
Masculino	17	53,1	15	46,9	
Apgar (1º minuto)					
7	-	-	1	100,0	0,035*
8	3	33,3	6	66,7	
9	47	69,1	21	30,9	
Apgar (5º minuto)					
8	-	-	1	100	0,009*
9	2	25,0	6	75,0	
10	48	69,6	21	30,4	
Amniotomia no TP					
Sim	11	61,1	7	38,9	0,763†
Não	39	65,0	21	35,0	
Misoprostol no TP					
Sim	7	87,5	1	12,5	0,247*
Não	43	61,4	27	38,6	
Ocitocina no TP					
Sim	23	57,5	17	42,5	0,212†
Não	27	71,1	11	28,9	
Medicamentos por via endovenosa no TP					
Sim	8	50,0	8	50,0	0,187†
Não	41	67,7	20	32,3	
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	

(continua)

(continuação)

Variáveis	Pega na 1ª hora				valor-p
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Profissional que prestou assistência ao parto					
Enfermeira obstétrica	22	71,0	9	29,0	0,434*
Médico residente	17	68,0	8	32,0	
Estudante de obstetrícia	6	46,2	7	53,8	
Médico obstetra	5	55,6	4	44,4	
AVAS					
Sim	5	35,7	9	64,3	0,015†
Não	45	70,3	19	29,7	
Nitrato de prata					
Sim	36	59,0	25	41,0	0,076†
Não	14	82,4	3	17,6	
Vitamina K					
Sim	25	41,7	35	58,3	0,052†
Não	3	16,7	15	83,3	
Vacina da hepatite B					
Sim	1	50,0	1	50,0	1,000*
Não	49	64,5	27	35,5	
Teste do reflexo vermelho					
Sim	42	60,9	27	39,1	0,146*
Não	8	88,9	1	11,1	
Pesagem					
Sim	50	64,1	28	35,9	
Não	-	-	-	-	
Vestimenta do RN após primeiros cuidados					
Manta e fralda	48	64,0	27	36,0	1,000*
Manta	2	66,7	1	33,3	
Posicionamento do RN após primeiros cuidados					
Colo materno	33	78,6	9	21,4	0,011*
Colo do acompanhante	14	50,0	14	50,0	
Berço	3	37,5	5	62,5	
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	12	54,5	10	45,5	

⁽¹⁾Primeiro grau=40; segundo grau=8

*Exato de Fisher

†Qui-quadrado

Fonte: a pesquisadora

A Tabela 11 mostra que em relação às variáveis independentes contínuas (idade materna, IG e peso do RN) não houve associação significativa com a efetivação da pega na 1ª hora de vida do RN.

Tabela 11 – Efetivação da pega na 1ª hora de vida do RN em relação aos valores da média, desvio padrão (d.p.), mínimo e máximo da idade materna, IG, peso do RN e valor-p, São Paulo, SP – 2017 (n=78)

Variáveis	Pega na 1ª hora					valor-p*
	n	Média	d.p.	Mín.	Máx.	
Idade (anos)						0,983
Sim	50	24,9	6,0	13	39	
Não	28	24,7	5,8	15	42	
IG						0,510
Sim	50	39,5	1,2	37,1	41,7	
Não	28	39,3	1,1	37,1	41,1	
Peso RN (gramas)						0,416
Sim	50	3231,4	323,0	2460	3840	
Não	28	3175,4	359,1	2055	3806	

*Teste Mann-Whitney

Fonte: a pesquisadora

A Figura 3 mostra a relação do posicionamento do RN após a realização dos cuidados de rotina com a efetivação da pega na 1ª hora de vida. Pela análise de regressão via LASSO, verifica-se que a chance de efetivar a pega na 1ª hora de vida do RN aumenta em nove vezes quando o RN é posicionado no colo materno.

Figura 3 – Efetivação da pega na 1ª hora de vida do RN em relação ao posicionamento após os primeiros cuidados, São Paulo, SP – 2017

Fonte: a pesquisadora

5 DISCUSSÃO

O presente estudo objetivou analisar os fatores relacionados à prática do CPP ao nascimento por meio da observação não participante da rotina de assistência ao RN de termo, saudável, no parto normal, em um HAC. Foi também analisada a efetivação da pega da mama materna na 1ª hora de vida do RN.

5.1 CONTATO PELE-A-PELE

A literatura científica aponta que o CPP traz diversos benefícios para o RN quando realizado ao nascimento, contudo, poucos são os estudos que abordam a duração da prática do CPP ao nascimento e a relacionam com os seus benefícios.

Muitos estudos confirmam as suas vantagens e trazem a frequência da sua efetivação, mas em intervalos irregulares de prática. Tem-se, assim, que a distinta realização e a mesma denominação para a prática do CPP se configuram como uma barreira para os propostos benefícios da mesma.

A falta de entendimento sobre quando e como realizar a prática do CPP ao nascimento, conforme recomendado pelas diretrizes de cuidado materno-infantil, percebe-se como um destaque sobre os dados evidenciados pelos estudos científicos a respeito do CPP realizado realmente ao nascimento.

Os resultados deste estudo apontam que ao nascimento, 94,9% dos RN foram posicionados despídos, de bruços, sobre o tórax ou abdome desnudo da mãe. No entanto, a duração média do CPP foi de apenas 29 (d.p.=23,7) minutos, concentrando-se abaixo dos 15 minutos para a metade dos binômios mãe-filho.

O CPP evidenciado no presente estudo também não englobou todos os passos recomendados para a sua efetivação (posicionamento do RN despido sobre o tórax ou abdome desnudo da mãe, imediatamente ao nascimento, por pelo menos 1 hora ininterrupta).

No estudo de Mikiel-Kostyra, Mazur e Boltruszko (2002), que incluiu 1.250 binômios mãe-filho, o CPP ao nascimento foi realizado por 81,6% da amostra. A maioria dos RN do estudo não permaneceu em CPP pelo tempo recomendado, assim como no presente estudo (27% permaneceram em CPP ≥ 60 minutos). Foi evidenciado pelos autores que somente 56 RN permaneceram em CPP por pelo menos 30 minutos.

A pesquisa sobre a assistência materna e neonatal realizada na América Latina mostra que a prática do CPP ao nascimento ocorreu em 91% no Brasil e variou de 97% a 58% nos outros seis países analisados (Binfa et al., 2016). O estudo utilizou dois instrumentos específicos (Binfa et al., 2013) para a coleta de dados e o CPP avaliado por um desses instrumentos não abordou a duração da prática, obteve apenas a informação dicotômica “realizado ou não realizado”. Assim, o CPP pode ter durado menos do que os 60 minutos preconizados para todos os neonatos incluídos no estudo.

Ainda que a prevalência de CPP no Brasil, encontrada no estudo de Binfa et al. (2016), seja mais próxima daquela obtida no presente estudo (94,9%), vale salientar que essa pesquisa incluiu unicamente três hospitais da cidade de São Paulo.

Por sua vez, a pesquisa de base hospitalar realizada no país, tanto em hospitais públicos como privados, identificou taxa de CPP de apenas 28,2% (Moreira et al., 2014). Tal disparidade de achados pode ser justificada pelo entendimento distinto acerca do que seria considerado CPP.

No presente estudo, o CPP não foi praticado em 5,1% dos binômios mãe-filho. O motivo para a sua não realização foi a imediata recepção do RN pelo profissional para a prestação dos primeiros cuidados de rotina na sala de reanimação. Dado que todos os RN do estudo tinham boa vitalidade ao nascer, a falta do CPP não pode ser justificada pelo perfil da amostra, que incluiu apenas binômios mãe-filho sem complicações no parto e nascimento.

Segundo Moore et al. (2012) e Phillips (2013), a separação ao nascimento do binômio mãe-filho provoca estresse no RN, podendo influenciar negativamente na adaptação extrauterina e trazendo repercussões psicofisiológicas futuras na criança. Sendo assim, o modelo de assistência almejado pelas diretrizes para a promoção da saúde materna e neonatal engloba a não separação do binômio mãe-filho ao nascimento. Segundo Cruz, Sumam e Spíndola (2007), a separação desnecessária pode prejudicar o início do AM e atrapalhar a criação do vínculo. Os autores reforçam ainda que é importante reduzir os procedimentos realizados no pós-parto imediato, quando se tratar de RN de baixo risco. Tal evidência corrobora com as recomendações das diretrizes de cuidado materno-infantil.

Durante a coleta de dados da presente pesquisa, alguns profissionais se justificaram pela não realização do CPP ou pela interrupção da prática antes dos 60 minutos preconizados. O principal motivo alegado para abreviar o CPP foi o processo de trabalho do médico, ou

seja, a elevada demanda assistencial e a necessidade do médico pediatra ou residente se ausentarem para atenderem em outra unidade do hospital. Assim, o RN foi retirado do CPP para ser avaliado pelo médico e receber os cuidados de rotina no momento mais oportuno para a equipe.

A conveniência do processo de trabalho e os seguimentos rotineiros da assistência se percebem como uma barreira para a efetivação da mudança na prática clínica. A ausência de um médico pediatra fixo na unidade obstétrica se configura, portanto, como um limitador para a correta realização do CPP ao nascimento.

A demanda da unidade neonatal reforça a realização ágil das práticas de cuidado no CO pelo médico pediatra; essa situação pode comprometer a efetivação das práticas baseadas em evidências científicas que buscam promover a saúde materna e neonatal. Dessa forma, é possível que esse processo de trabalho do médico pediatra (que atende demandas do CO e da unidade neonatal, concomitantemente) explique o porquê da duração do CPP ter sido maior quando o profissional responsável pela assistência neonatal foi o médico residente (39,9 minutos, d.p.=25,5), em comparação à duração do CPP quando o atendimento foi feito pelo médico pediatra (23,4 minutos, d.p.=22,5).

Koopman, Callaghan-Koru e Alaofin (2016) identificaram que o número reduzido de funcionários disponíveis para a realização da prática do CPP e o tempo insuficiente devido à alta demanda da rotina hospitalar são barreiras para a realização do CPP ao nascimento.

A demanda hospitalar é apontada na literatura como um pretexto para a limitação da prática, contudo, a reorganização dos profissionais do CO e da unidade neonatal promoveria a efetivação adequada do CPP, proporcionando os benefícios objetivados pela mesma.

No presente estudo, não foram observadas práticas que pudessem ser consideradas barreiras para o início do CPP. Nenhuma puérpera se recusou a realizar o CPP e a maioria dos profissionais ofereceu o CPP ao nascimento. Por outro lado, na maioria das vezes, a prática foi interrompida antes do tempo preconizado de 60 minutos.

A proporção de 27% dos binômios mãe-filho deste estudo que permaneceram, ininterruptamente, em CPP por no mínimo 60 minutos, pode ser considerada insuficiente, haja vista os benefícios propostos para a promoção da saúde materno-infantil, corroborados pela revisão sistemática conduzida por Moore et al. (2016).

A IHAC ressalta que seu objetivo é mobilizar os funcionários dos estabelecimentos de saúde para que mudem condutas e rotinas assistenciais que influenciem o desmame precoce. Conforme referido, a interrupção do CPP ocorreu, principalmente, para que os RN recebessem os cuidados de rotina na sala de reanimação (AVAS, administração de nitrato de prata e vitamina K, realização do teste do reflexo vermelho e pesagem).

Dado que a amostra foi composta por RN saudáveis, sem complicações no parto e nascimento que impossibilitem a realização do CPP, tais cuidados poderiam ter sido prorrogados para depois da 1ª hora de vida, possibilitando o CPP ininterrupto por pelo menos 60 minutos, conforme sugere a IHAC.

Estudo prospectivo com 250 binômios observou que as práticas realizadas com o neonato foi o fator que mais influenciou o início tardio do contato entre mãe e filho (Awi, Alikor, 2004). Igualmente, um estudo transversal realizado com 385 mulheres identificou que 30,6% dos RN não foram posicionados em CPP devido às intervenções realizadas ao nascimento. A AVAS foi uma das causas para a não realização do CPP (Chaiben, 2012).

Os achados da presente pesquisa, em que o principal procedimento responsável pela redução do tempo de CPP foi a AVAS, corroboram com os referidos estudos. Pela análise via LASSO, os RN que receberam a AVAS ficaram, em média, 27 minutos a menos em CPP (5,1 minutos, d.p.=5,5 versus 32,4 minutos, d.p.=23,7, com e sem AVAS, respectivamente).

Por sua vez, Moreira et al. (2014) relatam que, no Brasil, a AVAS ao nascer ocorre em 71,1% dos RN saudáveis, reforçando a necessidade da mudança das práticas rotineiras da assistência neonatal no CO.

No que se refere à relação entre o tempo de CPP e a administração da vitamina K e da vacina da hepatite B, a significância estatística encontrada não deve ser considerada. Na maioria dos casos, esses procedimentos foram realizados após 1 hora de CPP, não podendo ser interpretada como uma influência para a duração.

Quanto aos fatores que prolongaram a duração do CPP entre os binômios mãe-filho deste estudo, o Apgar 10 no 5º minuto, a integridade perineal e o parto assistido por enfermeira obstétrica tiveram significância estatística positiva. Porém, mesmo para essas variáveis, a duração do CPP não superou a média amostral de 29 minutos.

As diretrizes e recomendações do CPP preveem a prática do contato para todo RN saudável e hígido, com boa vitalidade ao nascer (Brasil, 2012a). Ainda assim, a duração média do contato entre os RN com Apgar 10 no 5º minuto foi de apenas 29,8 minutos.

Em relação à condição perineal, houve maior duração do CPP quando o parto ocorreu sem trauma perineal (35,0 minutos; d.p.=25,9), em contraposição aos partos com laceração (28,9 minutos; d.p.=23,6) ou episiotomia (11,7 minutos; d.p.=18,9).

Awi e Alikor (2004) avaliaram 250 binômios mãe-filho, dos quais somente 96 realizam o CPP ao nascimento. Segundo os autores, a realização da episiorrafia também foi um dos principais fatores que retardou o início do CPP.

Monteiro, Nakano e Gomes (2006) realizaram estudo documental com 252 prontuários, avaliando o quarto passo da IHAC em uma maternidade do estado de São Paulo. Identificaram que qualquer lesão do períneo, seja por episiotomia ou laceração, tem implicações na prática do CPP e no início do aleitamento materno, em razão das limitações da posição corporal e do desconforto promovido pela sutura. Desse modo, destaca-se, novamente, a necessidade da mudança do modelo de assistência obstétrica que sugere a diminuição das intervenções ao longo do período de trabalho de parto, parto e puerpério imediato, para melhores desfechos perinatais. As diretrizes de cuidado materno-infantil visam à permanência do RN em CPP ininterruptamente por pelo menos 60 minutos ao nascimento, o que inclui a sua realização da prática inclusive durante o reparo perineal (Khadvizadeh, Karimi, 2009).

A duração média do CPP quando a enfermeira obstétrica prestou assistência ao parto (42,7 minutos; d.p.=25,1) foi superior em relação aos demais profissionais. Foi identificado também que a maior duração do CPP ocorreu durante a assistência realizada pelos estudantes de obstetrícia (75 minutos), reiterando, assim, os achados do estudo de Binfa et al. (2016), que ressaltam que o cuidado prestado por ambas as profissionais favorece a realização do cuidado humanizado ao nascimento. O mesmo foi evidenciado por Robiquet et al. (2016). Em seu estudo, o CPP foi mais frequentemente realizado pelas obstetrizes, tendo início, em sua maioria, no segundo minuto após o nascimento e durando cerca de 90 minutos.

Matos et al. (2010) realizaram uma pesquisa convergente-assistencial e identificaram que os profissionais de saúde, em especial a enfermagem, possuem um papel determinante na realização do CPP ao nascimento. Nascimento et al. (2010) apontam que o profissional que

presta assistência obstétrica influencia as intervenções realizadas durante o trabalho de parto, parto e nascimento.

Os achados deste estudo também sugerem uma influência positiva da IHAC para a promoção do CPP. No entanto, a duração mínima do CPP precisa ser mais bem estabelecida entre as instituições credenciadas como HAC, frente aos passos previamente descritos para a real efetivação da mesma.

5.2 PEGA DA MAMA MATERNA

Os resultados do presente estudo mostraram que a pega da mama materna com apreensão efetiva da mama na 1ª hora de vida do RN foi realizada por 64,1% da amostra - taxa considerada elevada frente ao contexto nacional.

Essa taxa, no entanto, foi inferior à obtida nos três hospitais HAC de São Paulo estudados por Binfa et al. (2016) de 79%. Por outro lado, Moreira et al. (2014) encontraram taxa de AM em sala de parto de apenas 16,1% em 266 hospitais brasileiros (amostra nacional representativa). O estudo utilizou a base de dados da pesquisa “Nascer no Brasil” e identificou taxas de AM de 12,5% na região Norte, 11,5% na região Nordeste, 18,1% na região Sudeste, 22,5% na região Sul e 15,8% na região Centro-Oeste.

Foram referidas taxas insuficientes de AM na 1ª hora de vida do RN no Brasil (Moreira et al., 2014), evidenciando, assim, uma diferença significativa de taxas de AM entre os hospitais públicos e privados, credenciados pela IHAC ou não no país.

Em relação os fatores que favoreceram a pega efetiva da mama materna, destacam-se a boa vitalidade ao nascer, o posicionamento no colo materno antes e depois dos cuidados neonatais de rotina e a ajuda profissional para o correto posicionamento do RN na mama materna.

Czeszyńska e Kowalik (1998) relatam que nascer com boas condições fisiológicas favorece o início precoce do AM. O mesmo foi relatado por Monte, Leal e Pontes (2012), que relacionam o índice de Apgar a efetivação dos passos da IHAC.

Lau et al. (2018) avaliaram 915 binômios mãe-filho e determinaram as relações entre as intervenções intraparto, características neonatais, CPP e início precoce do AM. Os autores também trazem o Apgar ≥ 7 no 1º minuto de vida do RN como um facilitador para o início precoce do AM.

Ventura (2000) relaciona o contato materno precoce com a maior efetivação do AM. Segundo o autor, como os laços afetivos estão mais fortes nas primeiras 2 horas de vida do RN, promover o vínculo materno nesse momento é de primordial importância para a efetivação e manutenção da amamentação exclusiva.

Khadvizadeh e Karimi (2009) avaliaram randomicamente 92 binômios mãe-filho que receberam o CPP ou o cuidado convencional (CPP somente após a episiorrafia). Os autores indicaram a importância de efetivar o CPP ao nascimento, pelo maior tempo possível, para favorecer o início do AM. O estudo sugere ainda que o neonato deve ser mantido em CPP mesmo durante o reparo perineal, corroborando com as diretrizes de cuidado materno-infantil.

Embora o presente estudo não tenha mostrado associação significativa entre a duração do CPP e a pega efetiva da mama materna, a análise via LASSO indicou que a chance de efetivar a pega na 1ª hora de vida do RN aumenta em nove vezes quando o RN é posicionado no colo materno, mesmo que o CPP tenha sido interrompido para os cuidados neonatais de rotina.

O mesmo foi relatado por Faleiros, Trezza e Carandina (2006), que relacionam o colo materno, pela criação do vínculo, como um incentivo ao início precoce do AM.

Em relação à ajuda profissional para a efetivação da pega da mama, Pillegi et al. (2008) avaliaram 12.350 registros de parto e identificaram que a equipe de enfermagem influencia na pega correta na 1ª hora de vida do RN. Marinho e Leal (2004) e Haile et al. (2017) também consideram que os saberes técnicos dos profissionais de saúde contribuem para o sucesso do AM.

No presente estudo, dos 50 RN que efetivaram a pega, 45 receberam ajuda profissional para o correto posicionamento na mama materna. Sendo assim, a influência profissional para a efetivação do AM fica evidente no presente estudo, bem como sugerido pelos estudos citados anteriormente.

Como barreira para o início precoce da amamentação, assim como identificado para o CPP, vale destacar a AVAS. Dentre os RN que sofreram a intervenção, apenas 35,7% realizaram a pega efetiva da mama materna, em contraposição aos 70,3% que não sofreram AVAS e efetivaram a pega da mama.

Igualmente, Chaiben (2012) constatou, em seu estudo transversal, que 41,8% dos RN da amostra não iniciaram o AM precoce devido às intervenções realizadas com o neonato.

Esses resultados vão ao encontro daquele obtidos por Amorim et al. (2010) e Crenshaw (2014), que consideram que o menor número de intervenções ao nascimento, como a AVAS, promove resultados perinatais que facilitam o início precoce do AM.

Desse modo, as intervenções de rotina realizadas com o RN ao nascimento foram a principal barreira percebida pelo presente estudo para a efetivação da pega da mama materna e para a realização do CPP ao nascimento.

Os achados deste estudo também sugerem a influência positiva da IHAC para a promoção do AM desde o nascimento. As taxas de efetivação da pega da mama materna na 1ª hora de vida do RN, entretanto, foram superiores àquelas obtidas pelo estudo de âmbito nacional (Moreira et al., 2014), citado anteriormente.

5.3 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A principal limitação refere-se à possível interferência da pesquisadora na coleta de dados, devido à observação participante do CPP. É possível que a porcentagem elevada dessa prática entre os binômios mãe-filho do estudo tenha sido influenciada pela presença da pesquisadora.

5.3.1 Viés observacional

Segundo a definição de observação não participante, o pesquisador permanece alheio à comunidade ou ao processo que está pesquisando, tendo um papel de espectador do objeto observado (Gil, 2006).

Como o observador não está diretamente envolvido na situação analisada e não interage com objeto da observação, o mesmo não sabe que está sendo observado. Nesse tipo de observação, o pesquisador apreende uma situação como ela realmente ocorre (Moreira, 2004).

O viés observacional é esperado em estudos onde a coleta ocorre somente através da observação. Segundo Sedgwick (2015), pode ser difícil avaliar se as mudanças de comportamento ou atitudes refletem uma tendência na população ou simplesmente diferenças entre os participantes amostrados.

Foi possível identificar, em algumas situações, que a presença da pesquisadora na unidade reforçou a realização adequada da prática do CPP ao nascimento. Diversas vezes, a pesquisadora foi questionada se o tempo de CPP já era suficiente, antes da sua interrupção.

Dado que o presente estudo atende todas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (Brasil, 2012a), tanto as participantes como os membros da equipe de saúde estavam cientes quanto à observação e ao modo de coleta de dados.

5.4 CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA E PESQUISA

Os resultados deste estudo apontaram a relevância da enfermagem para a assistência à mulher e ao RN no parto e nascimento, contribuindo para a superação das barreiras para a realização do CPP ao nascimento.

A efetivação do contato, bem como a pega da mama materna na 1ª hora de vida do RN dependem, principalmente, da atuação de enfermeiros, obstetrizas e médicos, para favorecer a efetivação da mesma, 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 o incentivo à efetivação da pega da mama materna na 1ª hora de vida do neonato são essenciais para favorecer o sucesso do CPP ao nascimento.

Ressalta-se ainda a importância do registro da duração do CPP, e não exclusivamente a informação dicotômica “sim ou não”, para o aprimoramento dessa prática. A prestação da assistência seguindo as recomendações das diretrizes de cuidado favorece a promoção da saúde materna e neonatal.

A mudança do modelo de assistência também se faz necessária para favorecer tais propostas e para incluir o modelo de humanização da assistência obstétrica e neonatal nas instituições de saúde brasileiras.

A inserção de obstetrizas e enfermeiras obstétricas na linha de frente da assistência materna e neonatal a mulheres de risco gestacional habitual pode favorecer essa mudança na prática clínica e contribuir para a promoção de melhores desfechos perinatais (Riesco, Fonseca, 2002), conforme foi proposto pelos objetivos do milênio (Brasil, 2015).

Quanto a futuras pesquisas, recomendam-se estudos que avaliem o CPP ao nascimento nos diferentes tipos de parto e contextos institucionais. Além disso, são necessários mais estudos que abordem a prática realizada por diferentes profissionais, para favorecer a mudança do modelo de assistência obstétrica e neonatal.

O presente estudo também sugere a realização de pesquisas que identifiquem as barreiras e facilitadores do CPP sob a ótica dos profissionais e parturientes frente à realização da prática conforme recomendação das diretrizes de cuidado materno-infantil.

6 CONCLUSÃO

O CPP foi realizado na quase totalidade dos nascimentos, mas com duração inferior a 1 hora, na maioria dos casos.

O tempo médio de CPP foi de apenas 29 minutos. Para a maioria dos neonatos o contato concentrou-se nos primeiros 10 minutos de vida.

Os fatores que facilitam o prolongamento do CPP e a efetivação da pega da mama materna na 1ª hora de vida do RN relacionam-se à boa vitalidade ao nascer e à integridade perineal.

A assistência ao parto realizada por enfermeira obstétrica favorece a efetivação e a duração da prática do CPP ao nascimento.

A duração do CPP ao nascimento foi maior em partos assistidos por estudantes do curso de obstetrícia.

A permanência do RN no colo materno, após a realização dos primeiros cuidados de rotina, favorece o início precoce do AM, independentemente da duração do CPP ao nascimento.

A pega da mama materna na 1ª hora de vida do RN apresentou taxas satisfatórias de efetivação.

A ajuda profissional para o correto posicionamento do RN na mama materna colabora para o início precoce do AM.

Os cuidados neonatais de rotina estão incluídos nas barreiras identificadas para a realização e duração do CPP e para a efetivação da pega da mama materna na 1ª hora de vida do RN.

Por fim, destaca-se a realização da AVAS como a intervenção neonatal rotineira mais influente na duração da prática do CPP ao nascimento e da efetivação da pega da mama materna na 1ª hora de vida do neonato.

Almeida EA, Martins Filho J. The precocious contact mother-child and it's contribution to the success of breast feeding. *Rev Ciên Méd.* 2004;13(4):381-8. DOI: 10.1590/S0034-71672010000600020

Almeida MFB, Guinsburg R. Reanimação do recém-nascido ≥ 34 semanas em sala de parto: Diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria. Programa de Reanimação Neonatal. 2016. Disponível em: www.sbp.com.br/reanimacao

American Academy of Pediatrics. Policy Statement: breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics.* 2012;129(3):e827-41. DOI:10.1542/peds.2011-3552

Amorim MMR, Maia SB, Leite DFB, Araújo IRS, Melo FO, Alves JN, et al. Humanization of childbirth in Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA): Perinatal outcome. *Rev bras ciênc saúde.* 2010;1(2):31-40.

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 Saude Mater Infant.* 2003;3(4):411-9. DOI:10.1590/S1519-38292003000400006

Araújo MFM, Schmitz BAS. Doze anos de evolução da Iniciativa Hospital Amigo da Criança no Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2007;22(2):91-9. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v22n2/a03v22n2>

Awi DD, Alikor EA. The influence of pre- and post-partum factors on the time of contact between mother and her new-born after vaginal delivery. *Niger J Med.* 2004;13(3):272-5.

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. DOI: 10.1016/j.infbeh.2016.01.001

Bergman NJ, Linley LL, Fawcus SR. Randomized controlled trial of skin-to-skin contact from birth versus conventional incubator for physiological stabilization in 1200- to 2199-gram newborns. *Acta Paediatr.* 2004;93(6):779-85. DOI 10.1080/08035250410028534

Binfa L, Pantoja L, Ortiz J, Gurovich M, Cavada G. Assessment of the implementation of the model of integrated and humanised midwifery health services in Santiago, Chile. *Midwifery.* 2013;29(10):1151-7. DOI: 10.1016/j.midw.2013.07.001

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. DOI:10.1016/j.midw.2016.07.010

Bramson L, Lee JW, Moore E, Montgomery S, Neish C, Bahjri K, et al. Effect of early skin-to-skin mother-infant contact during the first 3 hours following birth on exclusive breastfeeding during the maternity hospital stay. *J Hum Lact.* 2010;26(2):130-7. DOI: 10.1177/0890334409355779

Brasil. Lei n. 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 8 abr 2005. Brasília; 2005.

Brasil. Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. Brasília; 2011.

Brasil. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. – 2ª. ed. Brasília; 2012a.

Brasil. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília; 2012b.

Brasil. 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). Diário Oficial da República Federativa do Brasil 8 mai 2014. Brasília; 2014a. Seção 1, p.-50.

Brasil. Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014. Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília; 2014b.

Brasil. Módulo 4 - Iniciativa Hospital Amigo da Criança – IHAC. 4.1 Instrumentos de auto avaliação hospitalar. Brasília; 2014c.

Brasil. Ministério da Saúde. Relatório sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio 2015. Brasília; 2015. Disponível em:
https://www.unric.org/pt/images/stories/2015/PDF/MDG2015_PT.pdf

Brown CE, Wickline MA, Ecoff L, Glaser D. Nursing practice, knowledge, attitudes and perceived barriers to evidence-based practice at an academic medical center. J Adv Nurs. 2009;65(2):371-81. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2008.04878.x

Catafesta F, Zagonel IPS, Martins M, Venturi KK. The breastfeeding during the puerperal transition: the care for the method in caution-research. Esc Anna Nery. 2009;13(3):609-16. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452009000300022>

Chaiben MO. Contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida em um hospital amigo da criança do sul do Brasil [trabalho de conclusão de graduação]. Rio grande do sul: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012.

Chan GJ, Labar AS, Wall S, Atun R. Kangaroo mother care: a systematic review of barriers and enablers. Bull World Health Organ. 2016;94(2):130-141J. DOI: 10.2471/BLT.15.157818

Chan G, Bergelson I, Smith ER, Skotnes T, Wall S. Barriers and enablers of kangaroo mother care implementation from a health systems perspective: a systematic review. Health Policy Plan. 2017;32(10):1466-1475. DOI: 10.1093/heapol/czx0

Chaparro CM, Lutter C. Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. Organização Pan-Americana da Saúde: Washington DC; 2007.

Christensson K, Cabrera T, Christensson E, Uvnas Moberg K, Winberg J. Separation distress call in the human neonate in the absence of maternal body contact. Acta Paediatr. 1995;84(5):468-73. DOI: 10.1111/j.1651-2227.1995.tb13676.x

Christidis I, Zotter H, Rosegger H, Engele H, Kurz R, Kerbl R. Infrared thermography in newborns: the first hour after birth. Departments of Pediatrics and Gynecology and Obstetrics, University of Graz, Austria. *Gynäkol Geburtshilfliche Rundsch.* 2003;43:31-5. DOI: 10.1159/000067168

Cleveland L, Hill CM, Pulse WS, DiCioccio HC, Field T, White-Traut R. Systematic review of skin-to-skin care for full term, healthy newborns. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2017;46(6):857-69. DOI: 10.1016/j.jogn.2017.08.005

Crenshaw JT. Healthy Birth Practice #6: Keep mother and baby together: it's best for mother, baby, and breastfeeding. *J Perinat Educ.* 2014;23(4):211-7. DOI: 10.1891/1058-1243.23.4.211

Cruz DCS, Sumam NS, Spíndola T. Immediate care given to newborns and promotion of mother-baby bond. *Rev Esc Enferm USP.* 2007;41(4):690-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000400021>

Czeszyńska MB, Kowalik K. Multiple pregnancy: factors contributing to early infant's breast-feeding: own experience. *Acta Genet Med Gemellol.* 1998;47(3-4):191-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S000156600000009X>

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. DOI: 10.1177/0890334414566238

D'Artibale EF, Bercini LO. Early contact and breastfeeding: meanings and experiences. *Texto contexto enferm.* 2014;23(1):109-17. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072014000100013>

Faleiros FTV, Trezza EMC, Carandina L. Factors influencing breastfeeding decision and duration. *Rev. Nutr.* 2006;19(5):623-630.

Ferber SG, Makhoul IR. The effect of skin-to-skin contact (kangaroo care) shortly after birth on the neurobehavioral responses of the term newborn: a randomized control trial. *Pediatrics.* 2004;113(4):858-65.

Fernandes K, Kimura AF. Care practices on the resuscitation of newborns in the context of a delivery center. *Rev Esc Enferm USP.* 2005;39(4):383-90. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342005000400003>

Ferrarello D, Hatfield L. Barriers to skin-to-skin care during the postpartum stay. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2014;39(1):56-61. DOI: 10.1097/01.NMC.0000437464.31628.3d

Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). 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/Fundo das Nações Unidas para a Infância, Organização Mundial da Saúde. Editora do Ministério da Saúde. Brasília; 2009. 276p.:il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://www.redeblh.fiocruz.br/media/modulo3_ihac_alta.pdf

Gabriel MAM, Martín IL, Escobar AL, Villalba EF, Blanco IR, Pol PT. Randomized controlled trial of early skin-to-skin contact: effects on the mother and the newborn. *Acta Paediatr.* 2010;99(11):1630-4. DOI: 10.1111/j.1651-2227.2009.01597.x

Gepilano D. Barriers to implementation of skin-to-skin care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2014;43(1):S74. DOI: 10.1111/1552-6909.12452

Gil, AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas; 2006.

Haddad N. Metodologia de estudos em ciências da saúde. 1st ed. São Paulo: Roca; 2004.

Hakala M, Kaakinen P, Kääriäinen M, Hannula L. 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. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2017.03.010>

Haile ZT, Elmasry M, Chavan B, Azulay Chertok IR. Association between type of health professional at birth and exclusive breastfeeding. *J midwifery womens health*. 2017;62(5):562-71. DOI: <https://doi.org/10.1111/jmwh.12657>

Hochman B, Xerfan Nahas F, Filho RSDO, Ferreira LM. Desenhos de pesquisa. *Acta Cir Bras*. 2005;20(2):2-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-86502005000800002>

Holmes AV, McLeod AY, Bunik M. ABM Clinical protocol #5: Peripartum breastfeeding management for the healthy mother and infant at term, revision 2013. *Breastfeed Med*. 2013; 8(6):469-73. DOI: 10.1089/bfm.2013.9979

Hubbard JM, Gattman KR. Parent-infant skin-to-skin contact following birth: history, benefits, and challenges. *Neonatal Netw*. 2017;36(2):89-97. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1891/0730-0832.36.2.89>

Hulley SB, Cumming SR, Browner WS, Grady DG, Hearst NB, Newman TB. Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. Biblioteca de Saúde Pública. Porto Alegre; Artmed; 2008.

Khadivzadeh T, Karimi A. The effects of post-birth mother-infant skin to skin contact on first breastfeeding. *IJNMR*. 2009;14(3):111-6. Disponível em: <http://ijnmr.mui.ac.ir/index.php/ijnmr/article/view/94/94>

Kim B. Factors that influence early breastfeeding of singletons and twins in Korea: a retrospective study. *Int Breastfeed J*. 2017;12:4. DOI: 10.1186/s13006-016-0094-5

Klaus MH, Kennell JH. Maternal-infant bonding. Sanit Louis: The C.V. Mosby company.

Koopman I, Callaghan-Koru JA, Alaofin O, Argani CH, Farzin A. Early skin-to-skin contact for healthy full-term infants after vaginal and caesarean delivery: a qualitative study on clinician perspectives. *J Clin Nurs*. 2016;25(9-10):1367-76. DOI: 10.1111/jocn.13227

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). DOI: 10.1111/mcn.12492

Luong KC, Nguyen TL, Thi DHH, Carrara HPO, Bergman NJ. Newly born low birthweight infants stabilise better in skin-to-skin contact than when separated from their mothers: a randomised controlled trial. *Acta Paediatr*. 2016;105(4):381-90. DOI: 10.1111/apa.13164

- Mahmood I, Jamal M, Khan N. Effect of mother-infant early skin-to skin contact on breastfeeding status: a randomized controlled trial. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2011;21(10):601-5. DOI: 10.2011/JCPSP.601605
- Marinho C, Leal IP. Health Professionals and Breast-Feeding: Exploratory Study of Nurses and Physicians Attitudes. *Psic, Saúde & Doenças*. 2004;5(1):93-105.
- Matos TA, Souza MS, Santos EKA, Velho MB, Seibert ERC, Martins NM. Precocious skin-to-skin contact between mother and child: meanings to mothers and contributions for nursing. *Rev bras enferm*. 2010;63(6):998-1004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000600020>
- Mazurek T, Mikiel-Kostyra K, Mazur J, Wieczorek P, Radwaska B, Pachuta-Wegier L. Influence of immediate newborn care on infant adaptation to the environment. *Med Wieku Rozwoj*. 1999;3(2):215-24.
- Mercer JS, Erickson-Owens DA, Graves B, Haley MM. Evidence-based practices for the fetal to newborn transition. *J Midwifery Womens Health*. 2007;52(3):262-72. DOI: 10.1016/j.jmwh.2007.01.005
- Mikiel-Kostyra K, Mazur J, Bołtruszko I. Effect of early skin-to-skin contact after delivery on duration of breastfeeding: a prospective cohort study. *Acta Paediatr*. 2002;91(12):1301-6.
- Monte GCSB, Leal LP, Pontes CM. Step 4 Assessment of the promotion for breastfeeding in baby-friendly hospital. *Rev Rene*. 2012;13(4):861-70.
- Monteiro JCS, Nakano AMS, Gomes FA. Early breastfeeding during the first thirty minutes of life. *R Enferm UERJ*. 2006;14(2):202-7.
- Moore ER, Anderson GC. Randomized controlled trial of very early mother-infant skin-to-skin contact and breastfeeding status. *J Midwifery Womens Health*. 2007;52(2):116-25. DOI:10.1016/j.jmwh.2006.12.002
- Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(5):CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub3
- 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. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub4
- Moreira DA. Pesquisa em administração: origens, usos e variantes do método fenomenológico. *Revista de Administração e Inovação*. 2004;1(1):5-19. DOI: 10.5585/rai.v1i1.14
- 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. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300019&lng=en

- Mori R, Khanna R, Pledge D, Nakayama T. Meta-analysis of physiological effects of skin-to-skin contact for newborns and mothers. *Pediatr Int.* 2010;52(2):161-70. DOI: 10.1111/j.1442-200X.2009.02909.x
- Morrison B. Kangaroo care for full term infants: state of the science. International Network of Kangaroo Mother Care. Biennial Workshop; 2006.
- Nascimento NM, Progiante JM, Rachelli NI, Oliveira TR, Vargens OMC. Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: a percepção de mulheres. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* 2010;14(3):456-61.
- Napoli RA. Perceived barriers to skin to skin care from maternal and nurse perspectives. [Doctoral Projects]. Paper 13. Califórnia: San Jose State University; 2015. Disponível em: http://scholarworks.sjsu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1012&context=etd_doctoral
- Patel A, Bucher S, Pusdekar Y, Esamai F, Krebs NF, Goudar SS, et al. Rates and determinants of early initiation of breastfeeding and exclusive breast feeding at 42 days postnatal in six low and middle-income countries: a prospective cohort study. *Reprod Health.* 2015;12(2):S10. DOI: 10.1186/1742-4755-12-S2-S10
- Pillegi MC, Policastro A, Abramovici S, Cordioli E, Deutsch AD'A. Breastfeeding in the first hour of life and modern technology: prevalence and limiting factors. *Einstein.* 2008;6(4):467-72.
- Phillips R. The sacred hour: uninterrupted skin-to-skin contact immediately after birth. *Newborn Infant Nurs Rev.* 2013;13(2):67-72. Disponível em: <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2013.04.001>
- Reeg JL, Lott T. Implementing skin-to-skin care in a baby-friendly community hospital. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2012;41(1):S41. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2012.01360_17.x
- Riesco MLG, Fonseca RMGS. Elementos constitutivos da formação e inserção de profissionais não-médicos na assistência ao parto. *Cad. Saúde Pública.* 2002;18(3):685-98.
- 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. DOI: 10.1089/bfm.2015.0160
- Sampaio ARR, Bousquat A, Barros C. Skin-to-skin contact at birth: a challenge for promoting breastfeeding in a “Baby Friendly” public maternity hospital in northeast Brazil. *Epidemiol Serv Saúde.* 2016;25(2):281-90. DOI: 10.5123/S1679-49742016000200007
- Saxton A, Fahy K, Hastie C. Effects of skin-to-skin contact and breastfeeding at birth on the incidence of PPH: A physiologically based theory. *Women Birth.* 2014;27(4):250-3. DOI: 10.1016/j.wombi.2014.06.004
- Sedgwick P. Bias in observational study designs: cross sectional studies. *BMJ.* 2015;350:h1286. DOI: 10.1136/bmj.h1286
- Setia MS. Methodology Series Module 3: Cross-sectional studies. *Indian J Dermatol.* 2016;61(3):261-4. DOI: 10.4103/0019-5154.182410

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):790-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.4314/ahs.v16i3.20>

Siqueira FPC, Colli M. Prevalence of early contact between mother and newborn in a hospital child friend. *Rev Enferm UFPE.* 2013; 7(11):6455-61. DOI: 10.5205/reuol.3794-32322-1-ED.0711201319

Sobel HL, Silvestre MAA, Mantaring JBVIII, Oliveros YE, Nyunt-U S. Immediate newborn care practices delay thermoregulation and breastfeeding initiation. *Acta Paediatr.* 2011;100(8):1127-33. DOI: 10.1111/j.1651-2227.2011.02215.x

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):456-473. DOI: 10.1111/mcn.12128

Takahashi Y, Tamakoshi K, Matsushima M, Kawabe T. Comparison of salivary cortisol, heart rate, and oxygen saturation between early skin-to-skin contact with different initiation and duration times in healthy, full-term infants. *Early Hum Dev.* 2011;87(3):151-7. DOI: 10.1016/j.earlhumdev.2010.11.012

Ventura WP. Preparando-se para amamentar no pré-natal e na sala de parto. In: Rego JD. *Aleitamento materno: um guia para pais e familiares.* São Paulo: Atheneu; 2002. p. 33-46.

Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet.* 2016;387(10017):475-90. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)01024-7

Vittner D, Cong X, Ludington SM, McGrath JM. A survey of skin-to-skin contact with perinatal nurses. *Appl Nurs Res.* 2017;33:19-23. DOI: 10.1016/j.apnr.2016.09.006

Walters M, Boggs K, Ludington-Hoe S, Kimberly MP, Moorison B. Kangaroo care at birth for full term infants. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2007;32(6):375-81. DOI: 10.1097/01.NMC.0000298134.39785.6c

Widström AM, Lilja G, Aaltomaa-Michalias P, Dahllöf A, Lintula M, Nissen E. Newborn behaviour to locate the breast when skin-to-skin: a possible method for enabling early self-regulation. *Acta Paediatr.* 2011;100(1):79-85. DOI:10.1111/j.1651-2227.2010.01983.x

Wight N, Marinelli KA. ABM Clinical Protocol #1: Guidelines for blood glucose monitoring and treatment of hypoglycemia in term and late-preterm neonates, revised 2014. *Breastfeed Med.* 2014;9(4):173-9. DOI: 10.1089/bfm.2014.9986

Winberg J. Mother and newborn baby: mutual regulation of physiology and behavior - a selective review. *Dev Psychobiol.* 2005;47(3):217-29. DOI 10.1002/dev.20094

Winnicott DW. *Da pediatria à psicanálise.* Rio de Janeiro: Imago, 2000.

World Health Organization (WHO). Baby friendly hospital initiative: revised, updated and expanded for integrate care. Section 1, Background and Implementation. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. 2006. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43593/1/9789241594967_eng.pdf

Zveiter M. Contribuições ao documento da Organização Mundial de Saúde (1986): cuidados essenciais ao recém-nascido: comentário sobre as implicações psíquicas [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz; 2003.

9 APÊNDICE

9.1 APÊNDICE A

TERMO DE ANUÊNCIA

(Profissionais)

Eu, Rosely Sayuri Kuamoto, aluna de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), coletarei os dados para minha pesquisa intitulada: “Contato pele a pele ao nascimento: barreiras e facilitadores na prática assistencial”, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Mariana Bueno. Esse estudo tem como objetivo identificar as barreiras e os facilitadores da prática do contato pele a pele logo após o nascimento, em um hospital amigo da criança.

Nessa pesquisa, serão utilizados dados de prontuário das puérperas e de seus bebês, além de dados a serem observados os cuidados no atendimento neonatal logo após o nascimento, até que o recém-nascido complete uma hora de vida. Não haverá nenhuma avaliação de adequação de práticas e rotinas ou mudança no cuidado prestado. Também não haverá identificação do profissional que faz a assistência ao RN, exceto pela indicação da categoria profissional (por exemplo, neonatologista, pediatra ou residente). Os dados obtidos serão mantidos em sigilo e acessados somente pela equipe de pesquisa. Ao término do estudo e da divulgação dos resultados, as informações serão apagadas.

Os benefícios do estudo envolvem contribuir para que a prática do contato pele a pele seja realizada com mais frequência e a um maior número de mães e bebês ao nascimento.

Esta pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

São Paulo, _____ de _____ de 2017.

“Eu, _____, estou de acordo com a execução do projeto **‘Contato pele a pele ao nascimento: barreiras e facilitadores na prática assistencial’**.”

Assinatura do profissional

Assinatura da responsável pelo estudo

9.2 APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PUÉRPERAS)

Eu, Rosely Sayuri Kuamoto, aluna de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), convido você a participar voluntariamente da minha pesquisa intitulada: **“Contato pele a pele ao nascimento: barreiras e facilitadores na prática assistencial”**, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Mariana Bueno. Esse estudo tem como objetivo identificar as barreiras e os facilitadores da prática do contato pele a pele logo após o nascimento, em um hospital amigo da criança.

Nessa pesquisa, serão utilizados dados do seu prontuário e do prontuário do seu bebê. Eu também observarei os cuidados com o bebê logo após o nascimento, até que ele complete uma hora de vida. Não haverá nenhuma mudança no cuidado prestado a você e seu filho em função deste estudo. Os dados obtidos dos prontuários e da observação do bebê serão mantidos em sigilo e acessados somente pela equipe de pesquisa. Ao término do estudo e da divulgação dos resultados, as informações serão apagadas.

Os benefícios do estudo envolvem contribuir para que a prática do contato pele a pele seja realizada com mais frequência e a um maior número de mães e bebês ao nascimento. Os riscos relacionados a este estudo podem envolver desconfortos durante a observação do parto e do bebê. Caso isso aconteça, você poderá desistir de participar do estudo a qualquer momento. A desistência ou recusa de participar não trará qualquer prejuízo para o cuidado a você ou ao seu bebê. Em qualquer etapa desta pesquisa, será garantido seu direito de solicitar esclarecimentos e também de desistir de participar.

As informações obtidas nesta pesquisa serão analisadas, mantendo o sigilo absoluto de identificação do participante. Os resultados deste estudo serão publicados em revistas científicas e divulgados em eventos científicos. Você tem o direito de receber informações e os esclarecimentos que desejar, em qualquer momento, bem como sobre os resultados da pesquisa. Todos os possíveis dados que poderão colocar em risco o seu anonimato não serão agregados ao presente estudo.

Sua participação é totalmente voluntária. Não haverá despesas pessoais e nenhum pagamento por sua participação. Em qualquer etapa da pesquisa, será garantido o seu direito de solicitar esclarecimentos e também de desistir de participar. Caso ocorra qualquer dano decorrente diretamente desta pesquisa, o direito à indenização está garantido. Esta pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Em qualquer tempo, você terá acesso aos pesquisadores para esclarecimento de dúvidas. **Pesquisadora:** Rosely Sayuri Kuamoto – COREN SP: 199; **Cargo/função:** Obstetritz e Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGE) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP); **Contatos:** (11) 9269-2800, rosely.kuamoto@usp.br. **Pesquisadora responsável:** Mariana Bueno – COREN SP 92993; **Cargo/ função:** Prof.^a Dr.^a do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, nº 419, São Paulo/SP; **Contatos:** (11) 3061-7602, mariana.bueno@usp.br.

Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, você poderá entrar em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem USP** – Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419. Cerqueira Cesar, São Paulo. CEP: 05403-000. Telefone: (0xx11) 3061-8858. E-mail: cepee@usp.br ou com o **Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Municipal Dr. Fernando Mauro Pires da Rocha – H. Campo Limpo** – Estrada de Itapequerica da Serra, 1661 - Campo Limpo. CEP: 05835-005. Telefone: (0xx11) 3394-7500. E-mail: hmcl.contato@gmail.com

Caso você concorde participar, assine este documento em duas vias, autorizando dessa forma, que os dados colhidos sejam utilizados na pesquisa. Você receberá uma via e a outra ficará guardada com a pesquisadora.

São Paulo, _____ de _____ de 2017.

“Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, aceito participar do presente projeto de pesquisa”.

Assinatura da participante

Assinatura da responsável pelo estudo

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419. Cerqueira Cesar, São Paulo. CEP: 05403-000.

9.3 APÊNDICE C

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PUÉRPERAS)

Eu, Rosely Sayuri Kuamoto, aluna de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), convido você a participar voluntariamente da minha pesquisa intitulada: **“Contato pele a pele ao nascimento: barreiras e facilitadores na prática assistencial”**, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Mariana Bueno. Esse estudo tem como objetivo identificar as barreiras e os facilitadores da prática do contato pele a pele logo após o nascimento, em um hospital amigo da criança.

Nessa pesquisa, serão utilizados dados do seu prontuário e do prontuário do seu bebê. Eu também observarei os cuidados com o bebê logo após o nascimento, até que ele complete uma hora de vida. Não haverá nenhuma mudança no cuidado prestado a você e seu filho em função deste estudo. Os dados obtidos dos prontuários e da observação do bebê serão mantidos em sigilo e acessados somente pela equipe de pesquisa. Ao término do estudo e da divulgação dos resultados, as informações serão apagadas.

Os benefícios do estudo envolvem contribuir para que a prática do contato pele a pele seja realizada com mais frequência e a um maior número de mães e bebês ao nascimento. Os riscos relacionados a este estudo podem envolver desconfortos durante a observação do parto e do bebê. Caso isso aconteça, você poderá desistir de participar do estudo a qualquer momento. A desistência ou recusa de participar não trará qualquer prejuízo para o cuidado a você ou ao seu bebê. Em qualquer etapa desta pesquisa, será garantido seu direito de solicitar esclarecimentos e também de desistir de participar.

As informações obtidas nesta pesquisa serão analisadas, mantendo o sigilo absoluto de identificação do participante. Os resultados deste estudo serão publicados em revistas científicas e divulgados em eventos científicos. Você tem o direito de receber informações e os esclarecimentos que desejar, em qualquer momento, bem como sobre os resultados da pesquisa. Todos os possíveis dados que poderão colocar em risco o seu anonimato não serão agregados ao presente estudo.

Sua participação é totalmente voluntária. Não haverá despesas pessoais e nenhum pagamento por sua participação. Em qualquer etapa da pesquisa, será garantido o seu direito de solicitar esclarecimentos e também de desistir de participar. Caso ocorra qualquer dano decorrente diretamente desta pesquisa, o direito à indenização está garantido. Esta pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Em qualquer tempo, você terá acesso aos pesquisadores para esclarecimento de dúvidas. **Pesquisadora:** Rosely Sayuri Kuamoto – COREN SP: 199; **Cargo/função:** Obstetritz e Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGE) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP); **Contatos:** (11) 9269-2800, rosely.kuamoto@usp.br. **Pesquisadora responsável:** Mariana Bueno – COREN SP 92993; **Cargo/ função:** Prof.^a Dr.^a do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, nº 419, São Paulo/SP; **Contatos:** (11) 3061-7602, mariana.bueno@usp.br.

Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, você poderá entrar em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem USP** – Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419. Cerqueira Cesar, São Paulo. CEP: 05403-000. Telefone: (0xx11) 3061-8858. E-mail: cepee@usp.br ou com o **Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Municipal Dr. Fernando Mauro Pires da Rocha – H. Campo Limpo** – Estrada de Itapequerica da Serra, 1661 - Campo Limpo. CEP: 05835-005. Telefone: (0xx11) 3394-7500. E-mail: hmcl.contato@gmail.com

Caso você concorde participar, assine este documento em duas vias, autorizando dessa forma, que os dados colhidos sejam utilizados na pesquisa. Você receberá uma via e a outra ficará guardada com a pesquisadora.

São Paulo, _____ de _____ de 2017.

“Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, aceito participar do presente projeto de pesquisa”.

Assinatura da participante menor de idade

Assinatura da responsável pelo estudo

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419. Cerqueira Cesar, São Paulo. CEP: 05403-000.

9.4 APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (RESPONSÁVEL LEGAL)

Eu, Rosely Sayuri Kuamoto, aluna de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), convido sua filha a participar voluntariamente da minha pesquisa intitulada: **“Contato pele a pele ao nascimento: barreiras e facilitadores na prática assistencial”**, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Mariana Bueno. Esse estudo tem como objetivo identificar as barreiras e os facilitadores da prática do contato pele a pele logo após o nascimento, em um hospital amigo da criança.

Nessa pesquisa, serão utilizados dados do prontuário de sua filha e do prontuário do bebê. Eu também observarei os cuidados com o bebê logo após o nascimento, até que ele complete uma hora de vida. Não haverá nenhuma mudança no cuidado prestado à mulher menor e seu filho em função deste estudo. Os dados obtidos dos prontuários e da observação do bebê serão mantidos em sigilo e acessados somente pela equipe de pesquisa. Ao término do estudo e da divulgação dos resultados, as informações serão apagadas.

Os benefícios do estudo envolvem contribuir para que a prática do contato pele a pele seja realizada com mais frequência e a um maior número de mães e bebês ao nascimento. Os riscos relacionados a este estudo podem envolver desconfortos durante a observação do parto e do bebê. Caso isso aconteça, a mulher menor poderá desistir de participar do estudo a qualquer momento. A desistência ou recusa de participar não trará qualquer prejuízo para o cuidado a ela ou ao bebê. Em qualquer etapa desta pesquisa, será garantido seu direito de solicitar esclarecimentos e também de desistir de participar.

As informações obtidas nesta pesquisa serão analisadas, mantendo o sigilo absoluto de identificação do participante. Os resultados deste estudo serão publicados em revistas científicas e divulgados em eventos científicos. Você tem o direito de receber informações e os esclarecimentos que desejar, em qualquer momento, bem como sobre os resultados da pesquisa. Todos os possíveis dados que poderão colocar em risco o seu anonimato não serão agregados ao presente estudo.

A participação é totalmente voluntária. Não haverá despesas pessoais e nenhum pagamento pela participação. Em qualquer etapa da pesquisa, será garantido o seu direito de solicitar esclarecimentos e também dela desistir de participar. Caso ocorra qualquer dano decorrente diretamente desta pesquisa, o direito à indenização está garantido. Esta pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Em qualquer tempo, você terá acesso aos pesquisadores para esclarecimento de dúvidas. **Pesquisadora:** Rosely Sayuri Kuamoto – COREN SP: 199; **Cargo/função:** Obstetriz e Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGE) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP); **Contatos:** (11) 9269-2800, rosely.kuamoto@usp.br. **Pesquisadora responsável:** Mariana Bueno – COREN SP 92993; **Cargo/ função:** Prof.^a Dr.^a do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, nº 419, São Paulo/SP; **Contatos:** (11) 3061-7602, mariana.bueno@usp.br.

Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, você poderá entrar em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem USP** – Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419. Cerqueira Cesar, São Paulo. CEP: 05403-000. Telefone: (0xx11) 3061-8858. E-mail: cepee@usp.br ou com o **Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Municipal Dr. Fernando Mauro Pires da Rocha – H. Campo Limpo** – Estrada de Itapecerica da Serra, 1661 - Campo Limpo. CEP: 05835-005. Telefone: (0xx11) 3394-7500. E-mail: hmcl.contato@gmail.com

Caso você concorde com a participação de sua filha, assine este documento em duas vias, autorizando dessa forma, que os dados colhidos sejam utilizados na pesquisa. Você receberá uma via e a outra ficará guardada com a pesquisadora.

São Paulo, _____ de _____ de 2017.

“Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, aceito participar do presente projeto de pesquisa”.

Assinatura do responsável legal pela participante menor de idade

Assinatura da responsável pelo estudo

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419. Cerqueira Cesar, São Paulo. CEP: 05403-000.

9.5 APÊNDICE E

Instrumento de coleta de dados

Data: ____/____/____ Hora de admissão: ____:____ Nº de inclusão: _____

Idade materna: _____ anos

Paridade: PN: _____ PC: _____ PF: _____ A: _____

Intervenções: ☐ Ocitocina
☐ Misoprostol
☐ Amniotomia
☐ Medicamentos por via endovenosa
☐ Outros: _____

Idade gestacional: DUM: ____ semanas ____ dias
 Idade gestacional: USG: ____ semanas ____ dias

Presença de acompanhante: ☐ NÃO ☐ SIM Quem: _____
 Condição perineal - Laceração: ☐ NÃO ☐ SIM Grau: ☐ I
☐ II
☐ III
☐ IV

Episiotomia: ☐ NÃO ☐ SIM
 Profissional que prestou assistência obstétrica: ☐ Estudante de obstetrícia
☐ Enfermeira obstétrica
☐ Médico obstetra
☐ Médico residente

Horário de nascimento: ____:____

Apgar: 1': _____ 5': _____
 Profissional responsável pela assistência neonatal ☐ Médico pediatra
☐ Médico residente

Sexo do RN: ☐ Feminino ☐ Masculino
 CPP ao nascimento: ☐ SIM ☐ NÃO Motivo: _____
 Tempo de CPP no local de nascimento, logo após o parto: _____ minutos

Interrupção do CPP: ☐ NÃO ☐ SIM Motivo: _____
 Primeiros cuidados neonatais: ☐ Aspiração das VAS
☐ Nitrato de prata
☐ Vitamina K
☐ Vacina da hepatite B
☐ Medidas antropométricas
☐ Pesagem
☐ Teste do reflexo vermelho

Peso: _____ gramas

Tempo de retorno do RN após primeiros cuidados neonatais: _____ minutos

Posicionamento do RN após primeiros cuidados neonatais: ☐ Colo materno
☐ Colo do acompanhante
☐ Berço

Vestimenta do RN após primeiros cuidados neonatais: ☐ Manta/cobertor
☐ Fralda

Efetivação da pega da mama materna na 1ª hora de vida: ☐ NÃO ☐ SIM
 Ajuda profissional na primeira pega: ☐ NÃO ☐ SIM
 Quem: _____

OBSERVAÇÃO: _____

9.6 APÊNDICE F

TABELA DE REFERÊNCIAS – Sequência de citação no texto

<i>Autor</i>	<i>Desenho do estudo</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Tamanho amostral</i>	<i>Resultados</i>
Mercer JS, Erickson-Owens DA, Graves B, Haley MM.	Revisão	Examinar a evidência sobre as práticas relacionadas à transição do recém-nascido, incluindo os efeitos de fármacos utilizados no TP, clampeamento do cordão umbilical, termorregulação do RN, sucção e a ressuscitação neonatal.	25	O CPP ao nascimento é o principal suporte da termorregulação do RN.
Morrison B.	Revisão	Evidenciar os efeitos do CPP e método canguru dos últimos 30 anos.	57	O CPP influencia positivamente o estado organizacional do RN.
Bramson L, Lee JW, Moore E, Montgomery S, Neish C, Bahjri K, et al.	Coorte	Examinar uma possível relação dose-resposta entre o CPP nas primeiras 3 horas após o nascimento e a probabilidade de amamentação exclusiva durante a internação na maternidade.	21.842	Os resultados demonstram uma relação dose-resposta entre o CPP e a exclusividade da amamentação.
Gabriel MA, Martín IL, Escobar AL, Villalba EF, Blanco IR, Pol PT.	Ensaio clínico randomizado	Estimar a influência do CPP sobre a regulação térmica e a taxa de amamentação em diferentes pontos do tempo.	137	O CPP implica em uma melhor regulação térmica e uma melhor taxa de amamentação exclusiva na alta hospitalar.
Widström AM, Lilja G, Aaltomaa-Michalias P, Dahllöf A,	Estudo transversal	Fornecer uma análise mais detalhada da sequência comportamental do	28	Quando o RN é posicionado em CPP ao nascimento para ir pacificamente até o peito materno, nove

Lintula M, Nissen E.		bebê que começa imediatamente após o nascimento e termina com a apreensão do mamilo, amamentação e depois adormecer.		fases comportamentais são vivenciadas favorecendo o início do AM e a autorregulação neonatal.
Dani C, Cecchi A, Commare A, Rapisardi G, Breschi R, Pratesi S.	Coorte	Confirmar as seqüências comportamentais descritas anteriormente durante o CPP.	17	Todos os RNs efetivaram o AM e realizaram o CPP, ao nascimento, ininterrupto até a efetivação da primeira mamada.
Mazurek T, Mikiel-Kostyra K, Mazur J, Wieczorek P, Radwańska B, Pachuta-Wegier L.	Ensaio clínico randomizado	Estudar a influência dos primeiros cuidados neonatais para a temperatura, glicemia, pH, frequência cardíaca, taxa de respiração e tempo de choro.	66	Todos os resultados indicaram que o CPP é ótimo à adaptação neonatal, especialmente, como proteção contra hipotermia e hipoglicemia.
Almeida EA, Martins Filho J.	Revisão	Relacionar as referências bibliográficas que abordam o 4º passo da IHAC, com a sucção na primeira meia hora de vida do RN.	26	O período logo após o nascimento é assinalado como um curto período que traz consequências em longo prazo, no que concerne a futura capacidade de amar do ser humano. O CPP precoce, sem dúvida nenhuma, é de extrema importância no momento do parto.
Cruz DCS, Sumam NS, Spíndola T.	Descritivo	Compreender como o momento do parto foi percebido pelas mães e de que maneira as ações dos profissionais contribuíram para facilitar sua aproximação ao recém-nascido	25	A fim de se evitar separações desnecessárias entre o binômio, o que poderia prejudicar o aleitamento materno e a aproximação ao bebê, é importante reduzir ao estritamente necessário os procedimentos realizados no pós-

				parto imediato, quando se tratar de um bebê de baixo risco.
Zveiter M.	Qualitativo	O cuidado ao recém-nascido, tomado a partir do documento da WHO "Cuidados Essenciais ao Recém-Nascido", estabelecendo um diálogo entre a objetividade das recomendações contidas no documento da WHO e o campo da subjetividade, a partir da teoria psicanalítica e da filosofia.		O pós-parto imediato é uma fase sensível, precursora de apego e a primeira oportunidade da mãe ser sensibilizada pelo bebê.
Mahmood I, Jamal M, Khan N.	Ensaio clínico randomizado	Avaliar o efeito do contato precoce entre a mãe e o bebê sobre o comportamento de lactação materna.	183	O CPP aumentou significativamente o sucesso da primeira amamentação e a continuação da amamentação exclusiva até um mês de idade (criação do vínculo).
D'Artibale EF, Bercini LO.	Estudo Qualitativo	Analisar os significados e as vivências do contato e da amamentação precoces em puérperas internadas em um HAC, uma vez que essa compreensão pode contribuir para a efetivação e/ou consolidação do quarto passo da IHAC e para a conscientização dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado materno-infantil acerca da importância desta	16	A aproximação entre o binômio mãe-filho logo após o nascimento proporcionou uma experiência única à mulher, desencadeando sensações diversas dentro do contexto biopsicossociocultural de cada uma delas, com sentimentos e significados favoráveis ao vínculo mãe-filho e ao início da amamentação.

		prática.		
Saxton A, Fahy K, Hastie C.	Qualitativo	Avaliar o funcionamento do sistema nervoso autônomo, em relação ao útero.		O CPP prolongado entre mulher e RN, ininterrupto ao nascer facilita a amamentação espontânea.
Patel A, Bucher S, Pusdekar Y, Esamai F, Krebs NF, Goudar SS, et al.	Coorte	Descrever as taxas de iniciação precoce da amamentação (dentro da 1ª hora), da amamentação exclusiva aos 42 dias pós-parto e fatores associados à incapacidade de iniciar amamentação precoce e amamentação exclusiva aos 42 dias do pós-parto.	255.495	O não posicionamento do RN em CPP ao nascimento diminui as taxas de AM.
Kim B.	Estudo comparativo retrospectivo	Avaliar os fatores que influenciam a amamentação durante a internação, incluindo a preparação pré-natal, CPP, hospedagem, alimentação antes da primeira amamentação, tempo de amamentação e suporte pós-parto.	208	A maior probabilidade de amamentar durante a internação foi associada com CPP inicial.
Christensson K, Cabrera T, Christensson E, Uvnas Moberg K, Winberg J.	Ensaio clínico randomizado	Registrar o choro do RN durante os primeiros 90 minutos após o nascimento quando os bebês foram posicionados em CPP, berço e berço nos primeiros 45 minutos e depois para o CPP.	14	O estudo mostrou que praticamente não houve choro durante os primeiros 90 minutos pós-parto quando os RNs foram para o CPP.
Bergman NJ, Linley LL, Fawcus SR.	Ensaio clínico randomizado	Comparar o efeito de dois habitats alternativos, CPP versus incubadora (= separação).	31	Os RNs que receberam CPP desde o nascimento foram significativamente favorecidos quanto à estabilidade

				cardiorrespiratória e ao controle de temperatura.
Winberg J.	Revisão	Revisar estudos de quase 30 anos, que demonstram como a mãe pode regular a fisiologia e o comportamento da criança.	71	Através do CPP imediatamente após o nascimento, a temperatura do recém-nascido se regula, ocorre a conservação de energia e o equilíbrio ácido-base, a respiração neonatal se ajusta, o tempo de choro diminui, fortalece-se o vínculo materno e o início do aleitamento materno.
Mori R, Khanna R, Pledge D, Nakayama T.	Revisão	Investigar se o CPP afeta a temperatura corporal, a frequência cardíaca e a saturação de oxigênio dos RNs.	23	O CPP aumenta a temperatura corporal do RN.
Takahashi Y, Tamakoshi K, Matsushima M, Kawabe T.	Não experimental	Investigar como o CPP realizado em diferentes momentos e durações influencia fisiológica e biomecanicamente no estresse do pós-parto para RNs de termo.	32	CPP realizado até o 5º minute de vida e durando mais de 60 minutos, diminui o estresse no RN e beneficia a estabilização cardiopulmonar.
Stevens J, Schmied V, Burns E, Dahlen H.	Revisão	Avaliar evidências sobre facilitadores do contato imediato (em minutos) ou cedo (dentro de 1 h) do CPP após a cesariana para mães saudáveis e seus recém-nascidos saudáveis.	7	O CPP imediato pode aumentar o início da amamentação, diminuir o tempo para a primeira mamada, reduzir a suplementação de fórmulas no hospital, aumentar a adesão e satisfação materna, manter a temperatura do RN e reduzir o estresse neonatal.
Luong KC, Nguyen TL, Thi DHH, Carrara	Ensaio clínico randomizado	Replicar um estudo que sugere que o CPP melhora a estabilidade	100	O CPP é um ótimo ambiente para RNs ao nascer. Preveni a instabilidade e pode

HPO, Bergman NJ.		fisiológica do RN no período de transição, quando comparado com o cuidado da incubadora.		ser salva vidas em países de baixa renda.
Beijers R, Cillessen L, Zijlmans MA.	Ensaio clínico	Examinar como o período de 50 minutos de CPP, comparados ao berço, interferem no comportamento neonatal e na concentração de cortisol e no comportamento materno.	17	Quando comparado aos RNs posicionados no berço, as concentrações de cortisol diminuíram significativamente nos RNs que receberam o CPP.
Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N.	Revisão	Avaliar os efeitos do CPP para RNs saudáveis em comparação com o contato padrão no estabelecimento e a manutenção do AM e da fisiologia infantil.	46	O CPP favorece o AM.
Ferber SG, Makhoul IR.	Ensaio clínico randomizado	Avaliar o efeito do CPP, logo após o parto, nas respostas neurocomportamentais de RNs saudáveis.	47	O CPP parece influenciar a organização do estado e a modulação do sistema motor do RN pouco depois do parto.
Wight N, Marinelli KA.	Guideline	Fornecer orientação para as primeiras horas/dias de vida: prevenir hipoglicemia, monitorar adequadamente os níveis de glicose no sangue, gerenciar a hipoglicemia, estabelecer e preservar o suprimento materno do leite durante suplementação medicamentosa necessária para hipoglicemia ou		A iniciação e o estabelecimento da amamentação e a redução do risco de hipoglicemia são facilitados pelo CPP imediatamente após o nascimento por pelo menos 1 hora de vida e continuando o máximo possível. Tal prática mantém a temperatura normal do corpo do bebê e reduz o gasto de energia (permitindo a manutenção da glicemia normal no

		durante a separação da mãe do bebê.		sangue), enquanto estimula a produção de leite.
Christidis I, Zotter H, Rosegger H, Engele H, Kurz R, Kerbl R.	Ensaio clínico	Investigar a temperatura do RN na 1ª hora após o parto.	42	O CPP é um método eficaz para prevenir a perda de calor em neonatos.
Cleveland L, Hill CM, Pulse WS, DiCioccio HC, Field T, White-Traut R.	Revisão	Determinar o efeito do CPP, colo materno, toque terapêutico e massagem terapêutica para RNs de termo.	280	Os resultados indicaram: maior iniciação da amamentação e taxas de exclusividade, interação mãe-bebê mais rápida, termorregulação, diminuição da reatividade do estresse materno e neonatal / níveis de cortisol salivar mais baixos e redução da resposta da dor do recém-nascido durante procedimentos dolorosos.
Moore ER, Anderson GC.	Ensaio clínico randomizado	Avaliar os efeitos do CPP durante as primeiras 2 horas pós-parto em comparação com os cuidados padrão (cobertores) para a efetivação da amamentação (um mês de seguimento).	20	O CPP precoce aumentou o sucesso do aleitamento materno durante o período de pós-parto imediato.
Walters M, Boggs K, Ludington-Hoe S, Kimberly MP, Moorison B.	Descritivo	Determinar se os comportamentos maternos, a temperatura da pele e os valores de glicose no sangue podem ser influenciados pelo CPP no momento do nascimento em lactentes saudáveis de termo.	9	Não foi encontrado valores de hipotermia e glicemia fora dos níveis clinicamente aceitáveis, fornecendo segurança para o CPP. Evidenciaram-se experiências positivas de amamentação, a temperaturas dos RNs e os níveis de glicose no sangue foram

				cl clinicamente aceitáveis.
Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N	Revisão	Avaliar os efeitos do CPP precoce para RNs saudáveis em comparação com o contato padrão no estabelecimento e manutenção do AM e da fisiologia infantil.	38	Evidências apoiam o uso de CPP para promover a amamentação.
Hakala M, Kaakinen P, Kääriäinen M, Hannula L.	Estudo transversal	Descrever como a amamentação inicial e o CPP (Etapa 4 da IHAC) são implementados em maternidades.	383	Quanto mais cedo o CPP começar, mais cedo começa a primeira amamentação. As parteiras devem ajudar os bebês a obter CPP o mais rápido possível, após o nascimento, e ajudar as mães a começarem a amamentar.
Sharma A.	Ensaio clínico randomizado	Avaliar a eficácia do início do CPP na taxa de aleitamento materno exclusivo na 6ª semanas de idade entre RNs de termo nascidos por parto vaginal.	200	O CPP precoce melhorou significativamente a taxa de AM exclusivo na 6ª semanas de idade do RN. Um efeito adicional importante foi a diminuição da quantidade de dor que as mães do grupo experimental relatou durante o reparo da episiotomia.
Araújo MFM, Otto AFN, Schmitz BAS.	Transversal	Avaliar o cumprimento dos "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno" nos hospitais "Amigos da Criança".	137	O instrumento de pré-avaliação, mostrou que 92% dos HAC estudados continuavam cumprindo todos os "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno" preconizados pela UNICEF e a OMS.
Binfa L, Pantoja L,	Transversal	Descrever os resultados	3.009	O CPP entre mulher e RN imediatamente ao

Ortiz J, Cavada G, Schindler P, Burgos RY, et al.		obstétricos e neonatais dos binômios assistidos por parteiras, identificar o nível de bem-estar materno após ter experimentado cuidados de parteira em seis países da América Latina.		parto foi de 97% na Argentina, 95% no Peru, 91% no Brasil, 75% no Chile, 64% na República Dominicana e 58% no Uruguai. E 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.
Siqueira FPC, Colli M.	Descritivo	Identificar a prevalência do contato entre mãe e filho na 1ª hora de vida do bebê em um Hospital Amigo da Criança.	1.787	7% foram amamentadas ou tiveram o primeiro contato nos primeiros 30 minutos de vida; 24% entre 30 e 60 minutos de vida e 31,5%, após 60 minutos.
Moreira MEL, Gama SGND, Pereira APE, Silva AAMD, Lansky S, Pinheiro RDS.	Base hospitalar	Avaliar o cuidado ao RN saudável a termo e identificar variações nesse cuidado no atendimento ao parto e na 1ª hora de vida.	23.940	O CPP logo ao nascimento foi mais frequente na Região Sul (32,5%), assim como a oferta do seio materno na sala de parto (22,4%). Porém, as proporções de oferta do seio na sala de parto ainda são baixas em todas as regiões do Brasil (16,1%), sendo a menor proporção encontrada na Região Nordeste (11,5%). Nos hospitais com o título Amigo da Criança, a ida ao seio na sala de parto foi significativamente maior, mas ainda baixa (24%).
Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França	Revisão	Descreva os padrões presentes e as tendências passadas da amamentação em	28	101,1 milhão de crianças de baixa e média renda não foram amamentadas

GVA, Horton S, Krasevec J, Murch S, Sankar MJ, Walker N, Rollins NC.		todo o mundo, rever as consequências em curto prazo e em longo prazo para a criança e a mãe, estimar vidas potenciais salvas, aumentando a amamentação e resumindo informações sobre como a amamentação pode moldar de forma permanente a vida dos indivíduos.		de acordo com as normas internacionais. Mais de 80% dos neonatos recebem leite materno em quase todos os países. No entanto, cerca da metade começa AM dentro da 1ª hora de vida.
Sampaio ARR, Bousquat A, Barros C.	Transversal	Identificar a prevalência do cumprimento do quarto passo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança em uma maternidade pública do Nordeste brasileiro.	107	Das 107 puérperas entrevistadas, 9,3% realizaram o quarto passo adequadamente.
Robiquet P, Zamiara PE, Rakza T, Deruelle F, Mestdagh B, Blondel G, et al.	Transversal	Medir o tempo real do CPP nas primeiras 2 horas após o nascimento, estudar os eventos que ocorrem durante esse período e procure fatores relacionados à falta de amamentação.	30	56,7% foram interrompidas pelo menos duas vezes durante o CPP, principalmente para cuidados neonatais. A primeira interrupção ocorreu antes da primeira mamada em 60% dos casos.
Koopman I, Callaghan-Koru JA, Alaofin O, Argani CH, Farzin A.	Qualitativo	Fornecer informações sobre os fatores-chave da perspectiva do clínico que influenciam o CPP ininterrupto logo após o parto vaginal e cesariana de bebês saudáveis a termo.	11	Barreiras institucionais: conhecimento insuficiente do profissional sobre o CPP, número reduzido de profissionais disponíveis, pouco tempo decorrente da demanda hospitalar, pouca clareza quanto aos critérios de elegibilidade para o CPP. Em nível

				familiar: educação e motivação dos pais para a realização do CPP.
Ferrarello D, Hatfield L.	Qualitativo	Determinar a compreensão tanto das mães quanto das enfermeiras sobre as barreiras do CPP durante o pós-parto.	29	As barreiras mais frequentemente identificadas pelas mães eram visitantes na sala, outras pessoas querendo segurar o bebê e a preocupações de segurança relacionadas à sensação de grogue.
Vittner D, Cong X, Ludington SM, McGrath JM.	Transversal	Explorar o conhecimento, as atitudes e as práticas do CPP, para identificar lacunas na prática do conhecimento.	79	Os enfermeiros perinatais acreditam fortemente nas práticas do CPP, mas treinamento adicional em relação à implementação do mesmo é necessário.
Hubbard JM, Gattman KR.	Revisão	Fornecer informações sobre o CPP, incluindo sua história, benefícios, iniciação após a cesariana, barreiras e recomendações de prática de enfermagem.	76	Os enfermeiros devem confiar em sua capacidade de ensinar os pais sobre os benefícios e correto posicionamento do CPP e garantir um ambiente seguro para a sua realização. É vital que os profissionais sejam avaliados de forma frequente, e que o CPP seja monitorado e realizado com segurança. Uma barreira para o CPP inclui pressupostos dos profissionais acerca das preferências dos pacientes com base em seus antecedentes culturais ou de etnia.
Chan G, Bergelson I, Smith ER, Skotnes T.	Revisão	Explorar as barreiras e facilitadores da implementação do MC na perspectiva	86	Seis temas foram identificados como barreiras e facilitadores:

Wall S.		dos sistemas de saúde, com foco no profissional.		aceitação do MC e seus benefícios, apoio social e capacitação, tempo para treinar e fornecer MC, estado de saúde da mãe ou do bebê, disponibilidade de treinamento e recursos e o contexto sociocultural das políticas de cuidados ao RN.
Reeg JL, Lott T.	Relato de caso	Implementar o CPP em um HAC.		A prática do CPP contribui positivamente para a transição neonatal, aumenta o apego e promete benefícios em longo prazo para RN e família.
Chan GJ, Labar AS, Wall S, Atun R.	Revisão	Investigar os fatores que influenciam a adoção do cuidado MC em diferentes contextos.	112	O MC é uma intervenção complexa. O sucesso da implementação exige um alto envolvimento dos usuários e dos profissionais.
Napoli RA.	Qualitativo	Fornecer dados fundamentais para o CPP em um hospital comunitário.	54	A utilização dos 10 passos para o sucesso da amamentação desenvolvida pela OMS, as recomendações da AAP e a utilização da teoria da mudança de Lewin no desenvolvimento da política, criará e promoverá ambientes de trabalho que apoie a amamentação.
Gepilano D.	Descritivo e correlacional.	Determinar as percepções de enfermeiros perinatais sobre as barreiras à implementação do CPP no ambiente de	76	Ao avaliar pela primeira vez a cultura de enfermagem, os educadores podem implementar treinamento específico para as

		cuidados intensivos.		necessidades do grupo que eles servem.
Brown CE, Wickline MA, Ecoff L, Glaser D.	Transversal	Descrever as práticas, o conhecimento e as atitudes dos enfermeiros relacionados à enfermagem baseada em evidências e a relação das barreiras e facilitadores da prática baseada em evidências.	458	Qualquer tentativa bem sucedida de promover práticas baseadas em evidências deve considerar a pesquisa que aborda barreiras e facilitadores para a adoção da prática por enfermeiros. Portanto, identificar barreiras deve ser considerado um passo primário na implementação de mudanças na prática baseada em evidências.
Catafesta F, Zagonel IPS, Martins M, Venturi KK.	Qualitativo	Desvelar as percepções do ser puerpera sobre a amamentação diante do processo de transição ao papel materno.	19	A transição puerperal caracterizada também pela amamentação é percebida como um momento de intensas mobilizações do ser puerpera, em que dá sentido especial ao ato de amamentar.
Mikiel-Kostyra K, Mazur J, Boltruszko I.	Coorte	Verificar a influência do CPP ao nascimento na amamentação.	1.250	O CPP ao nascimento foi realizado por 81,6% da amostra. Foi evidenciado que somente 56 RNs permaneceram em CPP por pelo menos 30 minutos.
Phillips R.	Revisão	Evidenciar os benefícios do CPP precoce.	30	A separação de sua mãe produz estresse suficiente para ocasionar mudanças profundas e muitas vezes permanentes no sistema do RN, podendo persistir até a idade adulta.
Awi DD, Alikor EA.	Prospectivo	Determinar os fatores do pré-parto e pós-parto que podem influenciar no intervalo de	250	O reparo tardio da episiotomia foi associado ao CPP.

		tempo entre o parto até CPP.		
Chaiben MO.	Transversal	Conhecer a frequência do CPP e do AM em sala de parto de um HAC no sul do Brasil.	385	49 mulheres não realizaram o CPP. 30,6% RNs receberam alguma intervenção ao nascimento e não realizaram o CPP. 55 mulheres não amamentaram na 1ª hora. 41,8% dos RNs receberam alguma intervenção ao nascimento que impossibilitou o AM na 1ª hora.
Brasil.	Guia	Guia para profissionais da saúde para a atenção à Saúde do Recém-Nascido.		Se, ao nascimento, verifica-se que o RN é a termo apresenta boa vitalidade, o RN poderá ser mantido sobre o abdome e/ou tórax materno, usando o corpo da mãe como fonte de calor, garantindo-se que o posicionamento da criança permita movimentos respiratórios efetivos.
Riesco MLG, Fonseca RMGS.	Qualitativo	Elementos constitutivos da formação e inserção de profissionais não-médicos na assistência ao parto.	9	A falta da parteira contribui para o aumento das taxas de cesarianas, pois não há quem controle o trabalho de parto para que ele evolua normalmente. Além disso, a parteira poderia ajudar a tornar o nascimento e o parto menos medicalizados, humanizar a assistência e auxiliar na extensão de cobertura à saúde do grupo materno-

				infantil; a parteira, assumindo atribuições menos complexas na assistência obstétrica, liberaria o médico para realizar atividades especializadas e, recebendo remuneração menor que o médico, diminuiria os custos na prestação de serviços de saúde, tanto na rede pública, quanto na privada.
Monteiro JCS, Nakano AMS, Gomes FA.	Descritivo	Verificar a operacionalização do quarto passo em uma maternidade credenciada como Instituição Hospital Amigo da Criança, tendo por referência registros de prontuários de mulheres internadas para resolução da gestação na referida maternidade.	228	Em 51 (27.1%) casos foram realizadas episiotomias. A ocorrência de lesão do períneo, seja por episiotomia ou laceração, tem implicações na disposição que a mulher terá para proceder ao aleitamento após o parto, em razão das limitações da posição corporal e de seu desconforto.
Matos TA, Souza MS, Santos EKA, Velho MB, Seibert ERC, Martins NM.	Qualitativo	Compreender o significado do CPP precoce para o ser-mãe, identificar características do estabelecimento desse contato e contribuições da enfermagem.	9	O suporte profissional prestado no estabelecimento do CPP precoce mãe-filho, a promoção de ações de cuidado no ambiente envolvido e interação com o binômio visando à realização mínima de intervenções e auxílio no reconhecimento mãe-filho, podem ser o caminho para alcançar aquilo que se recomenda na atualidade e que

				possui evidente importância materna.
Nascimento NM, Progianti JM, Rachelli NI, Oliveira TR, Vargens OMC.	Qualitativo	Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: a percepção de mulheres.	12	O profissional deve incorporar em seu cuidado práticas que contribuam para que a mulher vivencie o processo do parto de maneira prazerosa.
Lau Y, Tha PH, Ho-Lim SST, Wong LY, Lim PI, Nurfarah BZMC, Shorey S.	Transversal	Determinar relações entre fatores intraparto, características neonatais, contato pele a pele e iniciação inicial da amamentação após a cirurgia vaginal e cesárea espontânea ou parto vaginal cirúrgico.	915	No grupo de parto vaginal espontâneo, as mulheres apresentaram menor probabilidade de iniciar a amamentação precoce quando seus neonatos apresentaram uma pontuação de Apgar <7 a 1 min. Os resultados demonstram a importância de priorizar o contato imediato de pele para pele para apoiar as mães para que o aleitamento materno comece com um bom começo.
Czeszyńska MB, Kowalik K.	Relato de caso	Avaliar a eficácia do programa atual de promoção da amamentação em RN de gravidez múltipla; definir os fatores responsáveis pela falha do início da amamentação, seu estabelecendo e/ou manutenção durante a internação.	122	57,4% dos bebês nasceram em boas condições de acordo com os escores de Apgar.
Monte GCSB, Leal LP, Pontes CM.	Transversal	Step 4 assessment of the promotion for breastfeeding in baby-friendly hospital.	80	Entre os motivos para a não realização do 4º passo para a promoção do aleitamento materno, a vitalidade do recém-nascido comprometida

				expressa pelo Apgar abaixo de seis, desconforto respiratório, hipoatividade e prematuridade, foi a principal causa.
Khadvizadeh T, Karimi A.	Ensaio clínico randomizado	Determinar os efeitos de CPP continua ao longo das primeiras 2 horas após o parto e o início da amamentação.	92	O contato precoce e contínuo nas 2 primeiras horas após o nascimento facilita a primeira experiência de amamentação bem-sucedida que pode promover o sucesso da amamentação no futuro.
Faleiros FTV, Trezza EMC, Carandina L.	Revisão	Factors influencing breastfeeding decision and duration.		O sistema de alojamento conjunto tem como objetivo principal fortalecer o vínculo mãe-filho e estimular a prática do aleitamento materno.
Pillegi MC, Policastro A, Abramovici S, Cordioli E, Deutsch AD'A.	Estudo retrospectivo	Identificar a prevalência e os fatores limitantes da amamentação na 1ª hora de vida na Maternidade do Hospital Israelita Albert Einstein, onde o modelo predominante de assistência ao parto faz amplo emprego da tecnologia moderna.	8.893	A prevalência da amamentação na 1ª hora de vida foi, portanto, de 74,3%. Deve-se ressaltar a importância das ações educativas serem iniciadas no pré-natal, tanto nos consultórios médicos como nos cursos de preparo para o parto e se estenderem até o parto. A paciente orientada estará mais motivada a amamentar logo após o parto. O papel da equipe de enfermagem é fundamental nesse processo, pois pode agir como facilitadora e atuar junto às equipes médicas, buscando informá-las,

				sensibilizá-las e integrá-las ao programa de incentivo, promoção, e apoio à amamentação na primeira hora de vida.
Marinho C, Leal IP.	Transversal	Investigar as atitudes de técnicos de saúde em relação ao aleitamento materno.	107	Os resultados obtidos revelam a existência de atitudes muito positivas face ao aleitamento materno entre os profissionais de saúde inquiridos. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) nas atitudes em função da profissão, do local de trabalho e da especialidade de enfermagem.
Haile ZT, Elmasry M, Chavan B, Azulay Chertok IR.	Transversal	Examinar a influência do tipo de parto para a AM.	2.026	A análise bivariada mostrou associação estatisticamente significativa entre o tipo de profissional de saúde no nascimento e a amamentação exclusiva na alta hospitalar.
Amorim MMR, Maia SB, Leite DFB, Araújo IRS, Melo FO, Alves JN, Barros ES, Medeiros GJC, Albuquerque DMRA, Albuquerque FCL.	Estudo de intervenção	Descrever os resultados perinatais obtidos em um projeto de Humanização da Assistência ao Parto no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida.	181	A assistência com o mínimo de intervenções promove resultados perinatais favoráveis e, assim, deve servir de estímulo à implementação de práticas humanizadas para atendimento neonatal nas maternidades do SUS.
Crenshaw JT.	Revisão	Analisar a influência do CPP precoce para a amamentação e	40	Recomenda-se o CPP ininterrupto após o nascimento por via

		criação do vínculo.		vaginal e cesariana, para todas as mães e bebês estáveis, independentemente da preferência alimentar. O tempo e a duração do CPP também influenciam os resultados da amamentação.
--	--	---------------------	--	---

10 ANEXOS

10.1 ANEXO 1

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONTATO PELE A PELE AO NASCIMENTO: BARREIRAS E FACILITADORES NA PRÁTICA ASSISTENCIAL

Pesquisador: MARIANA BUENO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 67797917.3.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.070.714

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pós-graduação que pretende identificar as barreiras e os fatores facilitadores da prática do contato pele a pele no período imediato ao nascimento, em um hospital amigo da criança. Os dados serão coletados em um hospital público do município de São Paulo (Hospital Municipal de Campo Limpo/ Hosp. Municipal Fernando Mauro Pires da Rocha). Serão incluídas puérperas e seus RN de termo, saudáveis, nascidos de parto vaginal não instrumental; serão excluídos binômios que apresentem complicações clínicas que impeçam a realização do contato pele a pele. A amostra será composta por 78 binômios, sendo que os dados serão coletados a partir de prontuários clínicos de puérperas e seus RN e por intermédio de observação.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar as barreiras e os facilitadores da prática do contato pele a pele, no período imediato ao nascimento, em um hospital amigo da criança.

Objetivo Secundário:

Determinar a frequência de RN que receberam o contato pele a pele ao nascimento. Verificar o tempo de permanência em contato pele a pele, no local de nascimento. Verificar as práticas de cuidado ao RN.

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

Continuação do Parecer: 2.070.714

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos relacionados a este estudo envolvem desconforto durante a observação do parto e do recém-nascido.

Benefícios:

Os benefícios do estudo envolvem contribuir para que, futuramente, a prática do contato pele a pele seja realizada com mais frequência e a um maior número de mães e bebês ao nascimento, o que favorece o vínculo entre o binômio e a amamentação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresentada aborda tema relevante para a prática assistencial dos cuidados no parto. Não propõe intervenção específica e os dados serão coletados a partir dos prontuários das participantes e da observação clínica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os termos obrigatórios. A folha de rosto, o cronograma e o orçamento estão adequados.

Foram apresentados os termos de Consentimento livre e esclarecido para as participantes, para o responsável legal e o Termo de assentimento para participantes adolescentes.

Em todos os termos, no que diz respeito à indenização, verifica-se a seguinte informação: "Há garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes diretamente da pesquisa, COMPROVADOS JURIDICAMENTE." (Destaque nosso). Não é apropriado utilizar estes termos neste tipo de documento, solicita-se adequação substituindo por: "Caso ocorra qualquer dano decorrente diretamente desta pesquisa, o direito à indenização está garantido."

O termo de consentimento para profissionais foi apresentado. Não foram encontrados dados a serem coletados sobre os profissionais, portanto questiona-se: os profissionais serão entrevistados? A adequação da prática do profissional será avaliada? Solicitam-se esclarecimentos. Caso não sejam utilizados dados dos profissionais, sugere-se a exclusão desse documento ou, caso desejem manter alguma documentação dessa natureza, mudar sua denominação para termo de anuência, pois os profissionais não serão participantes da pesquisa, mas colaboradores.

Recomendações:

Não há.

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 2.070.714

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Providenciar adequações aos termos apresentados.

Esclarecer a participação dos profissionais de saúde e adequar ou retirar os documentos relacionados

Considerações Finais a critério do CEP:

- Aguarda-se as respostas às pendências assinaladas num prazo máximo de 30 dias, após esse período o processo será arquivado.

- Favor salientar as modificações realizadas nos documentos, para que os mesmos não tenham que ser lidos na íntegra novamente.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_908193.pdf	30/04/2017 22:36:52		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_puerpera.docx	30/04/2017 22:35:54	MARIANA BUENO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE.docx	30/04/2017 22:35:36	MARIANA BUENO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_profissional.docx	30/04/2017 20:58:54	MARIANA BUENO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_resposavel_legal.docx	30/04/2017 20:58:33	MARIANA BUENO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDissertacao_CEP.docx	30/04/2017 20:53:53	MARIANA BUENO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto.pdf	30/04/2017 20:53:14	MARIANA BUENO	Aceito
Outros	Instrumentocoletadados.docx	24/04/2017 15:41:12	MARIANA BUENO	Aceito

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cep@usp.br

Continuação do Parecer: 2.070.714

Outros	Autorizacaocoletadados.pdf	24/04/2017 15:39:07	MARIANA BUENO	Aceito
--------	----------------------------	------------------------	---------------	--------

Situação do Parecer:

Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 18 de Maio de 2017

Assinado por:
Marcelo José dos Santos
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cspea@usp.br

10.2 ANEXO 2

<p align="center">HOSPITAL MUNICIPAL DR. FERNANDO MAURO PIRES DA ROCHA / HOSPITAL</p>
---	---

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONTATO PELE A PELE AO NASCIMENTO: BARREIRAS E FACILITADORES NA PRÁTICA ASSISTENCIAL

Pesquisador: MARIANA BUENO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 07797917.3.3001.5452

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.157.604

Apresentação do Projeto:

Apresentado de forma clara e objetiva.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar as barreiras e os facilitadores da prática do contato pele a pele, no período imediato ao nascimento, em um hospital amigo da criança.

Objetivo Secundário:

Determinar a frequência de RN que receberam o contato pele a pele ao nascimento. Verificar o tempo de permanência em contato pele a pele, no

local de nascimento. Verificar as práticas de cuidado ao RN.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos relacionados a este estudo envolvem desconforto durante a observação do parto e do recém-nascido.

Benefícios:

Os benefícios do estudo envolvem contribuir para que, futuramente, a prática do contato pele a

Endereço: Estrada de Itapeperica, nº 1661

Bairro: Vila Maracanã

CEP: 05.835-005

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3394-7506

Fax: (11)3394-7512

E-mail: smensouza@prefeitura.sp.gov.br

HOSPITAL MUNICIPAL DR.
FERNANDO MAURO PIRES DA
ROCHA / HOSPITAL

Continuação do Parecer: 2.157.604

pele seja realizada com mais frequência e a um maior número de mães e bebês ao nascimento, o que favorece o vínculo entre o binômio e a amamentação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Tema de extrema relevância para comunidade científica, bem como irá contribuir para a melhoria da assistência das puérperas e RN.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Atende aos critérios.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_908193.pdf	29/05/2017 10:33:23		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_ANUENCIA.docx	29/05/2017 10:32:31	MARIANA BUENO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLERL_Dissertacao.docx	29/05/2017 10:32:24	MARIANA BUENO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_Dissertacao.docx	29/05/2017 10:32:07	MARIANA BUENO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Dissertacao.docx	29/05/2017 10:31:55	MARIANA BUENO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Dissertacao_V2.docx	29/05/2017 10:30:58	MARIANA BUENO	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_908193.pdf	30/04/2017 22:36:52		Aceito

Endereço: Estrada de Itapeceira, nº 1661

Bairro: Vila Maracanã

CEP: 05.835-005

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3394-7506

Fax: (11)3394-7512

E-mail: smensouza@prefeitura.sp.gov.br

HOSPITAL MUNICIPAL DR.
FERNANDO MAURO PIRES DA
ROCHA / HOSPITAL

Continuação do Parecer: 2.157.604

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_puerpera.docx	30/04/2017 22:35:54	MARIANA BUENO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE.docx	30/04/2017 22:35:38	MARIANA BUENO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_profissional.docx	30/04/2017 20:58:54	MARIANA BUENO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_resposavel_legal.docx	30/04/2017 20:58:33	MARIANA BUENO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDissertacao_CEP.docx	30/04/2017 20:53:53	MARIANA BUENO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto.pdf	30/04/2017 20:53:14	MARIANA BUENO	Aceito
Outros	Instrumentocoletadados.docx	24/04/2017 15:41:12	MARIANA BUENO	Aceito
Outros	Autorizacaocoletadados.pdf	24/04/2017 15:39:07	MARIANA BUENO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 05 de Julho de 2017

Assinado por:
basilio de almeida milani
(Coordenador)

Endereço: Estrada de Itapeverica, nº 1661

Bairro: Vila Maracanã

CEP: 05.835-005

UF: SP **Município:** SAO PAULO

Telefone: (11)3394-7506

Fax: (11)3394-7512

E-mail: smensouza@prefeitura.sp.gov.br

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE COLETA DE DADOS NO HOSPITAL MUNICIPAL DR. FERNANDO MAURO PIRES DA ROCHA – CAMPO LIMPO E DE COMPROMISSO DE CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS COLETADOS

São Paulo, ____ de Abril de 2017

Ilma. Dra. Greice Chetta

Diretora Clínica do Hospital Municipal Dr. Fernando Mauro Pires da Rocha

E

Ilma. Dra. Maria de Fátima Teixeira de Souza

Coordenadora de Enfermagem do Hospital Municipal Dr. Fernando Mauro Pires da Rocha

Nós, Rosely Sayuri Kuamoto, aluna de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), e Mariana Bueno, Profª. Drª. da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), solicitamos vossa autorização para coleta de dados a ser realizada no referido hospital, relacionada à pesquisa “Contato pele a pele ao nascimento: barreiras e facilitadores na prática assistencial”.

Ressaltamos que em anexo se encontra o projeto de pesquisa em submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e que não será iniciado a coleta até que se obtenha parecer favorável dos CEP/EEUSP e do hospital.

A coleta se dará no pré-parto, parto, e pós-parto. Os dados do pré-parto e parto serão obtidos a partir do prontuário materno e do prontuário neonatal, e os dados do pós-parto serão obtidos através da observação direta da pesquisadora sobre o contato pele a pele. Trata-se de um estudo observacional, então não haverá perguntas ou questionários.

Comprometemos-nos a manter o sigilo dos dados coletados que possam vir a identificar as mulheres e seus conceitos, e os profissionais que prestarem assistência.

Informamos que já foi feito contato com a Dra. Luiza Helena Madureira, responsável pela UTIN, e com a supervisão de enfermagem do CEJAM, nas pessoas da Dra. Miriam Siqueira e Dra. Isabel Cristina, que anuíram com a pesquisa a ser realizada. Após as vossas anuências o projeto também será repassado para a Coordenação do Programa Parto Seguro do CEJAM, na pessoa da Dra. Anália Basile, antes do projeto ser encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP e do Hospital.

Gratas pela vossa atenção, colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos que se façam necessários.

Atenciosamente,

Rosely Sayuri Kuamoto

Profª. Drª. Mariana Bueno

De acordo

Greice Ap. Chetta de Almeida
Dra. Greice Ap. Chetta de Almeida
Diretora Clínica
CRM 69785

Prefeitura de São Paulo
Secretaria da Saúde
Autarquia Hospitalar Municipal
Hospital Municipal Dr. Fernando Mauro Pires da Rocha

Comissão de Ética e Pesquisa ou CEP

Assunto: Autorização de entrada

À Diretoria Administrativa / Recepção / Base de Segurança

Encaminho esse documento referente à autorização de entrada no Hospital Municipal do Campo Limpo, P.S.G.O. – andar térreo para a coleta de dados da de pesquisa aprovada por essa comissão e pelo Dr. Basilio de Almeida Milani – Coordenador do C.E.P. – Comitê de Ética e Pesquisa da professora Mariana Bueno, projeto " Contato pele a pele ao nascimento: Barreiras e facilitadores na prática assistencial" .

A pesquisa será realizada pela aluna - **Rosely Sayuri Kuamoto – RG 35.897.988-2** , das 06h00 às 06h00, (Período Diurno e Período Noturno) de segunda a segunda até dia **30/11/2017**.

Agradeço a compreensão e estamos à disposição para possíveis esclarecimentos.

Atenciosamente,

Graciela Chato de Rocha
Coordenadora de Pesquisa
C.E.P. - 48794