

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

BRENDA CRISTINY PADILHA

CONTATO PELE A PELE E AMAMENTAÇÃO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA:
FATORES RELACIONADOS

PONTA GROSSA

2021

BRENDA CRISTINY PADILHA

CONTATO PELE A PELE E AMAMENTAÇÃO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA:
FATORES RELACIONADOS

Dissertação apresentada para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde na Universidade Estadual de Ponta Grossa, Área de Assistência Interdisciplinar em Saúde, Linha de pesquisa Assistência Integral à Saúde e Qualidade de Vida.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Fabiana Bucholdz Teixeira Alves

Coorientadora: Prof^a Ana Claudia G. C. Kluthcovsky

PONTA GROSSA

2021

P123 Padilha, Brenda Cristiny
Contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida: fatores relacionados / Brenda Cristiny Padilha. Ponta Grossa, 2021.
78 f.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde - Área de Concentração: Atenção Interdisciplinar em Saúde), Universidade Estadual de Ponta Grossa.

Orientadora: Profa. Dra. Fabiana Bucholdz Teixeira Alves.
Coorientadora: Profa. Dra. Ana Claudia Garabeli Cavalli Kluthcovsky.

1. Período pós-parto. 2. Aleitamento materno. 3. Recém-nascido. 4. Saúde materno-infantil. I. Alves, Fabiana Bucholdz Teixeira. II. Kluthcovsky, Ana Claudia Garabeli Cavalli. III. Universidade Estadual de Ponta Grossa. Atenção Interdisciplinar em Saúde. IV.T.

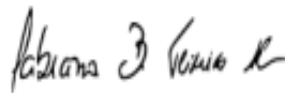
CDD: 612.664

BRENDA CRISTINY PADILHA

**CONTATO PELE A PELE E AMAMENTAÇÃO NA PRIMEIRA HORA DE
VIDA: FATORES RELACIONADOS**

Dissertação apresentada para obtenção do título de mestre em Ciências da Saúde na
Universidade Estadual de Ponta Grossa, Área de Atenção Interdisciplinar em Saúde.

Ponta Grossa, 21 de setembro de 2021.



Prof. Dr. Fabiana Bucholdz Teixeira Alves – Orientador
Ciências Odontológicas, com área de concentração em Odontopediatria
Universidade Estadual de Ponta Grossa



Profª. Dra. Ana Paula Xavier Ravelli - Membro titular
Doutorado em Enfermagem, área de concentração em Filosofia, Saúde e Sociedade
Universidade Estadual de Ponta Grossa



Prof. Dr. Cristina Ide Fujinaga
Doutor em Enfermagem em Saúde Pública
Universidade Estadual do Centro-Oeste

Dedico esse estudo primeiramente a Deus por ser o responsável por tudo e estar sempre me fortalecendo. Aos meus pais Elaine e Osni, que são minha força e inspiração na minha vida. Ao meu noivo Thiago, que sempre me apoiou e incentivou nas minhas conquistas. A minha irmã Ana Maria e avó Ana Rita que estiveram ao meu lado nesta etapa. E a minha sogra e sogro, que sempre me incentivaram.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que foi o responsável por todas as minhas conquistas e que me deu forças para vencer todas as dificuldades.

Agradeço aos meus pais Elaine e Osni, que são os responsáveis pelo que me tornei hoje, que não mediram esforços para me proporcionar o melhor em toda minha vida, são minha inspiração e meu espelho de caráter e determinação.

Agradeço ao meu noivo Thiago, amor da minha vida, pela paciência e compreensão, por ter caminhado ao meu lado me incentivando e levantando nos momentos difíceis.

Agradeço a minha avó Ana Rita que sempre me proporcionou muito amor e cuidado e acreditou em mim e no meu potencial.

Agradeço a minha irmã Ana Maria, que esteve ao meu lado e me ajudou nesta etapa.

Agradeço a todos os meus amigos e familiares que estiveram ao meu lado de forma direta e indireta, obrigada pelo apoio e carinho.

Agradeço a minha orientadora Fabiana Bucholdz Teixeira Alves, pela orientação prestada, paciência, pelo incentivo, pela presença nesta grande etapa da minha vida.

Agradeço a Jessica Galvan, uma pessoa e profissional iluminada, que me auxiliou na coleta de dados e nas correções do trabalho.

Agradeço a Priscila, Sabrina, Alessandra e Jéssica, companheiras do mestrado, obrigada pela amizade construída e pelo incentivo.

Agradeço a todos os pesquisadores envolvidos no estudo, funcionários do hospital que possibilitaram que a pesquisa fosse desenvolvida, aos professores que ministraram durante o período de aulas do mestrado e aos colegas do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, que em sua diversidade de profissões me permitiram enxergar a importância da interdisciplinaridade.

A Universidade Estadual de Ponta Grossa, que possibilitou a minha formação.

“Tudo posso naquele que me fortalece”
Filipenses 4.13

RESUMO

Diante dos benefícios que o contato pele e amamentação na primeira hora vida proporcionam para a mãe e seu recém-nascido, torna-se necessário conhecer e compreender os fatores de proteção e barreiras destas duas práticas. O objetivo do estudo consistiu em identificar os fatores relacionados à prática do contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida. Tratou-se de uma pesquisa de caráter transversal, com abordagem quantitativa em um Hospital Escola do sul do Paraná, tendo como sujeito do estudo, puérperas e seus respectivos RN em alojamento conjunto, após 24 horas do nascimento. Para a coleta de dados, utilizou-se um questionário semiestruturado com perguntas fechadas que abordavam características sociais, gestacionais, do pré-natal, trabalho de parto, parto, pós-parto das puérperas e características do RN; um formulário de Observação e Avaliação da Mamada adaptado conforme o preconizado pela Organização Mundial da Saúde e Fundo das Nações Unidas para a Infância, bem como coletou-se algumas informações dos prontuários. Um total de 405 puérperas participaram do estudo e destas, 281 realizaram contato pele a pele e 333 amamentaram dentro da primeira hora de vida. Dentre os fatores analisados, algumas variáveis evidenciaram uma relação significativa com o contato pele a pele ou com a amamentação, tais como: orientação sobre contato pele a pele e orientação da importância da amamentação logo após o parto no pré-natal, métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto, tipo de parto, local do parto, profissional que assistiu o parto, posição do parto, Apgar no 1º minuto, Apgar no 5º minuto, intercorrência neonatal, amamentação antes ou após os cuidados pelo pediatra, intercorrência materna, uso de complemento, sinais de dificuldade na amamentação e orientação sobre o contato pele a pele e amamentação no hospital. Concluiu-se a relevância da identificação dos diversos fatores facilitadores e de barreiras relacionadas com a prática do contato pele a pele e da amamentação dentro da primeira hora de vida, a fim de serem conhecidos pelos profissionais, pela mãe e seu acompanhante para que estimulem práticas que colaborem no aumento da realização dos cuidados essenciais no nascimento, principalmente relacionados a primeira hora de vida.

Palavras-chave: Período pós-parto. Aleitamento materno. Recém-nascido. Saúde Materno-Infantil.

ABSTRACT

Given the benefits that skin contact and breastfeeding in the first hour of life provide for the mother and her newborn, it is necessary to know and understand the protective factors and barriers of these two practices. The aim of the study was to identify factors related to the practice of skin-to-skin contact and breastfeeding in the first hour of life. It was a cross-sectional study, with a quantitative approach in a Teaching Hospital in southern Paraná, with the subject of the study, mothers and their respective NB in rooming-in, 24 hours after birth. For data collection, we used a semi-structured questionnaire with closed questions that addressed social, gestational, prenatal, labor, delivery, postpartum and newborn characteristics; a Breastfeeding Observation and Assessment form adapted as recommended by the World Health Organization and the United Nations Children's Fund, as well as some information was collected from the medical records. A total of 405 postpartum women participated in the study and of these, 281 made skin-to-skin contact and 333 breastfed within the first hour of life. Among the factors analyzed, some variables showed a significant relationship with skin-to-skin contact or breastfeeding, such as: guidance on skin-to-skin contact and guidance on the importance of breastfeeding right after delivery in prenatal care, non-pharmacological methods of pain relief in labor, type of delivery, place of birth, professional who attended the birth, position of birth, Apgar in the 1st minute, Apgar in the 5th minute, neonatal complications, breastfeeding before or after care by the pediatrician, maternal complications, use of complement, signs of difficulty in breastfeeding and guidance on skin-to-skin contact and breastfeeding in the hospital. The importance of identifying the various facilitating factors and barriers related to the practice of skin-to-skin contact and breastfeeding within the first hour of life was concluded, in order to be known by professionals, by the mother and her companion so that they encourage practices that collaborate in increasing the performance of essential care at birth, especially related to the first hour of life.

Keywords: Postpartum period. Breastfeeding. Newborn. Maternal and Child Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	– Fluxograma PRISMA dos processos de seleção e inclusão dos estudos.....	17
Quadro 1	– Artigos incluídos na Revisão de escopo (n=18).....	18
Quadro 2	– Variáveis Dependentes, Dicotomização das Variáveis e Variáveis Independentes.....	32

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Variáveis relacionadas às características sociais das puérperas entrevistadas no (n=405).....	HU-UEPG 33
Tabela 2 –	Variáveis relacionadas às características gestacionais das puérperas entrevistadas no (n=405).....	HU-UEPG 33
Tabela 3 –	Variáveis relacionadas às características do trabalho de parto e parto das puérperas entrevistadas no (n=405).....	HU-UEPG 35
Tabela 4 –	Variáveis relacionadas às características dos recém-nascidos das puérperas entrevistadas no (n=405).....	HU-UEPG 35
Tabela 5 –	Variáveis relacionadas às características do pós-parto das puérperas entrevistadas no (n=405).....	HU-UEPG 37
Tabela 6 –	Variáveis relacionadas à prática do contato pele a pele logo após o parto e amamentação dentro da primeira hora pós-parto das puérperas entrevistadas no (n=405).....	HU-UEPG 38
Tabela 7 –	Variáveis relacionadas às características sociais das puérperas entrevistadas no HU-UEPG segundo as variáveis dependentes “Contato pele a pele logo após o parto” e “Amamentação dentro da primeira hora de vida” (n=405)	38
Tabela 8 –	Variáveis relacionadas às características gestacionais das puérperas entrevistadas no HU-UEPG segundo as variáveis dependentes “Contato pele a pele logo após o parto” e “Amamentação dentro da primeira hora de vida” (n=405)	39
Tabela 9 –	Variáveis relacionadas às características do trabalho de parto e parto das puérperas entrevistadas no HU-UEPG segundo as variáveis dependentes “Contato pele a pele logo após o parto” e “Amamentação dentro da 1ª hora de vida” (n=405)	42
Tabela 10 –	Variáveis relacionadas às características dos recém-nascidos das puérperas entrevistadas no HU-UEPG segundo as variáveis dependentes “Contato pele a pele logo após o parto” e “Amamentação dentro da primeira de vida” (n=405)	44
Tabela 11 –	Variáveis relacionadas às características do pós-parto das puérperas entrevistadas no HU-UEPG segundo as variáveis dependentes “Contato pele a pele logo após o parto” e “Amamentação dentro da primeira de vida” (n=405)	46

Tabela 12 –	Relação da prática do contato pele a pele logo após o parto com a amamentação dentro da primeira de vida das puérperas entrevistadas no HU-UEPG (n=405)	48
Tabela 13 –	Variáveis relacionadas a observação e avaliação da mamada das puérperas entrevistadas no HU-UEPG segundo as variáveis dependentes “Contato pele a pele logo após o parto” e “Amamentação dentro da primeira hora de vida” (n=405)	49

LISTA DE SIGLAS

AME	Aleitamento materno exclusivo
CPP	Contato pele a pele
DECS	Descritores em Saúde
HURCG	Hospital Universitário da Universidade Estadual de Ponta Grossa /HU – UEPG
HPP	Hemorragia Pós-Parto
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
RN	Recém-nascido
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
TP	Trabalho de parto
VO	Violência Obstétrica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	15
2.1 GERAL	15
2.2 ESPECÍFICOS	15
3 REVISAO DE ESCOPO	16
3.1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA REVISÃO	16
3.2 RESULTADOS	17
3.3 DISCUSSÃO	23
3.3.1 Parâmetros maternos pós-parto.....	23
3.3.2 Transição neonatal	25
3.3.3 Contato pele a pele e amamentação	26
3.3.4 Adesão ao contato pele a pele	27
3.4 CONCLUSÃO	29
4 ESTUDO TRANSVERSAL	30
4.1 MATERIAL E MÉTODO	30
4.1.1 Tipo, local de estudo e amostra	30
4.1.2 Coleta de dados	30
4.1.3 Análise de Dados	31
4.1.4 Aspectos Éticos	32
4.2 RESULTADOS	32
4.2.1 Caracterização dos sujeitos da pesquisa	33
4.2.2 Relação das variáveis dependentes e independentes	38
4.3 DISCUSSÃO	50
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
REFERÊNCIAS	62
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	71
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE PESQUISA	72
ANEXO A – FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO E AVALIAÇÃO DA MAMADA ...	74
ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	75

1 INTRODUÇÃO

A transição do recém-nascido (RN) do útero materno ao meio externo engloba inúmeros processos fisiológicos de adaptação, os quais podem ser atenuados por meio de práticas realizadas na primeira hora de vida, período conhecido como “*golden hour*” ou hora dourada/hora de ouro. Consiste em um conjunto de práticas a serem realizadas na primeira hora de vida do bebê, iniciando logo após o nascimento se ambos em condições clinicamente estáveis, com o clampeamento tardio do cordão umbilical, contato pele a pele e estímulo a amamentação (PHILLIPS et al., 2013; CARVALHO; ZANGÃO, 2014; NECZYOIR; HOLLEY, 2017).

A hora dourada quando realizada por meio de protocolos institucionais é capaz de aumentar os níveis de amamentação, redução de mortalidade materna e neonatal, aumento do vínculo entre mãe e bebê. Além disso, trata-se de uma prática de baixo custo e que considerando os inúmeros benefícios à mãe e bebê, pode diminuir os gastos hospitalares (NECZYOIR; HOLLEY, 2017).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o CPP consiste em colocar o RN nu em decúbito ventral no peito nu da mãe de forma imediata, dentro de cinco minutos após o parto, com a permanência do RN nesta posição por pelo menos uma hora, como recomendado pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), a qual encoraja as mães a reconhecer quando o bebê está pronto para amamentar e promover o apoio necessário (WHO; UNICEF, 2018). O Ministério da Saúde (MS) por meio da Portaria nº 371 de maio de 2014, preconiza que a prática do CPP deve ser iniciada precocemente (BRASIL, 2014), incentivado ainda pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) a todos os RN respirando ou chorando e com tónus muscular, independentemente do aspecto do líquido amniótico ao nascimento (SBP, 2018).

O CPP e aleitamento materno na primeira hora de vida são fatores protetores sobre a morte neonatal e tem benefícios tanto para a mãe quanto para o RN (GROUP, 2016). O CPP promove para a mãe a diminuição nos níveis de ansiedade, dor, estresse, fadiga, depressão, hemorragia pós-parto (HPP), bem como o aumento da satisfação e autoestima. Enquanto para o RN favorece a melhora da adaptação, a colonização da pele devido o contato com a mãe, estabilização da glicose e da temperatura, diminuição nos níveis de cortisol e das taxas de mortalidade infantil (CHERMONT et al., 2009; LACARRUBBA et al., 2011; AGHDAS; TALAT; SEPIDEH, 2014; STEVENS et al., 2014; ESSA; ISMAIL, 2015; MOORE et al., 2016; CSASZAR-NAGY; BOKKON, 2018).

O aleitamento materno dentro da primeira hora possui vantagens na diminuição do risco de HPP, que é a primeira causa de mortalidade materna, menor risco de mortalidade neonatal, produção de anticorpos no RN e o aumento na duração do aleitamento materno exclusivo (AME) (ODDY, 2013; SAXTON et al., 2015; GROUP, 2016; MOORE et al., 2016; LONNERDAL et al., 2017).

Apesar da literatura enumerar todos esses diversos benefícios, o CPP iniciado imediatamente após o nascimento e a amamentação dentro da primeira hora de vida ainda não são práticas rotineiras em diversas instituições de saúde, e frequentemente mãe e bebê ainda são separados ao nascer, sendo vestidos rapidamente ou colocados em berços aquecidos, o que dificulta o CPP ou o reduz para uma ação rápida e tardia (MOORE et al., 2016). Nota-se que existem barreiras que impedem ou dificultam estas práticas, tais como as condições do local, conduta médica, falta de tempo, orientação dos profissionais e desconhecimento das suas vantagens pelos pais e equipe (STEVENS et al., 2014; ZWEDBERG; BLOMQUIST; SIGERSTAD, 2015).

O CPP vem sendo colocado na literatura há anos e mesmo com evidências científicas que mostram a sua importância (MOORE et al., 2016), ainda não é realizado com as mães e RN, assim como não é incentivada a amamentação em CPP ou dentro da primeira hora de vida. Frente ao exposto torna-se necessária a realização de estudos relacionados aos fatores que envolvem o CPP iniciado imediatamente após o parto e a amamentação iniciada na primeira hora de vida. Assim, profissionais e o núcleo familiar poderão ser sensibilizados e conhecer os benefícios desta prática, bem como as barreiras que os impedem e a identificação dos facilitadores para a inserção na rotina neste momento especial e único, que é o nascimento.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Identificar os fatores relacionados à prática do CPP imediatamente após o parto e da amamentação iniciada dentro da primeira hora de vida.

2.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar as puérperas do estudo quanto às variáveis sociais, gestacionais, do trabalho de parto/parto e pós-parto;
- Caracterizar os recém-nascidos quanto ao sexo, peso, escore de APGAR e intercorrências;
- Verificar a frequência da prática do CPP imediatamente após o parto e da amamentação iniciada dentro da primeira hora de vida.

3 REVISAO DE ESCOPO

3.1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA REVISÃO

Para a revisão, foram percorridas cinco etapas: identificação da questão de pesquisa: “Quais estudos identificados na literatura sobre o CPP iniciado dentro da primeira hora de vida?”; busca por estudos relevantes; seleção de estudos; extração dos dados; e agrupamento, resumo e apresentação dos resultados (ARKSEY; O’MALLEY, 2005; LEVAC; COLQUHOUN; O’BRIEN, 2010).

O levantamento bibliográfico foi realizado no período de maio a junho de 2020 por meio da palavra-chave “*skin-to-skin contact*” nas bases de dados *Cochrane Library*, *PubMed*, *Scopus*, e *Web of Science*. Portanto, com uma única palavra-chave, mesmo não presente no DECS (Descritores em saúde), o intuito foi de filtrar o maior número de estudos que trazem para a posterior discussão o uso do conceito principal “*skin-to-skin contact*”, e não qualquer outro termo que a literatura pode apresentar como sendo equivalente.

Os critérios de elegibilidade englobaram estudos publicados entre os anos 2010-2020, em inglês, espanhol e português, nos quais a prática do CPP foi iniciada dentro da primeira hora após o nascimento, avaliada individualmente e estudos que incluíram a definição usada para o CPP. Os critérios de exclusão foram os estudos de revisão, anais de conferências, publicações não arbitradas, impossibilidade de obtenção do texto completo, estudos que não avaliaram o CPP ou quando a prática iniciou após a primeira hora de vida. Na primeira etapa foram analisados títulos e resumos com o objetivo de identificar estudos que correspondessem aos critérios pré-estabelecidos.

Os artigos selecionados com base nos critérios de elegibilidade ou em que o título e resumo não descrevesse o momento em que a prática foi realizada ou não continham detalhes fundamentais para definir sua inclusão, foram selecionados para a leitura na íntegra. Dois examinadores independentes realizaram a busca eletrônica, seleção dos estudos e a extração de dados, e discordâncias foram elucidadas por um terceiro revisor. Para a extração dos dados, as informações dos artigos foram compiladas e organizadas em tabela de *Excel* e após, foram elencados temas principais com base nos achados para apresentação dos resultados dos artigos incluídos.

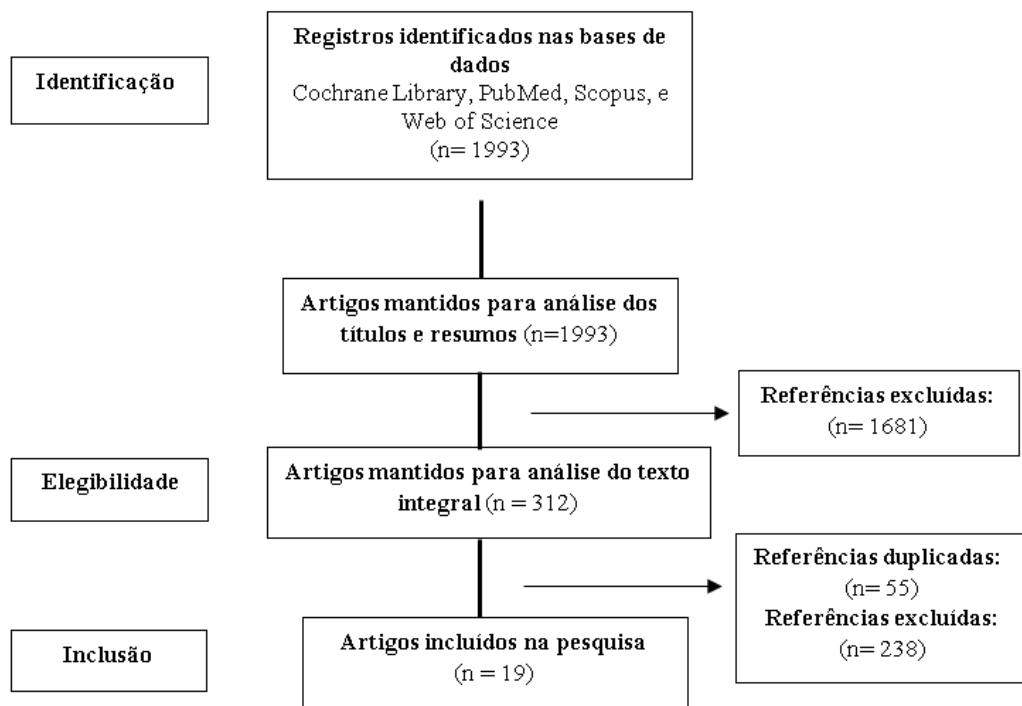
A triagem inicial foi realizada mediante a leitura de título e resumo dos estudos localizados, dos quais 1.681 foram excluídos por fuga ao escopo previamente estabelecido. Após a leitura na íntegra dos 312 artigos selecionados na primeira etapa, 55 artigos foram excluídos por motivo de duplicada e 239 por não corresponderem aos critérios de elegibilidade

aplicados. Ao final do processo, um total de 18 estudos foram considerados elegíveis e foram incluídos na amostra final. Durante a extração de dados foram registrados: nome do primeiro autor, ano de publicação, o número da população incluída no estudo, objetivo, a definição usada para CPP e os desfechos/conclusões (Quadro 1).

3.2 RESULTADOS

Um total de 1.993 estudos foram identificados por meio da busca nas bases de dados, conforme o fluxograma abaixo (Figura 1):

Figura 1 – Fluxograma PRISMA dos processos de seleção e inclusão dos estudos



Fonte: a autora (2020).

Quadro 1 – Artigos incluídos na Revisão de Escopo (n=18)

(continua)

Autores e ano	População (n)/ País	Objetivo	Intervenção - Como o CPP foi realizado	Desfechos/conclusões
AGUDELO et al. 2020	816 RN Colômbia	Avaliar o efeito do CPP imediato comparado ao manejo habitual na hospitalização e morbidade neonatal antes da alta da maternidade em RN de risco intermediário e de baixo risco.	672 no grupo do CPP e 144 no manejo habitual O RN foi colocado em contato com a mãe nua, em decúbito ventral, sobre o peito nu da mãe nos primeiros 10 minutos de vida e permaneceu ali ininterruptamente por 40 minutos.	O CPP apresentou efeito protetor sobre a morbidade neonatal e no risco de internação hospitalar no grupo intervenção quando comparado ao de cuidados habituais.
ALLEN et al. 2019	1200 mães Austrália	Abordar os fatores associados a déficits no imediatismo e na duração do CPP. Determinar a incidência de CPP imediato e ininterrupto associado ao aleitamento materno após o nascimento e relatar os fatores de cuidado relacionados à prática.	A mãe segurou o RN dentro de um minuto após o nascimento, foi colocado diretamente no peito nu da mãe, segurou seu RN por 60 minutos (com ou sem CPP) e o RN mamou após o nascimento.	Fatores associados a dificuldade de realizar o CPP imediato e contínuo: mães faziam o uso de blusa ou o bebê estava vestido, não haviam tido uma discussão sobre os benefícios do CPP com profissional durante a gestação, decisão da interrupção pelo profissional (procedimento na mulher, ajuda no banho e pesagem do RN). A realização do CPP foi associada ao aleitamento materno no nascimento.
CRENSHAW et al. 2019	40 RNs Estados Unidos	Examinar a viabilidade e os resultados do CPP imediato e contínuo, ininterrupto, por cerca de 5 horas, em comparação com o CPP iniciado após um procedimento de cirurgia cesariana.	20 no grupo de intervenção e 20 no grupo de atendimento padrão. Após o corte do cordão umbilical, os RNs foram colocados na parte superior do peito nu da mãe (peito a peito), secos e cobertos com um cobertor aquecido. O tempo desde o nascimento até o CPP foi de um intervalo entre 1-4 minutos e continuou por 5 horas.	O estudo sugere que o CPP realizado durante a cesárea, reduz o estresse materno, melhora a satisfação da mãe e não traz resultados negativos para o binômio.
LANSKY et al. 2019	555 mães Brasil	Analisar o perfil das gestantes e a sua percepção sobre violência no parto e nascimento e os fatores socioeconômico-demográficos e assistenciais associados ao relato de VO (violência obstétrica).	Contato pele a pele com o bebê imediatamente após o nascimento e contato pele a pele com o bebê durante a 1ª hora após o nascimento (sim ou não). Foi considerado contato pele a pele o contato entre mãe e bebê sem roupas ou panos envolvendo o seu corpo.	É necessário divulgar sobre as boas práticas no nascimento, reduzir intervenções desnecessárias como algumas das ações para melhorar as experiências das mulheres.

Quadro 1 – Artigos incluídos na Revisão de Escopo (n=18)

(continuação)

Autores e ano	População (n)/ País	Objetivo	Intervenção - Como o CPP foi realizado	Desfechos/conclusões
OGBO et al. 2019	25.407 RN Austrália	Investigar os determinantes da cessação da amamentação exclusiva no período pós-natal precoce entre mães australianas.	O contato pele a pele (CPP) foi definido como colocar o bebê nu no peito ou no abdômen nu da mãe imediatamente ou menos de 10 minutos após o nascimento ou logo após.	A maioria das mães australianas tem intenção de amamentar, praticam o CPP e amamentaram exclusivamente no parto, alta e pós-parto. Determinantes da cessação: falta de intenção em amamentar, falta do apoio do parceiro, sintomas depressivos, cesárea, mães jovens, baixo nível socioeconômico.
GULEROGLU; MUCUK; OZGUR, 2019	80 mães Turquia	Determinar o efeito do CPP na primeira hora pós-natal sobre o processo de involução e o nível de fadiga pós-parto materno durante o período pós-parto precoce.	40 no grupo controle e 40 no grupo de intervenção. Uma touca foi colocada na cabeça do RN e a fralda foi presa. O bebê foi deixado em decúbito ventral no peito da mãe, e o bebê e a mãe foram cobertos com um cobertor por 30 minutos na primeira hora após o parto.	Diminuição da altura uterina, maior nível de energia e satisfação das mães com a intervenção.
BRIMDYR et al. 2019	63 mães Estados Unidos	Avaliar os efeitos dos medicamentos intraparto no comportamento instintivo de um RN saudável durante a primeira hora após o nascimento.	O RN a termo foi imediatamente colocado em contato pele a pele com a mãe, que estava semi-reclinada na cama do hospital; o bebê foi seco rapidamente e a mãe e o bebê foram cobertos com um cobertor quente pelo menos durante a primeira hora após o nascimento, a menos que a separação fosse indicada.	Com a exposição aos medicamentos fentanil e ocitocina sintética houve maior possibilidade do atraso no CPP e de sua interrupção.
MUKHERJEE et al. 2019	164 díades mãe-bebê Índia	Estimar a prevalência de CPP entre as díades de bebês-mãe na primeira hora após o parto vaginal e verificar os fatores que afetam a aderência do CSC após o parto vaginal.	Após o nascimento, o RN precisa ser seco e aquecido no peito e abdômen da mãe, ou seja, colocá-lo seco e sem roupa no peito nu da mãe, sendo iniciado de imediato ou dentro de 5 minutos após o nascimento com cobertor aquecido ou toalha cobrindo as costas do RN, seguindo por pelo menos uma hora. É recomendado cobrir a cabeça com uma touca, pernas com meias e um colete com a frente aberta.	A prevalência do CPP após o parto vaginal foi baixa e entre os motivos estão: não conhecimento da prática, dor e exaustão do trabalho de parto, falta da conscientização da necessidade de CPP após o parto pela mãe e a episiotomia e sua sutura.

Quadro 1 – Artigos incluídos na Revisão de Escopo (n=18)

(continuação)

Autores e ano	População (n)/ País	Objetivo	Intervenção - Como o CPP foi realizado	Desfechos/conclusões
TAKAHASHI; TAMAKOSHI, 2018	60 recém-nascidos Japão	Avaliar o efeito da duração do CPP sobre os níveis de glicose no sangue duas horas após o nascimento em bebês saudáveis a termo.	Após a avaliação do índice de Apgar de 1 minuto, os bebês foram colocados no peito nu da mãe, colocando uma fralda, uma touca seca e uma toalha e cobertor pré-aquecido coberto dentro de 5 minutos após o nascimento, o que continuou por aproximadamente a primeira hora.	Quanto mais prolongado o CPP precoce, maior o nível de glicose às duas horas de vida.
MBALINDA et al. 2018	40 profissionais Uganda	Identificar barreiras e facilitadores para a realização de contato pele a pele (SSC) ininterrupto e seguro na primeira hora após o nascimento em um ambiente de poucos recursos e avaliar como os profissionais de saúde lidaram com as barreiras identificadas após a conclusão de um pacote de intervenção.	O DVD informa como a prática do CPP deve ser realizado: O bebê foi seco e colocado nu no peito nu da mãe. A cabeça e o corpo da criança foram cobertos com uma toalha seca, deixando o rosto descoberto e as vias aéreas livres. A mãe foi colocada em uma posição confortável semi-reclinada. O DVD é baseado em pesquisas sobre o comportamento infantil na 1ª hora após o nascimento, quando o CPP é aplicado.	O pacote de intervenção foi considerado aplicável e aceito. Como barreiras para o CPP: mães muito jovens, falta de pessoal, falta de recursos, camas, rotação de funcionários e falta de conhecimento dos benefícios do CPP entre profissionais e famílias.
TURAN; ERENEL, 2018	64 mães Turquia	Determinar o efeito do CPP durante o terceiro estágio do trabalho de parto sobre os níveis pós-parto de ocitocina e tempo de dor e separação da placenta.	32 no grupo intervenção e 32 no grupo controle. Os bebês foram secos e mantidos no abdômen nu de suas mães, em decúbito ventral, imediatamente após o nascimento e bebês foram cobertos com cobertor limpo e pré-aquecido. O bebê e a mãe foram mantidos nessa posição por aproximadamente 30 minutos.	Diminuição no nível de dor. CPP em relação ao tempo de separação de placenta e nível de ocitocina, não foram significativos.
SAFARI et al. 2018	108 mães Iraque	Determinar o efeito do CPP na duração do terceiro estágio do trabalho de parto, início precoce do aleitamento materno e temperatura do RN.	56 no grupo de intervenção e 52 no grupo controle. O índice de Apgar foi determinado, enquanto estavam no peito da mãe. CPP definido como: Manter o RN despido em uma posição de braços contra o peito nu da mãe entre os seios enquanto a parte de trás do bebê estava coberta com um cobertor. O CPP começou imediatamente após o parto e continuou por uma hora.	Menor porcentagem de hipotermia, melhora no início da amamentação e redução do terceiro estágio do TP.

Quadro 1 – Artigos incluídos na Revisão de Escopo (n=18)

(continuação)

Autores e ano	População (n)/ País	Objetivo	Intervenção - Como o CPP foi realizado	Desfechos/conclusões
BRIMDYR et al. 2018	14 mães / 21 mães Japão e Austrália	Apresenta um novo algoritmo para analisar a prática de pele a pele na primeira hora, usando dois conjuntos de dados e sugere oportunidades para aprimoramento da prática.	O RN foi colocado no CPP ventralmente no abdômen da mãe, seco e coberto com um cobertor quente por pelo menos a primeira hora. Na Austrália recomenda que, para cesarianas, o “bebê seja colocado pele a pele no peito da mãe enquanto estiver na mesa cirúrgica imediatamente após ou dentro de 5 minutos. O atendimento padrão em obstetrícia neste hospital incluiu o início do CPP na sala de recuperação.	O CPP imediato foi realizado em todas as mães de parto vaginal no Japão. Na Austrália, das mães com cesárea, apenas um RN foi colocado imediatamente em CPP. É necessário observar o CPP na primeira hora de vida e conhecer suas barreiras e assim realizar intervenções de melhoria na implementação do CPP.
KOLLMANN et al. 2017	35 mães Áustria	Investigar o efeito do CPP precoce após cesariana na adaptação neonatal, bem como na dor materna e na resposta ao estresse.	17 grupo CPP precoce e 18 grupo CPP tardio Os bebês foram trazidos de volta à sala de operações em 5 minutos para serem colocados no peito da mãe e cobertos pelo <i>sling</i> de algodão e uma touca. Os parâmetros foram analisados 25 minutos após o nascimento.	O CPP após cesárea não tem associação com desvantagens na transição neonatal.
HEMACHANDRA et al. 2016	165 mães Tailândia	Avaliar o efeito do contato pele a pele materno-infantil na primeira hora após o parto para o volume de leite materno e a incidência de icterícia para amamentação às 48 horas após o nascimento.	108 no grupo CPP e 57 no grupo controle Os RN nus foram colocados de bruços no peito nu das mães após terminar a rotina cuidados com o RN. Suas cabeças estavam cobertas com toucas secas e cobertores quentes nas costas, colocados em CPP após os cuidados com o RN (10 a 20 min). Esse método de contato precoce com a pele foi continuado por pelo menos 30 minutos na sala de parto.	O volume de leite materno não teve diferença significativa no grupo do CPP e controle. Porém o início da lactação nas 24 horas pós parto se mostrou maior no grupo em que o CPP precoce foi realizado.
REDSHAW; HENNEGA; KRUSKE, 2014	4574 mães Austrália	Descrever o momento, a duração e o tipo de CPP imediatamente após o nascimento em mães que deram à luz a RN a termo saudáveis, e investigar as maneiras pelas quais o CPP afeta a amamentação e o bem-estar das mães.	As mulheres foram questionadas “na primeira vez em que você segurou seu bebê, você teve contato pele a pele (ou seja, seu bebê foi direto sobre a pele e não embrulhado, vestido ou em uma fralda)?” “Quanto tempo após o nascimento você segurou seu bebê pela primeira vez?”	Com o CPP dentro de 5 minutos era maior a probabilidade da mãe estar amamentando na alta e aquelas com CPP de 31 a 60 minutos ou mais, houve maiores chances de estar amamentando aos 3 meses pós-parto. Relação do CPP com menor relato de depressão ou ansiedade e relato positivo na saúde física e emocional.

Quadro 1 – Artigos incluídos na Revisão de Escopo (n=18)

(conclusão)

Autores e ano	População (n)/ País	Objetivo	Intervenção - Como o CPP foi realizado	Desfechos/conclusões
CANTRILL et al. 2014	78 mães Austrália	Identificar preditores do comportamento de sucção do RN na primeira hora após o nascimento.	O CPP foi realizado com o bebê nu somente com uma fralda, deitado de bruços sobre o peito nu da mãe.	A interrupção do contato pele a pele frequente devido algumas rotinas, podem interferir na amamentação efetiva dentro de uma hora.
TAKAHASHI et al. 2011	147 RN Japão	Determinar se a diferença no tempo de início do CSC influencia ou não o tempo de estabilidade da FC e SpO2 por 30 minutos. (Estudo I). Avaliar se a diferença na duração do CSC influencia ou não os níveis de cortisol salivar nas primeiras 2 horas após o nascimento (Estudo II).	O RN foi colocado de bruços pele a pele no abdômen da mãe, as parteiras colocaram uma fralda no bebê, cobriram as costas do bebê com uma toalha e um cobertor pré-aquecidos e a cabeça do bebê foi coberta com uma touca seca.	O CPP no nascimento dentro de 5 minutos, leva a uma estabilidade da FC com maior antecedência, quando é prolongado por 60 minutos até 2 horas após o nascimento, traz benefícios na redução de estresse do RN.

Fonte: a autora (2020).

3.3 DISCUSSÃO

A Revisão de Escopo consiste em uma modalidade metodológica que tem como um dos objetivos realizar o mapeamento da literatura científica com o enfoque em um tópico ou assunto específico, a fim de se levantar evidências sobre a temática. Esta metodologia não se detém em avaliar a qualidade metodológica dos estudos, mas se concentra na identificação do estado atual de determinado objeto de pesquisa para fundamentar revisões sistemáticas futuras ou estudos clínicos posteriores (ARKSEY; O'MALLEY, 2005; PETERS et al., 2015; COELHO et al., 2017).

Em relação aos países de estudo, 4 (22,2) eram da Austrália, 3 (16,7) do Japão, 2 (11,1) dos Estados Unidos, 2 (11,1) da Turquia e a Colômbia, Brasil, Índia, Uganda, Iraque, Áustria e Tailândia, ambos com 1 (5,6) estudo.

Após a leitura dos artigos, conforme os resultados encontrados nos estudos, foram organizados em quatro categorias: Parâmetros maternos pós-parto, transição neonatal, contato pele a pele e amamentação e adesão ao contato pele a pele, detalhados a seguir.

3.3.1 Parâmetros maternos pós-parto

Por meio de estímulos sensoriais do CPP, ocorre aumento da liberação de ocitocina, estimulando a contração uterina, o que contribui no processo de involução uterina bem como prevenção de HPP (MOORE; ANDERSON; BERGMAN, 2007; GÜLEŞEN; YILDIZ, 2013; STEVENS et al., 2014).

Em relação aos parâmetros relacionados a sangramento, involução uterina e nível de fadiga, o estudo realizado com mulheres de 19 a 35 anos, primíparas, de parto vaginal e com idade gestacional entre 37 a 40 semanas, dividiu as voluntárias em dois grupos. No primeiro grupo o RN foi encaminhado aos cuidados de rotina; já no segundo grupo, submetido a intervenção, o CPP foi mantido por 30 minutos na primeira hora de vida. No grupo de intervenção, na avaliação da involução uterina, as medidas da altura uterina foram menores e o processo de involução foi acelerado na 24^a hora com a altura do fundo uterino em 2,1 cm, já no grupo controle, 1,6 cm. Quanto a quantidade de sangramento, número de absorventes usados e nível de fadiga, foi semelhante nos dois grupos (GULEROGLU; MUCUK; OZGURLUK, 2019).

Estudos demonstram que o CPP auxilia na liberação de ocitocina, a qual tem um efeito positivo na diminuição da ansiedade, com conseqüente aumento de energia (KARIMI et al.,

2016). Nas mães em que o CPP é realizado, o nível de energia foi significativamente maior (GULEROGLU; MUCUK; OZGURLUK, 2019). Entretanto, em relação aos níveis de ocitocina, autores não encontraram diferença estatística entre o grupo controle e o grupo de intervenção. O estudo justifica que uma possível explicação possa ser o fato de que o RN foi colocado no abdômen da mãe e não no peito, sem estímulo na mama (TURAN; ERENEL, 2018).

A realização do CPP auxilia no processo da dequitação placentária e membranas logo após a expulsão do feto, caracterizando o terceiro estágio do trabalho de parto (TP) (BUCKLEY, 2005; STEVENS et al., 2014). No estudo realizado no Iraque, mães em que o CPP foi realizado apresentaram duração do terceiro estágio significativamente menor (SAFARI et al., 2018). Entretanto, em outro estudo, o efeito do CPP na terceira etapa do TP não apresentou estatisticamente significância quanto ao tempo de dequitação placentária (TURAN; ERENEL, 2018).

A dor é um parâmetro fundamental a ser avaliado no período puerperal, neste sentido, autores avaliaram o nível da dor dentro de 30 minutos após o parto em dois grupos de mães submetidas ao CPP ou sem receber essa intervenção. Os resultados evidenciaram que a dor foi menor no grupo com CPP, sendo a diferença estatisticamente significativa (TURAN; ERENEL, 2018). Em outro estudo, após a realização de um pacote de intervenção para a prática do CPP, foram realizadas entrevistas com as parteiras e uma delas relata que uma das vantagens do CPP observada é a diminuição da dor durante a sutura, porém não foi observado de forma sistemática por todas as parteiras (MBALINDA et al., 2018).

A satisfação materna é um tópico importante no pós-parto, e o CPP pode atuar positivamente neste sentido, evidenciado por estudo que mostrou que todas as mulheres que receberam CPP demonstraram estar satisfeitas com a prática, recomendam no início do período pós-parto para outras mulheres e tinham preferência para ocorrer novamente no próximo parto (GULEROGLU; MUCUK; OZGURLUK, 2019). Ainda nesse sentido, a maioria das mães mostraram-se satisfeitas com o contato e desejavam que sua duração fosse prolongada, no entanto, a carga de trabalho pode ser um dificultador da prática, e não ser prolongado por mais de uma hora (SAFARI et al., 2018).

Além da satisfação materna em relação a duração do contato, autores sugerem que o CPP realizado durante a cesárea reduz o estresse materno (CRENSHAW et al., 2019). Nas mães em que o CPP foi realizado, foi menor a possibilidade do relato de depressão ou ansiedade e maior a possibilidade de relato positivo em relação a saúde física e emocional (REDSHAW; HENNEGAN; KRUSKE, 2014).

Em um estudo sobre os fatores associados ao relato de violência obstétrica (VO), apenas 37 de 168 mulheres que não tiveram CPP imediato e 37 de 221 mulheres que não permaneceram com o RN na primeira hora de vida, relataram ter vivenciado a VO, o que mostra a falta de informação e conhecimento às mulheres sobre as recomendações da assistência no parto e evidencia a necessidade de divulgar boas práticas no nascimento e permitir que as mulheres tenham melhores experiências no parto (LANSKY et al., 2019).

3.3.2 Transição neonatal

O RN tem menor capacidade de manter a temperatura corpórea, o que pode ocasionar rapidamente um quadro de hipotermia, nesse sentido, faz-se necessário que após o nascimento mantenha-se a estabilização da sua temperatura. Durante o CPP, os nervos sensoriais do bebê são ativados pela temperatura da mãe, proporcionando relaxamento, redução no tônus de nervos simpáticos, dilatação dos vasos e conseqüentemente o aumento da temperatura do RN (JONAS et al., 2007; PRICE; GWIN; PRICE, 2006).

Quando comparada a adaptação neonatal em relação à saturação, frequência cardíaca (FC), temperatura e escore de Apgar, após CPP precoce e CPP tardio, não houve diferença nos dois grupos. Além disso, concluiu-se que o CPP precoce não trouxe desvantagens na transição do RN (KOLLMANN et al., 2017). Porém, em outro estudo, quando analisada a prática do CPP de forma imediata, em que o Apgar foi avaliado enquanto o bebê estava em contato com a mãe e realizado por uma hora, apenas 2% dos RN apresentaram hipotermia, diferente do grupo em que a prática não foi realizada, com 42% (SAFARI et al., 2018).

Em relação a saturação arterial de oxigênio >80 após o nascimento, o RN pode levar mais de cinco minutos para atingi-la e quase dez minutos para atingir níveis superiores a 90% (URLESBERGER et al., 2011). Conforme Takahashi et al. (2011) com duas frentes no estudo, um dos objetivos foi determinar se a diferença no tempo de início do CPP influencia ou não a estabilidade da FC e saturação por 30 minutos após o nascimento, divididos os dois grupos em relação ao tempo de início igual ou inferior a cinco minutos após o nascimento ou superior a cinco minutos. Os resultados evidenciaram que a estabilidade da FC é mais facilmente alcançada quando o CPP é iniciado nos primeiros cinco minutos de vida, já quanto a saturação, não teve relação significativa.

Ainda nesse estudo, o outro objetivo foi avaliar se o tempo de duração do CPP influencia os níveis de cortisol salivar, o qual é considerado uma resposta ao estresse. A randomização se deu por grupos com CPP por 60 minutos ou menos ou CPP por mais de 60 minutos. Os níveis

de cortisol salivar foram inferiores no grupo em que o CPP foi realizado por tempo superior a 60 minutos, o que demonstra que a prática contribui para a redução do estresse do RN logo após o nascimento (TAKAHASHI et al., 2011).

Além disso, a transição neonatal envolve uma diminuição nos níveis de glicose, de forma fisiológica nas primeiras horas após o nascimento, o que pode ocasionar hipoglicemia, que quando grave ou prolongada, pode resultar em lesões neurológicas (HEWITT, 2005; HAY, et al., 2009). Com o objetivo de avaliar a influência da duração do CPP sobre os níveis de glicose, RN foram colocados em CPP logo nos primeiros cinco minutos após o nascimento, mantidos desta forma por aproximadamente uma hora, e avaliados logo após, retornando com a mãe após a avaliação. A relação dos níveis de glicose com a duração do CPP foi significativa, e demonstrou que quanto mais prolongado, maior o nível de glicose, sendo esta portanto, uma medida inicial de prevenção da hipoglicemia (TAKAHASHI; TAMAKOSHI, 2018).

Em relação a hospitalização do RN de baixo risco e risco intermediário estáveis ao nascimento, a admissão na Unidade neonatal nas primeiras horas de vida foi significativamente menor no grupo em que o CPP foi realizado de forma imediata, nos primeiros dez minutos de vida e contínuo por 40 minutos, em comparação ao grupo que o binômio foi separado, o que permite concluir que o CPP contribui na redução do risco de internação, sendo este um fator protetor na morbidade neonatal antes da alta hospitalar (AGUDELO et al., 2020).

3.3.3 Contato pele a pele e amamentação

Além de trazer benefícios à mãe e ao bebê, seja na melhoria dos parâmetros maternos ou por auxiliar no período de transição neonatal, a prática do CPP é fundamental para o sucesso do aleitamento materno, sendo então um forte preditor ao início precoce da amamentação (SAFARI et al., 2018; ALLEN et al., 2019).

As mulheres que realizaram CPP dentro de cinco minutos após o nascimento tiveram maior probabilidade de estar amamentando na alta hospitalar quando comparadas às mulheres que iniciaram o CPP mais tarde. Além disso, o tempo de CPP pode interferir positivamente, uma vez que mulheres que tiveram o CPP mais do que 30 minutos tiveram maiores chances de amamentar nos três meses pós-parto (REDSHAW; HENNEGAN; KRUSKE, 2014).

Entre as mães australianas que demonstraram intenção de amamentar, a maioria realizou o CPP e amamentaram exclusivamente no parto, alta e pós-parto (OGBO et al., 2019). O início da lactação nas 24 horas pós-parto foi outro fator que se mostrou maior no grupo em que o CPP precoce foi realizado, apresentando resultados melhores na amamentação precoce

(HEMACHANDRA et al., 2016). Ainda durante o CPP deve-se posicionar o bebê na parte inferior do peito da mãe para que eles, instintivamente se aproximem do mamilo da mãe para iniciar a amamentação, ofertando auxílio profissional quando necessário (CANTRILL et al., 2014).

Para a realização dessa prática, é necessário garantir uma posição confortável para a mulher, pois em alguns casos pode dificultar o CPP e comprometer a segurança. Além disso se realizado os cuidados médicos à mãe ou bebê, procedimentos como banho ou pesagem do RN, podem interromper o CPP de forma imediata e contínua, consequentemente comprometendo a amamentação (CANTRILL et al., 2014; ALLEN et al., 2019). Portanto, é necessário que cuidados não imediatos e não urgentes sejam postergados, para que o CPP possa ser realizado da forma como é preconizada, por uma hora ou mais, de forma ininterrupta e contínua (ALLEN et al., 2019; MUKHERJEE et al., 2019).

Por se tratar de uma prática de baixo custo e acessível, que pode ser uma prática para a diminuição da mortalidade neonatal por meio do estímulo a amamentação e benefícios já comprovados da continuidade da amamentação, torna-se essencial a adoção da prática do CPP (SAFARI et al., 2018).

3.3.4 Adesão ao contato pele a pele

Mesmo com os benefícios do CPP, a prática sofre importantes entraves ainda, sendo que um dos motivos que contribuem para a sua não realização, ou que este seja realizado de forma incorreta, é a presença de roupas. De acordo com o estudo de Allen et al. (2019), das mães que não receberam CPP, 60% relataram que vestiam sutiã ou blusa e 40% o RN estava vestido ou embrulhado. Esta situação poderia ser reduzida caso as mães tivessem recebido orientação prévia durante a gestação, sobre a importância da prática do CPP logo após o nascimento.

Outro fator é a ausência de informação sobre os cuidados do CPP durante o pré-natal (SAFARI et al., 2018). Além disso, a cesárea é considerada uma barreira ao CPP, pois todas as mães que tiveram cesariana foram separadas dos seus bebês nos primeiros 24 minutos (CANTRILL et al., 2014). Em um estudo que analisa o CPP imediato na primeira hora em dois hospitais por meio de vídeos, no Japão e na Austrália, verificou-se que no Japão, de 14 mães com parto normal, a totalidade destas realizou o CPP imediatamente após o nascimento. Já na Austrália, dentre as 21 mães submetidas a cirurgia cesariana, apenas uma realizou o CPP de forma imediata (BRIMDYR et al., 2018).

Portanto, a via de parto pode influenciar a adesão ao CPP, conforme evidenciado no estudo de Redshaw, Hennegan e Kruske (2014) no qual 97% mulheres que passaram pelo parto normal não assistido e 90% das mulheres com parto via vaginal assistido realizaram o CPP nos primeiros cinco minutos, em contrapartida apenas 67% das mulheres que tiveram cesárea, realizaram CPP logo após o nascimento. Entretanto a adesão ao CPP após o parto vaginal pode ser influenciada negativamente pelo desconhecimento da prática, dor e exaustão do TP, dor da episiotomia e sua sutura e a falta da conscientização da necessidade da prática pela mãe, considerado o fator de maior importância da não realização do CPP (MUKHERJEE et al., 2019).

Um estudo realizado na Austrália com 1.200 mães, avaliou as experiências a exposição as seguintes condições: 1) a mulher segurou seu bebê imediatamente dentro de um minuto após o nascimento; 2) teve CPP; 3) segurou o bebê por pelo menos 60 minutos; 4) amamentação após o nascimento. As taxas destas quatro práticas juntas foram baixas na ausência de parteira conhecida, quando ocorreram intervenções médicas, como a indução do parto, parto vaginal instrumental e cesariana. Com as vantagens destas práticas para a saúde do binômio, fica evidente a necessidade de humanizar as práticas hospitalares (ALLEN et al., 2019).

Em um hospital com poucos recursos, localizado na Uganda, os profissionais relatam como barreiras do CPP as mães muito jovens, a falta de pessoal na equipe, falta de camas para dar continuidade na prática, sistema de rotação dos funcionários (uma vez ao ano os funcionários eram trocados de setor) e a falta de conhecimento sobre a prática e seus benefícios (MBALINDA et al., 2018).

O uso de medicamentos narcóticos (fentanil) e ocitocina sintética e sua possível repercussão no comportamento do RN foi avaliado em um estudo observacional com bebês na primeira hora após o nascimento durante o CPP. Como resultados, com a exposição aos medicamentos fentanil e ocitocina sintética, houve maior possibilidade do atraso do CPP ou da sua interrupção logo após o seu início (BRIMDYR et al., 2019).

De acordo com as rotinas de cada hospital, é necessário avaliar o CPP durante a primeira hora após o nascimento a fim de compreender suas barreiras e realizar intervenções para a mudança neste cenário (BRIMDYR et al., 2018). A intervenção de um estudo foi realizada em seis etapas, entre elas, todos os participantes assistiram um DVD sobre como conduzir o CPP e receberam um cartão de bolso sobre a prática e condução com segurança, sem interrupção. O estudo demonstrou que a intervenção conseguiu modificar a prática do cuidado e as atitudes, com o envolvimento dos profissionais e o interesse em repassar informações sobre a prática

para as famílias, comunidade e equipe, ressaltando que as barreiras do CPP como a realização das medidas dos RN, devem ser alteradas (MBALINDA et al., 2018).

A prática do CPP é simples, não onerosa e pode trazer impactos positivos imediatos e a longo prazo, com ausência de resultados negativos na estabilidade fisiológica do binômio (CRENSHAW et al., 2019). Faz-se necessário exercer os facilitadores para que a prática possa ocorrer, sendo de vital importância uma equipe multidisciplinar para a implementação do CPP precoce após uma cesárea e vencer as barreiras das rotinas tradicionais, o que pode ser um grande obstáculo para sua implementação (KOLLMANN et al., 2017). Promover a sensibilização dos profissionais e mães quanto a importância deste cuidado ao RN torna-se fundamental (MUKHERJEE et al., 2019).

3.4 CONCLUSÃO

Com os resultados da revisão, foi possível visualizar e confirmar os benefícios da prática do contato pele a pele dentro da primeira hora de vida, na transição do RN ao meio externo, nos parâmetros maternos, a sua relação com a amamentação e os fatores envolvidos na adesão da prática. Sendo assim, recomenda-se que os profissionais sejam capacitados sobre estes benefícios, bem como as mães sejam orientadas durante o pré-natal e internação hospitalar, garantindo assim uma comunicação efetiva entre as mães e profissionais visando a facilitação da implementação do CPP de maneira imediata e sem interrupções, rompendo as barreiras.

4 ESTUDO TRANSVERSAL

4.1 MATERIAL E MÉTODO

4.1.1 Tipo, local de estudo e amostra

Esse estudo teve como questão norteadora: Quais os fatores relacionados às práticas do CPP e da amamentação na primeira hora de vida?

Tratou-se de uma pesquisa de caráter transversal, com a utilização de abordagem quantitativa junto às puérperas do Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais (HU-UEPG) situado na cidade de Ponta Grossa, no estado do Paraná. O hospital está inserido na rede assistência ao Sistema Único de Saúde (SUS) com referência em parte à população de gestantes de risco habitual e risco intermediário.

A amostra do estudo foram as puérperas e seus respectivos RN em alojamento conjunto após 24 horas do nascimento no período de janeiro a agosto de 2020. O cálculo da amostra foi considerado o número de nascimentos na maternidade do HU-UEPG, que totalizaram em torno de 250 nascimentos mensais, sendo utilizado o software Epi InfoTM. Foram incluídas no estudo puérperas que passaram pelo TP no HU-UEPG e seus respectivos RN com idade gestacional pelo capurro maior que 37 semanas, peso maior que 2200g, com mais de 24 horas de nascimento, em alojamento conjunto e concordaram em participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo A).

Os critérios de exclusão foram puérperas que estavam impossibilitadas de responder ou de amamentar no momento da pesquisa, que não desejavam amamentar, soro positivo para o vírus da imunodeficiência humana (HIV), que tiveram o parto em local extra-hospitalar, RN com idade gestacional pelo capurro menor que 37 semanas e que estavam internados em unidade neonatal.

4.1.2 Coleta de dados

Para a coleta de dados foi utilizado um instrumento na forma de questionário semiestruturado, com base na literatura científica e objetivos propostos. As perguntas eram fechadas e abordavam características sociais, gestacionais, do pré-natal, TP, parto, pós-parto das puérperas e características do RN (Anexo B) e o formulário de Observação e Avaliação da Mamada, adaptado conforme o preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) (Anexo C). Uma parte dos dados constituiu-se de informações retiradas dos prontuários das puérperas e seus recém-nascidos.

Para assegurar a compreensão do instrumento quanto ao texto, ao vocabulário utilizado e à sensibilidade das respostas, realizou-se um estudo piloto com quinze puérperas no hospital de estudo para cada aplicador do instrumento, totalizando 30 puérperas. Após a aplicação dos questionários pela dupla de aplicadores, foi solicitado que estes anotassem quaisquer dúvidas que surgissem no momento da aplicação do instrumento, para que estas fossem debatidas e sanadas na reunião em grupo. Somente após esta etapa, uma versão definitiva do instrumento foi estabelecida e formalizada entre os aplicadores para que a coleta de dados fosse iniciada. A amostra piloto foi excluída dos dados.

A coleta de dados foi realizada em três etapas. Na primeira etapa foram coletadas informações dos prontuários, relacionadas aos dados sociais, do TP e parto/cesárea e seus respectivos RN. Na segunda etapa a coleta dos dados foi realizada por meio de entrevista individual, conduzida por dois pesquisadores junto às puérperas que se dispuserem livremente a participar do estudo, com duração média de 15 minutos, no quarto de internamento de alojamento conjunto após 24 horas de nascimento. Foi guiada por meio de perguntas divididas em período do pré-natal, do TP, parto/cesárea e pós-parto (Anexo B).

Por fim, na terceira etapa, foi realizada a avaliação da mamada mediante aplicação do Formulário de Observação e Avaliação da Mamada em puérperas e seus respectivos recém-nascidos internados no alojamento conjunto para avaliar os comportamentos das mães e bebês e monitorar os sinais favoráveis da amamentação e os sinais de possíveis dificuldades (WHO, 2004). Para avaliação desta etapa, foram utilizados escores (bom, regular e ruim) adaptado de Cavalhaes e Corrêa (2003). O número de comportamentos desfavoráveis à amamentação foram computados e em seguida classificados em: escore bom para o binômio que não apresentou comportamento desfavorável ou apresentou apenas um comportamento, o regular, dois comportamentos desfavoráveis e o ruim, três a quatro comportamentos desfavoráveis.

4.1.3 Análise de Dados

Realizou-se três blocos de análises, divididas entre duas variáveis dependentes, as quais foram relacionadas às demais variáveis contempladas na pesquisa, descritas no quadro 2.

Quadro 2 – Variáveis Dependentes, Dicotomização das Variáveis e Variáveis Independentes.

Variáveis Dependentes	Dicotomização	Variáveis Independentes
Realização do CPP logo após o parto: <i>Você recebeu seu bebê em contato (pele a pele) logo após o parto?</i>	Puérperas que receberam CPP <i>Versus</i> Puérperas que não receberam CPP	Dados sociais Dados gestacionais Dados do trabalho de parto/parto Dados do recém-nascido Dados do pós-parto
Realização da amamentação dentro da primeira hora pós-parto: <i>Seu bebê foi colocado para mamar dentro da primeira hora pós-parto?</i>	Puérperas iniciaram a amamentação dentro da primeira hora pós-parto <i>Versus</i> Puérperas que não iniciaram a amamentação dentro da primeira hora pós-parto	Dados sociais Dados gestacionais Dados do trabalho de parto/parto Dados do recém-nascido Dados do pós-parto

Fonte: a autora (2020).

Para análise dos dados foi utilizado o pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) com duas etapas. Na primeira etapa foram obtidas estatísticas descritivas de todas as variáveis, por meio de frequência absoluta e relativa. Na segunda etapa foram conduzidas análises bivariadas, buscando identificar as associações independentes entre as variáveis investigadas. Estas associações foram consideradas significativas quando os valores de $p \leq 0,05$. O teste de associação utilizado foi o teste qui-quadrado de Pearson e a intensidade da associação de cada variável de exposição e o contato pele a pele e a amamentação foram calculadas *odds ratio* como medidas de associação epidemiológica.

4.1.4 Aspectos Éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas com seres humanos da Universidade Estadual de Ponta Grossa (parecer nº, respeitando os ditames da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e normas internacionais para pesquisas com seres humanos) (Anexo D).

4.2 RESULTADOS

A amostra final foi composta por 405 puérperas e os resultados serão apresentados conforme as características sociais, gestacionais, do TP/parto, características do RN, pós-parto das puérperas e variáveis dependentes: CPP imediatamente após o parto: *Você recebeu seu bebê em contato (pele a pele) logo após o parto?* e a amamentação dentro da primeira hora pós-parto: *Seu bebê foi colocado para mamar dentro da primeira hora pós-parto?*

4.2.1 Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Observou-se que a maioria das mulheres tinha idade entre 26 a 35 anos, com maior prevalência em mulheres com companheiro (a), ou seja, casadas ou em uma união estável ou amasiada e com ensino médio incompleto/completo (Tabela 1).

Tabela 1 – Variáveis relacionadas às características sociais das puérperas entrevistadas no HU-UEPG (n=405)

Variáveis	n (%)
Faixa etária	
14 a 25 anos	49 (12,1)
26 a 35 anos	322 (79,5)
Mais de 35 anos	34 (8,4)
Escolaridade	
Fundamental incompleto/completo	167 (41,2)
Médio incompleto/completo	206 (50,9)
Superior incompleto/completo	32 (7,9)
Estado Civil	
Solteira	112 (27,7)
Casada/união estável/Amasiada	293 (72,3)

Fonte: a autora (2020).

Quanto às características gestacionais, mais da metade das mulheres eram multíparas. Com relação aos 61 casos de alterações maternas (15,1%), 49 eram tabagistas, 7 com sífilis e 5 foram diagnosticadas com diabetes mellitus gestacional. Em relação ao pré-natal, a maioria realizou pré-natal e tinham sete ou mais consultas. Maior parte das mulheres não foram orientadas no pré-natal sobre o aleitamento materno e/ou CPP e/ou importância da amamentação logo após o parto, no entanto, grande parte tinha interesse em amamentar (Tabela 2).

Tabela 2 – Variáveis relacionadas às características gestacionais das puérperas entrevistadas no HU-UEPG (n=405)

Variáveis	n (%)
Paridade	
Primípara	120 (29,6)
Multípara	285 (70,4)
Alterações maternas	
Sim	61 (15,1)
Não	344 (84,9)

Tabela 2 – Variáveis relacionadas às características gestacionais das puérperas entrevistadas no HU-UEPG (n=405)

Variáveis	(conclusão) n (%)
Pré-natal	
Sim	393 (97,0)
Não	4 (1,0)
Não consta no sistema	8 (2,0)
Número de consultas de pré-natal	
1 a 6 consultas	47 (11,6)
7 ou mais consultas	346 (85,4)
Não consta no sistema	12 (3,0)
Pré-natal tardio	
Sim	88 (21,7)
Não	209 (51,6)
Não consta no sistema	108 (26,7)
Orientação sobre aleitamento materno	
Sim	169 (41,7)
Não	236 (58,3)
Orientação sobre contato pele a pele	
Sim	80 (19,8)
Não	325 (80,2)
Orientação sobre amamentação logo após o parto	
Sim	171 (42,2)
Não	234 (57,8)
Interesse em amamentar	
Sim	390 (96,3)
Não	15 (3,7)

Fonte: a autora (2020).

Das características do TP/parto, a maioria usou algum método não farmacológico de alívio da dor durante o TP. Quanto ao tipo de parto, a maioria foi parto normal (65,7%), na posição deitada (36,8%), com a presença de acompanhante (85,4%) e não tiveram escolha do local de parto (49,9%). Em relação ao local do parto 168 (41,5%) foi no centro obstétrico, onde foi realizado todas as 139 cesáreas e os outros 29 nascimentos foram de parto normal, portanto, a maioria dos nascimentos por parto normal foram na sala de pré-parto. O profissional que assistiu o parto, na maioria foram médicos obstetras, lembrando que está incluso a cesárea, a qual é realizada sempre pelo profissional médico (Tabela 3).

Tabela 3 – Variáveis relacionadas às características do trabalho de parto e parto das puérperas entrevistadas no HU-UEPG (n=405)

Variáveis	n (%)
Métodos não farmacológicos de alívio da dor no TP	
Sim	255 (63,0)
Não	68 (16,8)
Não passei pelo TP	82 (20,2)
Tipo de parto	
Normal	266 (65,7)
Cesárea	139 (34,3)
Escolha do local de parto	
Sim	64 (15,8)
Não	202 (49,9)
Não, pois foi cesárea	139 (34,3)
Local do parto	
Sala do pré-parto	155 (38,3)
Quarto PPP	82 (20,2)
Centro Obstétrico	168 (41,5)
Presença de acompanhante	
Sim	346 (85,4)
Não	59 (14,6)
Profissional que assistiu o parto	
Médico obstetra	330 (81,5)
Enfermeira obstétrica/Residente em EO	75 (18,5)
Posição	
Deitada	149 (36,8)
Semi-sentada	88 (21,7)
Quatro apoios/cócoras	29 (7,2)
Cesárea	139 (34,3)

Fonte: a autora (2020).

Em relação as características dos RN, a maioria nasceu com peso adequado e com Apgar no 1º e 5º minuto de 8 a 10. Das 32 intercorrências neonatais, 21 nasceram hipotônicos e hipoativos e 11 necessitaram de ventilação por pressão positiva (VPP) ou O2 (Tabela 4).

Tabela 4 – Variáveis relacionadas às características dos recém-nascidos das puérperas entrevistadas no HU-UEPG (n=405)

Variáveis	n (%)
Sexo	
Masculino	198 (48,9)

(continua)

Tabela 4 – Variáveis relacionadas às características dos recém-nascidos das puérperas entrevistadas no HU-UEPG (n=405)

Variáveis	(conclusão) n(%)
Feminino	207 (51,1)
Peso	
Baixo peso e peso insuficiente	6 (1,5)
Peso insuficiente	82 (20,2)
Peso adequado	295 (72,8)
Excesso de peso	22 (5,4)
Apgar no 1º minuto	
< que 7	31 (7,7)
8 a 10	374 (92,3)
Apgar no 5º minuto	
< que 7	5 (1,2)
8 a 10	400 (98,8)
Intercorrência neonatal	
Sim	32 (7,9)
Não	373 (92,1)

Fonte: a autora (2020).

Em relação ao período pós-parto, a maioria iniciou a amamentação após os primeiros cuidados com o pediatra, ou seja, após o CPP e já estavam vestidos. No entanto, ocorreu dentro da 1ª hora de vida do RN e com a presença do acompanhante. A maioria teve auxílio e orientações nas dificuldades relacionadas ao aleitamento materno dentro do Hospital. Apesar da orientação realizada pelos profissionais no Hospital sobre as desvantagens do uso da chupeta, 35 (8,6%) fizeram o seu uso. Na observação quanto a presença de fissuras mamárias, apesar de ser menos que da metade, 151 (37,3%) tiveram fissura, sendo um achado preocupante. Em 27 (6,7%) dos RN foi necessário o uso do complemento e em 18 (4,4%) foi necessário realizar a frenotomia pelo profissional cirurgião-dentista. Dentro da 1ª hora, 12 mulheres tiveram alguma intercorrência materna, destas: 5 tiveram atonia uterina, 4 tiveram aumento da perda sanguínea, 2 necessitaram do procedimento de curagem e 1 teve inversão uterina. Quanto ao tópico da tabela “Orientação no hospital”, ou seja, se as orientações sobre as duas práticas foram realizadas desde o internamento até o pós-parto, foi realizada a pergunta “Desde o momento em que você entrou no hospital até uma hora após o parto, você foi orientada sobre o CPP e amamentação na primeira hora pós-parto?”, 297 (73,3%) das mulheres responderam que não (Tabela 5).

Tabela 5 – Variáveis relacionadas às características do pós-parto das puérperas entrevistadas no HU-UEPG (n=405)

Variáveis	n (%)
Amamentação	
Antes dos cuidados do pediatra	35 (8,6)
Após os cuidados do pediatra	370 (91,4)
Acompanhante na 1ª hora pós-parto	
Sim	359 (88,6)
Não	46 (11,4)
Sutura de laceração/episiotomia	
Sim	126 (31,1)
Não	140 (34,6)
Não, pois foi cesárea	139 (34,3)
Auxílio e orientações nas dificuldades	
Sim	382 (94,3)
Não	23 (5,7)
Intercorrência materna	
Sim	12 (3,0)
Não	393 (97,0)
Uso de chupeta	
Sim	35 (8,6)
Não	370 (91,4)
Fissuras mamárias	
Sim	151(37,3)
Não	254 (62,7)
Uso de complemento	
Sim	27 (6,7)
Não	378 (93,3)
Frenotomia no recém-nascido	
Sim	18 (4,4)
Não	387(95,6)
Orientação no hospital	
Sim	108 (26,7)
Não	297(73,3)

Fonte: a autora (2020).

Em relação às variáveis dependentes, se a mãe recebeu seu bebê em CPP e se o bebê foi colocado para mamar dentro da primeira hora pós-parto, a maioria respondeu sim (Tabela 06). Em cada parto, é realizado uma evolução da enfermeira no prontuário eletrônico da paciente, no sistema do hospital. Quanto a isso, 235 (58%) das evoluções estava descrito que o CPP foi realizado, em 41 (10,1%) descrito que não foi realizado e em 129 (31,9) não estava em

evolução a presença ou ausência da prática do CPP. Quanto a sugestão para realizar o CPP, apenas 8 (2,8%) das mães sugeriram essa prática e 273 (97,2%) o profissional que colocou o bebê em contato com a mãe.

Tabela 6 – Variáveis relacionadas à prática do contato pele a pele logo após o parto e amamentação dentro da primeira hora pós-parto das puérperas entrevistadas no HU-UEPG (n=405)

Variáveis	n (%)
Contato pele a pele	
Sim	281 (69,4)
Não	124 (30,6)
Amamentação	
Sim	333 (82,2)
Não	72 (17,8)

Fonte: a autora (2020).

4.2.2 Relação das variáveis dependentes e independentes

As variáveis referentes as características sociais, gestacionais, do TP/parto, características do RN, pós-parto e observação e avaliação da mamada foram organizados como variáveis independentes e associadas as duas variáveis dependentes.

Das características sociais, não houve associação estatisticamente significativa com o CPP e amamentação na primeira hora de vida ($p>0,05$) (Tabela 7).

Tabela 7 – Variáveis relacionadas às características sociais das puérperas entrevistadas no HU-UEPG segundo as variáveis dependentes “Contato pele a pele logo após o parto” e “Amamentação dentro da primeira hora de vida” (n=405)

(continua)

Variáveis	Contato pele a pele logo após o parto		Odds ratio	IC 95%	Valor de p
	Sim n=281 (69,4)	Não n=124 (30,6)			
Faixa etária					
14 a 25 anos	35 (71,4)	14 (28,6)	(ref)		
26 a 35 anos	227 (70,5)	95 (29,5)	0,95	0,49 – 1,86	1,000
Mais de 35 anos	19 (55,9)	15 (44,1)	0,51	0,20-1,26	0,165
Escolaridade					
Fundamental incompleto/completo	117 (70,1)	50 (29,9)	(ref)		
Médio incompleto/completo	144 (69,9)	62 (30,1)	0,99	0,63-1,54	1,000
Superior incompleto/completo	20 (62,5)	12 (37,5)	0,71	0,32-1,56	0,410
Estado Civil					
Solteira	70 (62,5)	42 (37,5)	(ref)		

Tabela 7 – Variáveis relacionadas às características sociais das puérperas entrevistadas no HU-UEPG segundo as variáveis dependentes “Contato pele a pele logo após o parto” e “Amamentação dentro da primeira hora de vida” (n=405)

(conclusão)

Contato pele a pele logo após o parto					
Variáveis	Sim n=281 (69,4)	Não n=124 (30,6)	Odds ratio	IC 95%	Valor de p
Casada/união estável/amasiada	211 (72)	82 (28)	1,54	1,54-0,97	0,070
Amamentação dentro da primeira hora de vida					
Variáveis	Sim n=333 (82,2)	Não n=72 (17,8)	Odds ratio	IC 95%	Valor de p
Faixa etária					
14 a 25 anos	36 (73,5)	13 (26,5)	(ref)		
26 a 35 anos	269 (83,5)	53 (16,5)	1,83	0,91-3,69	0,107
Mais de 35 anos	28 (82,4)	6 (17,6)	1,68	0,56-5,00	0,430
Escolaridade					
Fundamental incompleto/completo	137 (82)	30 (18)	(ref)		
Médio incompleto/completo	166 (80,6)	40 (19,4)	0,90	0,53-1,53	0,790
Superior incompleto/completo	30 (93,8)	2 (6,3)	3,28	0,74-14,5	0,118
Estado Civil					
Solteira	97 (86,6)	15 (13,4)	(ref)		
Casada/união estável/amasiada	236 (80,5)	57 (19,5)	0,64	0,34-1,18	0,190

Fonte: a autora (2020).

A associação entre a prática do contato pele a pele e a orientação sobre o CPP e a importância da amamentação logo após o parto no pré-natal, foi estatisticamente significativa, sendo que as mães que receberam orientação tiveram aproximadamente 2 x mais chance de ter o contato do que as mães que não receberam (OR=1,99 e p=0,021). As demais variáveis componentes das características gestacionais não apresentaram qualquer diferença estatisticamente significativa quando associadas as variáveis dependentes (Tabela 8).

Tabela 8 – Variáveis relacionadas às características gestacionais das puérperas entrevistadas no HU-UEPG segundo as variáveis dependentes “Contato pele a pele logo após o parto” e “Amamentação dentro da primeira hora de vida” (n=405)

(continua)

Contato pele a pele logo após o parto					
Variáveis	Sim n=281 (69,4)	Não n=124 (30,6)	Odds ratio	IC 95%	Valor de p
Paridade					
Primípara	78 (65)	42 (35)	(ref)		

Tabela 8 – Variáveis relacionadas às características gestacionais das puérperas entrevistadas no HU-UEPG segundo as variáveis dependentes “Contato pele a pele logo após o parto” e “Amamentação dentro da primeira hora de vida” (n=405)

(continuação)					
Contato pele a pele logo após o parto					
Variáveis	Sim n=281 (69,4)	Não n=124 (30,6)	Odds ratio	IC 95%	Valor de p
Multípara	203 (71,2)	82 (28,8)	1,33	0,84-2,09	0,238
Alterações maternas					
Sim	42 (68,9)	19 (31,1)	(ref)		
Não	239 (69,5)	105 (30,5)	1,02	0,57-1,85	1,000
Pré-natal					
Sim	272 (69,2)	121 (30,8)	(ref)		
Não	3 (75)	1 (25)	1,33	0,13-12,96	1,000
Não consta no sistema	6 (75)	2 (25)	1,33	0,26-7,70	1,000
Número consultas de pré-natal					
1 a 6 consultas	33 (70,2)	14 (29,8)	(ref)		
7 ou mais consultas	239 (69,1)	107 (30,9)	0,94	0,48-1,84	1,000
Não consta no sistema	9 (75)	3 (25)	1,27	0,29-5,41	1,000
Pré-natal tardio					
Sim	67 (76,1)	21 (23,9)	(ref)		
Não	140 (67)	69 (33)	0,63	0,36-1,12	0,129
Não consta no sistema	74 (68,5)	34 (31,5)	0,68	0,36-1,28	0,265
Orientação sobre aleitamento materno					
Sim	123 (72,8)	46 (27,2)	(ref)		
Não	158 (66,9)	78 (33,1)	0,75	0,49-1,16	0,229
Orientação sobre contato pele a pele					
Sim	64 (80)	16 (20)	1,99	1,09 – 3,61	
Não	217 (66,8)	108 (33,2)	(ref)		0,021
Orientação sobre a importância da amamentação logo após o parto					
Sim	128 (74,9)	43 (25,1)	1,57	1,02 – 2,44	0,049
Não	153 (65,4)	81 (34,6)	(ref)		
Interesse em amamentar					
Sim	270 (69,2)	120 (30,8)	(ref)		
Não	11 (73,3)	4 (26,7)	1,22	0,38-3,91	1,000
Amamentação dentro da primeira hora de vida					
Variáveis	Sim n=333 (82,2)	Não n=72 (17,8)	Odds ratio	IC 95%	Valor de p
Paridade					
Primípara	95 (79,2)	25 (20,8)	(ref)		

Tabela 8 – Variáveis relacionadas às características gestacionais das puérperas entrevistadas no HU-UEPG segundo as variáveis dependentes “Contato pele a pele logo após o parto” e “Amamentação dentro da primeira hora de vida” (n=405)

(conclusão)

Variáveis	Amamentação dentro da primeira hora de vida			IC 95%	Valor de p
	Sim n=333 (82,2)	Não n=72 (17,8)	Odds ratio		
Multípara	238 (83,5)	47 (16,5)	1,33	0,77-2,28	0,320
Alterações maternas					
Sim	55 (90,2)	6 (9,8)	(ref)		
Não	278 (80,8)	66 (19,2)	0,45	0,18-1,11	0,100
Pré-natal					
Sim	323 (82,2)	70 (17,8)	(ref)		
Não	3 (75)	1 (25)	0,65	0,06-6,34	0,546
Não consta no sistema	7 (87,5)	1 (12,5)	1,51	0,18-12,52	1,000
Número consultas de pré-natal					
1 a 6 consultas	40 (85,1)	7 (14,9)	(ref)		
7 ou mais consultas	283 (81,8)	63 (18,2)	0,78	0,33-1,83	0,687
Não consta no sistema	10 (83,3)	2 (16,7)	0,87	0,15-4,87	1,000
Pré-natal tardio					
Sim	76 (86,4)	12 (13,6)	(ref)		
Não	172 (82,3)	37 (17,7)	0,73	0,36-1,48	0,493
Não consta no sistema	85 (78,7)	23 (21,3)	0,58	0,27-1,25	0,191
Orientação sobre aleitamento materno					
Sim	141 (83,4)	28 (16,6)	(ref)		
Não	192 (81,4)	44 (18,6)	0,86	0,51-1,45	0,692
Orientação sobre contato pele a pele					
Sim	69 (86,3)	11 (13,8)	(ref)		
Não	264 (81,2)	61 (18,8)	0,69	0,34-1,38	0,331
Orientação sobre a importância da amamentação após o parto					
Sim	142 (83)	29 (17)	(ref)		
Não	191 (81,6)	43 (18,4)	0,90	0,54-1,52	0,792
Interesse em amamentar					
Sim	323 (82,8)	67 (17,2)	(ref)		
Não	10 (66,7)	5 (33,3)	0,41	0,13-1,25	0,157

Fonte: a autora (2020).

As mulheres que fizeram uso de algum método não farmacológico de alívio da dor no trabalho de parto tiveram uma associação estatisticamente significativa com a realização do CPP, com aproximadamente 2x mais chance (OR=1,96 e p=0,0037) de praticar o CPP dos que

as que não receberam os métodos. E das pacientes que não passaram pelo trabalho de parto foram menores as chances do contato, o que pode ser explicado às mães com cesáreas eletivas ou que chegaram ao hospital e logo pariram, sem passar pelo TP no hospital ($p < 0,001$).

O CPP foi predominante no parto normal e estatisticamente significativo (IC 95% 26,07-91,99 e $p < 0,001$). Das pacientes que passaram pelo parto normal, 93,6% tiveram CPP e entre as mães que passaram pela cesárea, apenas 23% tiveram CPP, ou seja, as que passam pelo parto normal tem maiores chances de praticar o CPP do que na cesárea.

A escolha do local de parto não teve associação com a prática do CPP e da amamentação dentro da primeira hora de vida. Em relação ao local de parto, a sala do pré-parto e quarto PPP tiveram associação significativa com a prática do CPP ($p < 0,001$), sendo que das mulheres em que o nascimento foi no quarto PPP, apenas 4(4,9%) dos RN não foram colocados em CPP e no centro obstétrico 109 (64,9%) não realizou o CPP, porém vale lembrar que dos nascimentos neste local, a maioria foi cesárea, a qual será sempre realizada dentro do centro obstétrico.

Em relação ao profissional que assistiu o parto, dos partos acompanhados por Enfermeira Obstétrica ou residente em EO, a maioria realizou o CPP, apenas 3 (4%) não realizou o CPP, o que foi estatisticamente significativo ($p < 0,001$), portanto um fator protetor da prática.

Em relação a posição do parto deitada, semi-sentada e quatro apoios, mostraram relação significativa com a prática do CPP, pois são as mães que a via do nascimento, foi parto normal ($p < 0,001$).

Tabela 9 – Variáveis relacionadas às características do trabalho de parto e parto das puérperas entrevistadas no HU-UEPG segundo as variáveis dependentes “Contato pele a pele logo após o parto” e “Amamentação dentro da 1ª hora de vida” (n=405)

(continua)

Contato pele a pele logo após o parto					
Variáveis	Sim n=281 (69,4)	Não n=124 (30,6)	Odds ratio	IC 95%	Valor de p
Métodos não farmacológicos de alívio da dor no TP					
Sim	213 (83,5)	42 (16,5)	1,96	1,05 – 3,67	0,037
Não	49 (72,1)	19 (27,9)	(ref)		
Não passei pelo TP	19 (23,2)	63 (76,8)	0,11	0,06-0,24	<0,001
Tipo de parto					
Normal	249 (93,6)	17 (6,4)	48,97	26,07 – 91,99	<0,001
Cesárea	32 (23)	107 (77)	(ref)		

Tabela 9 – Variáveis relacionadas às características do trabalho de parto e parto das puérperas entrevistadas no HU-UEPG segundo as variáveis dependentes “Contato pele a pele logo após o parto” e “Amamentação dentro da 1ª hora de vida” (n=405)

(continuação)					
Contato pele a pele logo após o parto					
Variáveis	Sim n=333 (82,2)	Não n=72 (17,8)	Odds ratio	IC 95%	Valor de p
Escolha do local de parto					
Sim	59 (92,2)	5 (7,8)	(ref)		
Não	190 (94,1)	12 (5,9)	1,34	0,45-3,96	0,566
Não, pois foi cesárea	32 (23)	107 (77)	0,02	0,01-0,06	<0,001
Local do parto					
Sala do pré-parto	144 (92,9)	11 (7,1)	24,18	12,13 – 48,22	<0,001
Quarto PPP	78 (95,1)	4 (4,9)	36,02	12,56 – 103,31	<0,001
Centro Obstétrico	59 (35,1)	109 (64,9)	(ref)		
Presença de acompanhante					
Sim	238 (68,8)	108 (31,2)	(ref)		
Não	43 (72,9)	16 (27,1)	1,21	0,65-2,26	0,646
Profissional que assistiu o parto					
Médico obstetra	209 (63,3)	121 (36,7)	(ref)		
Enfermeira obstétrica/Residente	72 (96)	3 (4)	13,8	4,28-45,05	<0,001
Posição					
Deitada	140 (94)	9 (6)	52,01	23,81 – 113,60	<0,001
Semi-sentada	83 (94,3)	5 (5,7)	55,50	20,72 – 148,66	<0,001
Quatro apoios/cócoras	26 (89,7)	3 (10,3)	28,97	8,23 – 102,03	<0,001
Cesárea	32 (23)	107 (77)	(ref)		
Amamentação dentro da primeira hora de vida					
Variáveis	Sim n=333 (82,2)	Não n=72 (17,8)	Odds ratio	IC 95%	Valor de p
Métodos não farmacológicos de alívio da dor no TP					
Sim	210 (82,4)	45 (17,6)	(ref)		
Não	58 (85,3)	10 (14,7)	1,24	0,59-2,61	0,716
Não passei pelo TP	65 (79,3)	17 (20,7)	0,81	0,43-1,52	0,516
Tipo de parto					
Normal	220 (82,7)	46 (17,3)	(ref)		
Cesárea	113 (81,3)	26 (18,7)	0,90	0,53-1,54	0,784
Escolha do local de parto					
Sim	54 (84,4)	10 (15,6)	(ref)		
Não	166 (82,2)	36 (17,8)	0,85	0,39-1,83	0,849
Não, pois foi cesárea	113 (81,3)	26 (18,7)	0,80	0,36-1,78	0,694

Tabela 9 – Variáveis relacionadas às características do trabalho de parto e parto das puérperas entrevistadas no HU-UEPG segundo as variáveis dependentes “Contato pele a pele logo após o parto” e “Amamentação dentro da 1ª hora de vida” (n=405)

(conclusão)

Amamentação dentro da primeira hora de vida					
Variáveis	Sim n=333 (82,2)	Não n=72 (17,8)	Odds ratio	IC 95%	Valor de p
Local do parto					
Sala do pré-parto	125 (80,6)	30 (19,4)	(ref)		
Quarto PPP	71 (86,6)	11 (13,4)	1,54	0,73-3,27	0,282
Centro Obstétrico	137 (81,5)	31 (18,5)	1,06	0,60-1,85	0,887
Presença de acompanhante					
Sim	284 (82,1)	62 (17,9)	(ref)		
Não	49 (83,1)	10 (16,9)	1,06	0,51-2,22	1,000
Profissional que assistiu o parto					
Médico obstetra	270 (81,8)	60 (18,2)	(ref)		
Enfermeira obstétrica/Residente	63 (84)	12 (16)	1,16	0,59-2,29	0,739
Posição					
Deitada	123 (82,6)	26 (17,4)	(ref)		
Semi-sentada	71 (80,7)	17 (19,3)	0,88	0,44-1,73	0,729
Quatro apoios/cócoras	26 (89,7)	3 (10,3)	1,83	0,51-6,50	0,422
Cesárea	113 (81,3)	26 (18,7)	0,91	0,50-1,67	0,878

Fonte: a autora (2020).

Os RN com Apgar de 8 a 10 no 1º minuto tem maiores chances de passarem pelo CPP sendo 2,6 x maior do que os RN com Apgar menor que 7 (OR=2,62 e p=0,013). E os RN com Apgar no 5º minuto de 8 a 10 tem maiores chances de serem colocados em seio materno dentro da primeira hora de vida (p=0,041). A ausência de intercorrência neonatal aumenta a chance do RN ser colocado em CPP e iniciar a amamentação dentro da primeira hora de vida, de forma estatisticamente significativa (p=0,045 e p<0,001).

Tabela 10 – Variáveis relacionadas às características dos recém-nascidos das puérperas entrevistadas no HU-UEPG segundo as variáveis dependentes “Contato pele a pele logo após o parto” e “Amamentação dentro da primeira de vida” (n=405)

(continua)

Contato pele a pele logo após o parto					
Variáveis	Sim n=281 (69,4)	Não n=124 (30,6)	Odds ratio	IC 95%	Valor de p
Sexo					
Masculino	136 (68,7)	62 (31,3)	(ref)		

Tabela 10 – Variáveis relacionadas às características dos recém-nascidos das puérperas entrevistadas no HU-UEPG segundo as variáveis dependentes “Contato pele a pele logo após o parto” e “Amamentação dentro da primeira de vida” (n=405)

(continuação)

Contato pele a pele logo após o parto					
Variáveis	Sim n=281 (69,4)	Não n=124 (30,6)	Odds ratio	IC 95%	Valor de p
Feminino	145 (70,0)	62 (30,0)	1,06	0,69-1,62	0,829
Peso					
Baixo peso	4 (66,7)	2 (33,3)	(ref)		
Peso insuficiente	61 (74,4)	21 (25,6)	1,45	0,24-8,51	0,649
Peso adequado	203 (68,6)	92 (31,2)	1,10	0,19-6,13	1,000
Excesso de peso	13 (59,1)	9 (40,9)	0,72	0,10-4,82	1,000
Apgar no 1º minuto					
< que 7	15 (48,4)	16 (51,6)	(ref)		
8 a 10	266 (71,1)	108 (28,9)	2,62	1,25-5,50	0,013
Apgar no 5º minuto					
< que 7	2 (40)	3 (60)	(ref)		
8 a 10	279 (69,8)	121 (30,3)	3,45	0,57-20,96	0,170
Intercorrência neonatal					
Sim	17 (53,1)	15 (46,9)	(ref)		
Não	264 (70,8)	109 (29,2)	2,13	1,03-4,43	0,045
Amamentação dentro da primeira hora de vida					
Variáveis	Sim n=333 (82,2)	Não n=72 (17,8)	Odds ratio	IC 95%	Valor de p
Sexo					
Masculino	162 (81,8)	36 (18,2)	(ref)		
Feminino	171 (82,6)	36 (17,4)	1,05	0,63-1,75	0,896
Peso					
Baixo peso	3 (50)	3 (50)	(ref)		
Peso insuficiente	68 (82,9)	14 (17,1)	4,85	0,88-26,60	0,083
Peso adequado	245 (83,1)	50 (16,9)	4,90	0,96-24,98	0,069
Excesso de peso	17 (77,3)	5 (22,7)	3,40	0,51-22,40	0,310
Apgar no 1º minuto					
< que 7	22 (71)	9 (29)	(ref)		
8 a 10	311 (83,2)	63 (16,8)	2,01	0,88-4,59	0,092
Apgar no 5º minuto					
< que 7	2 (40)	3 (60)	(ref)		
8 a 10	331 (82,8)	69 (17,3)	7,19	1,18-43,87	0,041
Intercorrência neonatal					
Sim	22 (68,8)	10 (31,3)	(ref)		

Tabela 10 – Variáveis relacionadas às características dos recém-nascidos das puérperas entrevistadas no HU-UEPG segundo as variáveis dependentes “Contato pele a pele logo após o parto” e “Amamentação dentro da primeira de vida” (n=405)

(conclusão)

Amamentação dentro da primeira hora de vida					
Variáveis	Sim n=333 (82,2)	Não n=72 (17,8)	Odds ratio	IC 95%	Valor de p
Não	311 (83,4)	62 (16,6)	14,13	5,31-37,56	<0,001

Fonte: a autora (2020).

De todos os RN que iniciaram a amamentação antes dos cuidados com o pediatra, todos haviam sido colocados em CPP, pois estavam em contato no momento da amamentação e foi dentro da 1ª hora pós-parto, o que foi estatisticamente significativo ($p < 0,001$ e $p = 0,002$).

A ausência de intercorrência materna tem relação significativa com a prática da amamentação dentro da primeira hora de vida. As mães sem intercorrência tiveram 7x mais chances de amamentar na primeira hora (OR=7,06 $p = 0,001$).

Os RN que receberam complemento tiveram menores chances de serem amamentados dentro da primeira hora de vida com uma associação significativa ($p = 0,037$). Dos RN que não fizeram uso do complemento, 83,3% foram amamentados na primeira hora de vida. As mães que não receberam orientação no hospital sobre CPP e amamentação dentro da primeira hora de vida, tiveram menos chance de amamentar na primeira hora, estatisticamente significante ($p < 0,007$).

Tabela 11 – Variáveis relacionadas às características do pós-parto das puérperas entrevistadas no HU-UEPG segundo as variáveis dependentes “Contato pele a pele logo após o parto” e “Amamentação dentro da primeira de vida” (n=405)

(continua)

Contato pele a pele logo após o parto					
Variáveis	Sim n=281 (69,4)	Não n=124 (30,6)	Odds ratio	IC 95%	Valor de p
Amamentação					
Antes dos cuidados do pediatra	35 (100)	0 (0)	(ref)		
Após os cuidados do pediatra	246 (66,5)	124 (33,5)	-	-	<0,001
Acompanhante na 1ª hora pós-parto					
Sim	250 (69,6)	109 (30,4)	(ref)		
Não	31 (67,4)	15 (32,6)	0,90	0,46-1,73	0,736
Sutura de laceração/episiotomia					
Sim	118 (93,7)	8 (6,3)	(ref)		
Não	131 (93,6)	9 (6,4)	0,98	0,36-2,64	1,000

Tabela 11 – Variáveis relacionadas às características do pós-parto das puérperas entrevistadas no HU-UEPG segundo as variáveis dependentes “Contato pele a pele logo após o parto” e “Amamentação dentro da primeira de vida” (n=405)

(continuação)					
Contato pele a pele logo após o parto					
Variáveis	Sim n=281 (69,4)	Não n=124 (30,6)	Odds ratio	IC 95%	Valor de p
Não, pois foi cesárea	32 (23)	107 (77)	0,02	0,009-0,004	<0,001
Auxílio e orientações nas dificuldades					
Sim	266 (69,6)	116 (30,4)	(ref)		
Não	15 (65,2)	8 (34,8)	0,81	0,33-1,98	0,646
Intercorrência materna					
Sim	10 (83,3)	2 (16,7)	(ref)		
Não	271 (69)	122 (31)	0,44	0,09-2,05	0,358
Uso de chupeta/bico intermediário					
Sim	26 (74,3)	9 (25,7)	(ref)		
Não	255 (68,9)	115 (31,1)	1,30	0,59-2,86	0,570
Fissuras mamárias					
Sim	110 (72,8)	41 (27,2)	(ref)		
Não	171 (67,3)	83 (32,7)	0,76	0,49-1,19	0,265
Uso de complemento					
Sim	14 (51,9)	13 (48,1)	(ref)		
Não	267 (70,6)	111 (29,4)	2,23	1,01-4,90	0,051
Frenotomia no recém-nascido					
Sim	14 (77,8)	4 (22,2)	(ref)		
Não	267 (69)	120 (31)	0,63	0,20-1,97	0,602
Orientação no hospital					
Sim	81 (75)	27 (25)	(ref)		
Não	200 (67,3)	97 (32,7)	0,68	0,41-1,13	0,145
Amamentação dentro da primeira hora de vida					
Variáveis	Sim n=333 (82,2)	Não n=72 (17,8)	Odds ratio	IC 95%	Valor de p
Amamentação					
Antes dos cuidados do pediatra	35 (100)	0 (0)	(ref)		
Após os cuidados do pediatra	298 (80,5)	72 (19,5)	-	-	0,002
Acompanhante na 1ª hora pós-parto					
Sim	295 (82,2)	64 (17,8)	(ref)		
Não	38 (82,6)	8 (17,4)	1,03	0,45-2,31	1,000
Sutura de laceração/episiotomia					
Sim	104 (82,5)	22 (17,5)	(ref)		
Não	116 (82,9)	24 (17,1)	1,02	0,54-1,93	1,000

Tabela 11 – Variáveis relacionadas às características do pós-parto das puérperas entrevistadas no HU-UEPG segundo as variáveis dependentes “Contato pele a pele logo após o parto” e “Amamentação dentro da primeira de vida” (n=405)

(conclusão)

Amamentação dentro da primeira hora de vida					
Variáveis	Sim n=333 (82,2)	Não n=72 (17,8)	Odds ratio	IC 95%	Valor de p
Não, pois foi cesárea	113 (81,3)	26 (18,7)	0,91	0,49-1,72	0,873
Auxílio e orientações nas dificuldades					
Sim	314 (82,2)	68 (17,8)	(ref)		
Não	19 (82,6)	4 (17,4)	1,02	0,33-3,12	1,000
Intercorrência materna					
Sim	5 (41,7)	7 (58,3)	(ref)		
Não	328 (83,5)	65 (16,5)	7,06	2,17-22,94	0,001
Uso de chupeta/bico intermediário					
Sim	28 (80)	7 (20)	(ref)		
Não	305 (82,4)	65 (17,6)	1,17	0,49-2,80	0,650
Fissuras mamárias					
Sim	118 (78,1)	33 (21,9)	(ref)		
Não	215 (84,6)	39 (15,4)	0,64	0,38-1,08	0,107
Uso de complemento					
Sim	18 (66,7)	9 (33,3)	0,40	0,17-0,93	0,037
Não	315 (83,3)	63 (16,7)	(ref)		
Frenotomia no recém-nascido					
Sim	16 (88,9)	2 (11,1)	(ref)		
Não	317 (81,9)	70 (18,1)	0,56	0,12-2,51	0,751
Orientação no hospital					
Sim	98 (90,7)	10 (9,3)	(ref)		
Não	235 (79,1)	62 (20,9)	0,38	0,19-0,78	0,007

Fonte: a autora (2020).

Em relação aos que amamentaram na primeira hora, a maioria havia sido colocado em CPP, porém sem relação significativa.

Tabela 12 – Relação da prática do contato pele a pele logo após o parto com a amamentação dentro da primeira de vida das puérperas entrevistadas no HU-UEPG (n=405)

(continua)

Realizou contato pele a pele					
Variáveis	Sim n=281 (69,4)	Não n=124 (30,6)	Odds ratio	IC 95%	Valor de p
Amamentação					
Sim	236 (70,9)	97 (29,1)	(ref)		

Tabela 12 – Relação da prática do contato pele a pele logo após o parto com a amamentação dentro da primeira de vida das puérperas entrevistadas no HU-UEPG (n=405)

(conclusão)

Realizou contato pele a pele					
Variáveis	Sim n=281 (69,4)	Não n=124 (30,6)	Odds ratio	IC 95%	Valor de p
Não	45 (62,5)	27 (37,5)	0,68	0,40-1,16	0,203

Fonte: a autora (2020).

Em relação a pega, os RN que tinham uma mamada regular, tiveram menos chance de ter sido amamentados na primeira hora de vida, em relação ao escore bom (OR=0,31 e p=0,004). Portanto, vale ressaltar que dos RN não apresentaram sinais de dificuldade na pega ou apresentaram um sinal, 82,3% haviam sido amamentados na primeira hora de vida, já dos que apresentam 2 sinais, 62,9% passaram pela amamentação.

Tabela 13 – Variáveis relacionadas a observação e avaliação da mamada das puérperas entrevistadas no HU-UEPG segundo as variáveis dependentes “Contato pele a pele logo após o parto” e “Amamentação dentro da primeira hora de vida” (n=405)

(continua)

Contato pele a pele logo após o parto					
Variáveis	Sim n=281 (69,4)	Não n=124 (30,6)	Odds ratio	IC 95%	Valor de p
Observação da mãe					
Bom	278 (69,2)	124 (30,8)	(ref)		
Regular	3 (100)	0 (0)			0,556
Ruim	0 (0,0)	0 (0,0)			0,556
Posição do bebê					
Bom	276 (69)	124 (31)	(ref)		
Regular	2 (100)	0 (0)			1,000
Ruim	3 (100)	0 (0)			0,555
Pega					
Bom	258 (70,3)	109 (29,7)	(ref)		
Regular	21 (60)	14 (40)	0,63	0,31-1,29	0,248
Ruim	2 (66,7)	1 (33,3)	0,84	0,07-9,41	1,000
Sucção					
Bom	271 (69,7)	118 (30,3)	(ref)		
Regular	7 (53,8)	6 (46,2)	0,50	0,16-1,54	0,233
Ruim	3 (100)	0 (0)			0,557

Tabela 13 – Variáveis relacionadas a observação e avaliação da mamada das puérperas entrevistadas no HU-UEPG segundo as variáveis dependentes “Contato pele a pele logo após o parto” e “Amamentação dentro da primeira hora de vida” (n=405)

(conclusão)

Amamentação dentro da primeira hora de vida					
Variáveis	Sim n=333 (82,2)	Não n=72 (17,8)	Odds ratio	IC 95%	Valor de p
Observação da mãe					
Bom	331 (82,3)	71 (17,7)	(ref)		
Regular	2 (66,7)	1 (33,3)	0,42	0,03-4,79	0,445
Ruim	0 (0,0)	0 (0,0)			0,178
Posição do bebê					
Bom	330 (82,5)	70 (17,5)	(ref)		
Regular	1 (50)	1 (50)	0,21	0,01-3,43	0,322
Ruim	2 (66,7)	1 (33,3)	0,42	0,03-4,74	0,441
Pega					
Bom	309 (84,2)	58 (15,8)	(ref)		
Regular	22 (62,9)	13 (37,1)	0,31	0,15-0,66	0,004
Ruim	2 (66,7)	1 (33,3)	0,37	0,03-4,20	0,407
Sucção					
Bom	320 (82,3)	69 (17,7)	(ref)		
Regular	11 (84,6)	2 (15,4)	1,18	0,25-5,47	1,000
Ruim	2 (66,7)	1 (33,3)	0,43	0,03-4,82	0,446

Fonte: a autora (2020).

4.3 DISCUSSÃO

Quanto ao fator idade materna, o estudo não mostrou associação significativa, porém a literatura mostra que a não realização do CPP e da amamentação é associada às mães mais jovens (SACO et al., 2019), assim como a ausência da amamentação precoce em mães com menos de 25 anos e em idades extremas (ESTEVES et al., 2014). Esse fato pode ser explicado pela falta de experiência e a insegurança destas mães, no entanto, vale lembrar que a prática do CPP e da amamentação, na maioria das vezes, depende na maior parte da rotina e dos profissionais do que da decisão da mãe (ANTUNES et al., 2017).

A educação se destaca fortemente quando o enfoque se detém aos determinantes de saúde materna (SILVESTREIN et al., 2013). No presente estudo, a maioria tinha ensino médio incompleto/completo, seguido do fundamental incompleto/completo. Em uma revisão sistemática (ESTEVES et al., 2014) a baixa escolaridade foi identificada como fator de risco.

Já em um dos estudos no Brasil, a baixa escolaridade se mostrou como fator protetor da amamentação na primeira hora de vida e explica que o atraso no início da amamentação foi devido a cesariana nas mulheres com maior escolaridade (SILVEIRA; ALBERNAZ; ZUCCHETO, 2008).

Quanto ao estado civil, grande parte das participantes do estudo possuía companheiro fixo, sendo casada/união estável ou amasiada, mesmo achado encontrado em outros estudos semelhantes, o que indica que o perfil de mulheres atendidas em maternidades no momento pós-parto, possuem companheiro fixo (MONTEIRO, 2019; CAMPOS et al., 2020; AYRES et al., 2021). Apesar de não estar associado com o CPP ou amamentação, estudos mostram que as mulheres casadas se mostraram favoráveis ao início da amamentação na sala de parto (SILVA et al., 2018).

Quanto ao histórico gestacional, a maioria eram multíparas, as quais têm maiores chances de iniciar precocemente a amamentação, o que pode ser explicado pelas experiências vivenciadas e conhecimentos adquiridos em gestações anteriores (SINGH et al., 2017), além de que, experiência anterior em amamentar é considerado um fator fortalecedor da amamentação (WAGNER et al., 2020).

Em relação ao número de consultas de pré-natal, a maioria realizou sete ou mais consultas, sendo que quatro ou mais consultas, é um fator que favorece o CPP e pode estar relacionado de forma positiva com um maior conhecimento do aleitamento materno e conseqüentemente, seu sucesso (SILVA et al., 2016). A orientação das mães sobre colocar seu RN no CPP deveria estar incluso nos cuidados do pré-natal para que logo que a mãe de entrada no hospital, seja realizado apenas uma revisão sobre esta prática (WIDSTROM et al., 2019). No entanto, um dos obstáculos para a implementação do CPP relatados por profissionais em um estudo, é a pequena porcentagem que o tema é abordado durante o pré-natal, pois a mãe não tendo conhecimento, dificulta a realização da prática, portanto, para facilitar, é necessário a orientação antes do parto (KOLOGESKI et al., 2017).

Neste estudo, a maioria das mulheres que foram orientadas sobre o CPP e a importância da amamentação logo após o parto, realizaram o CPP, com uma chance 2 x maior em relação as mães que não foram orientadas, com associação significativa. Portanto, é importante que durante o pré-natal seja discutido e orientado sobre o CPP no sentido de preparar a mulher para este momento, de igual forma, é importante a educação dos profissionais, pois nota-se que é difícil mudar as rotinas diárias já existentes e se adaptar a novas mudanças. Para a promoção do contato pela a pele precoce pode ser necessário a educação do profissional médico e dos pais sobre os benefícios do CPP e estabelecer um protocolo da prática (KOOPMAN et al., 2016).

Um outro estudo mostrou que 45,2% das mulheres relataram que foram informadas sobre o CPP no centro obstétrico ou no alojamento conjunto, e apenas 9% delas foram orientadas no pré-natal. Já sobre amamentação, 77,1% receberam orientações no hospital e 20% no pré-natal. Nota-se que as orientações recebidas no pré-natal tanto sobre o CPP quanto aleitamento materno ainda estão precárias. Os autores reforçam a importância do recebimento dessas informações no pré-natal, para que no momento do nascimento, essas práticas sejam realizadas (CAMPOS et al., 2020).

Outro fator que parece ter relação com o sucesso dessas práticas é o interesse materno em amamentar, sendo que no presente estudo, a maioria das puérperas tinham interesse, porém não teve relação significativa com a prática do CPP e da amamentação. O fato da mulher ter desejo e aceitação quanto à amamentação, facilita a realização da amamentação precoce já na sala de parto (SILVA et al., 2020), uma vez que o desejo de amamentar é um fator fortalecedor da amamentação (WAGNER et al., 2020).

Sendo assim, durante o pré-natal, identificar a vontade da mulher em amamentar é essencial e pode influenciar de forma positiva na decisão da mãe, haja vista que no pré-natal é um momento para aprendizado quanto as dúvidas sobre o assunto (VITA, 2020). Nesse sentido, torna-se essencial que os profissionais iniciem as orientações sobre o CPP e amamentação já no pré-natal, para que a mulher possa ter conhecimento dos benefícios, além de torná-la confiante no momento de receber o bebê e aproveite o primeiro contato (JUNG; RODRIGUES; HERBER, 2020). É válido destacar que o MS orienta que o pré-natal seja iniciado preferencialmente até as 12^a semanas de gestação (BRASIL, 2012). O início tardio do pré-natal pode ter interferência na amamentação, conforme mostrado por estudo onde mulheres com pré-natal tardio amamentaram por menos tempo (VICTORA et al., 2016).

A análise dos dados mostrou, que as pacientes que fizeram o uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto tinham uma maior chance de realizar o CPP, 2x maior do que nas mulheres que não usaram métodos. Os métodos não farmacológicos representam um grupo de medidas que auxiliam as parturientes no momento do parto em relação às queixas algícas, permitindo uma experiência menos dolorosa (ADAMS et al., 2015). As associações possíveis para esse achado podem estar relacionadas ao próprio preparo dos profissionais da equipe responsável pelo parto, considerando que, uma vez que a equipe está capacitada para as boas práticas, do mesmo modo que utiliza de métodos não farmacológicos para alívio da dor, atua de igual forma na apropriação da prática do CPP posteriormente.

Desse modo, quando há utilização de métodos não farmacológicos, espera-se que o seguimento seja a utilização do CPP. Além dos benefícios ao CPP, estudo mostrou que

mulheres tiveram métodos não farmacológicos de alívio da dor apresentaram bons resultados quanto à amamentação na primeira hora e a manutenção da amamentação após seis semanas. Além disso, mostrou resultado superior desses desfechos quando comparadas a mulheres que fizeram uso de métodos farmacológicos (ADAMS et al., 2015).

O parto normal é um fator que contribui na prática do CPP e amamentação na sala de parto (AYRES et al., 2021), o que confirma neste estudo a relação significativa do parto normal com o CPP. Já a cesárea, aparece nos estudos como obstáculo ou fator de risco, devido às rotinas do pós-operatório ou a restrição do movimento dos braços das mães, a analgesia, fazendo com que o contato não seja realizado (SILVA et al., 2016; LEDO et al., 2020a). A ausência do CPP após a cesárea parece ser acompanhada de um sentimento materno de desconexão entre os dois, assim como aumenta o risco de a mãe passar pelo transtorno de estresse pós-traumático. Já com a presença do CPP após a cesárea, tem-se a redução da percepção da dor materna (PHILLIPS, 2013; SIMPSON et al., 2018; STEVENS et al., 2019).

Infelizmente, na cesárea, o risco é triplicado para a não realização do CPP e da amamentação em relação ao parto normal, portanto é necessário que os profissionais valorizem a importância das duas práticas essenciais ao binômio, de forma a garanti-las mesmo na realização da cesárea (KOOPTMAN et al., 2016; SACO et al., 2019; STEVENS et al., 2019). O parto com fórceps, apesar de ser pouco utilizado, é um fator de risco para a ausência do contato e da amamentação, podendo ser devido a analgesia, interferindo na amamentação de forma precoce (BRIMDYR et al., 2015).

Em relação ao local do parto, a cesárea sempre será realizada no centro obstétrico, já o parto normal tem a possibilidade de ocorrer na sala de pré-parto, no centro obstétrico ou no quarto PPP (sala de pré-parto, parto e pós-parto), o qual de acordo com a RDC 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária é destinada a humanizar o atendimento no parto com maior vínculo da mãe-filho (BRASIL, 2008). No presente estudo, o parto na sala de pré-parto ou quarto PPP, apresentou relação significativa com a prática do CPP.

Em estudo realizado em um Hospital Universitário, dos partos que são realizados no quarto PPP, em 75% deles a amamentação ocorreu ainda no momento do parto (STANCATO; VERGÍLIO; BOSCO, 2011). Já o centro obstétrico, em uma entrevista com profissionais, aparece como um fator que dificulta o CPP devido ao espaço, demanda dos serviços e número de profissionais (KOLOGESKI et al., 2017).

Outro fator facilitador do CPP entre a mãe e filho é a presença do acompanhante, pois a mulher tem maior segurança em permanecer com o bebê durante a primeira hora, bem como, relatada em estudos como um fator associado a ocorrência do CPP (AYRES et al., 2021;

KOLOGESKI et al., 2017). Neste estudo, a maioria estava acompanhada, sendo que durante o CPP é necessário o cuidado e observação de um profissional e quando a mãe está sonolenta ou com efeito anestésico, a mãe e o RN devem ser acompanhados pela doula ou acompanhante. Por isso a importância do acompanhante ou doula para que esta prática não seja interrompida (WHO, 2018).

O enfermeiro é o profissional que garante a realização do quarto passo da IHAC, pois além de auxiliar no preparo das mães, atua no período pós-parto, enfrentando os obstáculos da prática (LEITE et al., 2016). Em relação à enfermeira obstétrica, a qual assiste o parto de risco habitual, nota-se a sua importância na condução do TP e parto, pois tem seus cuidados que se fundamentam conforme a fisiologia, e que proporcionam benefícios para o desenvolvimento do RN e para as parturientes, incentivando-as para uma participação ativa e as encoraja para serem protagonistas no parto e para o desenvolvimento do RN.

Entre os cuidados, o respeito da hora dourada, o CPP, clampeamento tardio do cordão e a amamentação, portanto, com a assistência da Enfermeira obstétrica objetiva-se a contribuição para reduzir a morbimortalidade materna e um parto seguro (RAMOS et al., 2018; PRATA; PROGIANTILL, 2013). Também no presente estudo, na maioria dos partos acompanhados por Enfermeira obstétrica ou Residente em Enfermagem Obstétrica, o CPP foi realizado, com associação significativa.

A posição da mãe é outro fator que pode interferir no período após o nascimento. A posição deitada, semi-sentada e quatro apoios-cócoras tem associação significativa neste estudo, com a prática do CPP, portanto é possível realizar o contato pele em outras posições. Após o parto normal, é confortável a posição semi-reclinada da mãe, pois favorece a adaptação do bebê em relação a sua respiração, diferente da posição horizontal (ERLANDSSON et al., 2008). Porém na cesárea, mesmo não tendo a opção de verticalizar a mulher, o CPP deve ser realizado com o RN posicionado horizontalmente sob os seios da mãe, sendo necessário que a equipe observe a respiração do bebê e garanta que ele não se empurre do corpo da mãe (WIDSTROM et al., 2019).

No presente estudo, o CPP teve relação significativa com o Apgar de 8 a 10 no 1º minuto e ausência de intercorrência neonatal, ou seja, com maiores chances de realizar o CPP. Já o Apgar no 5º minuto de 8 a 10 teve relação estatisticamente significativa com a amamentação dentro da primeira hora de vida. O Apgar no 1º minuto de vida entre 8 e 10 e um peso ao nascer maior aparecem como fatores de proteção para o CPP e amamentação dentro da primeira hora de vida (SILVA et al., 2016; SACO et al., 2019). O índice de Apgar é uma avaliação realizada no 1º, 5º e 10º minuto de vida do RN, e assim como outras avaliações ela

pode ser realizada enquanto o bebê está em CPP, sem interrupção. Uma vez em CPP, menores são as chances de o RN chorar, permanece aquecido e não tem gasto de energia (WIDSTROM et al., 2019).

Em relação a ausência de intercorrências neonatais imediatas, tem associação significativa com a realização do CPP e amamentação na primeira hora de vida. Estudos mostram ser uma das principais causas da não realização do CPP, o que acaba influenciando negativamente no tempo de início do contato e do aleitamento materno, podendo ser considerado então um fator desfavorável à prática do CPP (SILVA et al, 2016; MONTEIRO et al., 2019). Além disso, desconforto respiratório do RN ou Apgar menor que seis ao nascimento podem ser condições que impliquem no encaminhamento do RN para UTI ou UCI neonatal, o que consequentemente contribui para o insucesso dessas práticas (SILVA et al., 2020).

O peso ao nascer não mostrou relação significativa com as duas práticas, no entanto, o peso adequado ao nascer tem relação com o CPP e amamentação na primeira hora de vida, sendo que foi identificada uma associação do maior peso com a prática do aleitamento de forma precoce. Sabe-se que esta prática deve ser incentivada em RN com baixo peso por promover a amamentação, podendo ser considerada um fator de proteção para estas crianças (BERDE et al., 2016; ORAS et al., 2016; SACO et al., 2019). A justificativa para a menor chance de amamentação em RN com baixo peso pode estar relacionado com a necessidade de intervenções. Sendo assim, intervenções desnecessárias ainda são praticadas no hospital, impossibilitando a realização do quarto passo da IHAC (PEREIRA et al., 2013; SILVA et al., 2018).

A maioria dos RN são colocados em CPP mas são retirados para os primeiros cuidados com o pediatra e somente após o término, são colocados para serem amamentados. No presente estudo, os RN que foram amamentados antes dos cuidados pelo pediatra, todos estavam em CPP e a amamentação foi dentro da primeira hora de vida, com associação significativa. Em um estudo, as mulheres relataram que após os cuidados com RN eles retornavam para o seu colo para dar continuidade no contato, porém eram colocados sobre a roupa, o que não caracteriza o CPP. Ainda são usados campos cirúrgicos, como um cuidado para o RN não perder calor, porém, o contato da mãe com o RN faz com que este continue aquecido e assegure a temperatura corporal (SANTOS et al., 2014; CAMPOS et al., 2020).

Estudo em maternidade mostrou que 67,6% dos RN foram afastados da mãe para a realização de procedimentos não recomendados durante a hora dourada, como por exemplo, realização do exame físico/aula, registro fotográfico, limpeza do umbigo e colocação de fralda. Além disso, algumas práticas foram responsáveis pelo atraso do retorno do RN para a mãe,

como o aquecimento no berço aquecido, aguardo do resultado de sorologias maternas (teste rápido) e realização da vitamina K (MONTEIRO et al., 2019). Além disso, uma das causas do afastamento do RN é descrita como as rotinas da unidade e procedimentos como higiene, secagem e vestir o bebê. O que implica na necessidade da sensibilização da importância da prática do CPP, postergando os procedimentos não necessários após o nascimento, respeitando a hora dourada (CHAIBEN, 2012).

Outra rotina realizada logo após o parto no hospital de estudo é a administração da vitamina K e da vacina contra a hepatite B. A vitamina K é realizada com o objetivo de prevenir hemorragia neonatal, no entanto pode ser realizada após a primeira hora de vida, não tendo necessidade de interromper o CPP para sua administração (WHO, 2018b). Além disso, essas administrações podem ser feitas durante o CPP, por acalmar o RN, reduzir o choro e principalmente diminuir a dor no RN (VIVANCOS et al., 2010; LEITE et al., 2015). O CPP logo de imediato e sem interrupção na primeira hora após o nascimento é importante para a amamentação e no desenvolvimento neonatal e infantil (WHO, 2018a). No período neonatal, primeiros 28 dias de vida, o risco de mortalidade é maior para os RN que iniciam a amamentação de duas a 23 horas de vida. Este risco é dobrado quando a amamentação se inicia em um dia ou mais comparado aos que iniciaram na primeira hora (SMITH et al., 2017).

A separação do binômio e o atraso no início da amamentação são duas rotinas que levam a interrupção precoce da amamentação, portanto é necessária a orientação baseada em evidências para as famílias. Dentro de um padrão global, 80% das mães relatam que o RN a termo foi colocado em CPP de forma imediata ou cinco minutos após o parto com duração de uma hora ou mais e que foram colocados para amamentar (WHO, 2018a).

Monteiro (2019) encontrou que no local de estudo, 82,9% dos bebês permaneceram em CPP cerca de um a cinco minutos, e apenas 2,8% permaneceram por uma hora, conforme é preconizado pela OMS. Além disso, 56,2% dos bebês realizaram essa prática de forma inadequada, tendo um “pano/campo” entre a pele do bebê e a pele da mãe, descaracterizando o sentido da prática “pele a pele” (MONTEIRO et al., 2019). No presente estudo não é possível saber quanto tempo durou o CPP, nesse sentido, autores ressaltam a importância do registro do tempo de duração do CPP, e não apenas a informação de “sim ou não” (KUAMOTO; BUENO; RIESCO, 2021). Sabe-se que o contato por dez minutos pode levar a melhores resultados na amamentação e o contato prolongado, ou seja, maior ou igual a 90 minutos tem forte associação com a amamentação dentro deste tempo (MOORE et al., 2016; QU et al., 2020).

Considerando todos os benefícios dessa prática quando realizada por uma hora ininterrupta, vê-se a necessidade do engajamento de profissionais como enfermeiras, obstetrias

e médicos, bem como a criação e adoção de protocolos assistenciais assim como políticas institucionais bem estabelecidas para a aplicação da prática do CPP ideal. Além disso, deve-se adotar novas medidas quanto às práticas realizadas, principalmente como a retirada do bebê para práticas rotineiras, as quais podem ser realizadas após a uma hora de CPP.

Outro achado do presente estudo, foi a ocorrência de reparo perineal/sutura que se faz necessário quando há lacerações no canal vaginal em virtude do nascimento. Apesar de não ter representado significância estatística neste estudo, aparece na literatura que nas mulheres sem traumas perineais/sem necessidade deste procedimento de reparo, houve maior duração do CPP e amamentação na primeira hora de vida (KUAMOTO; BUENO; RIESCO, 2021).

Esse fato pode ser explicado haja vista que a dor do procedimento pode reduzir ou prejudicar a mobilidade da mulher, comprometendo o início precoce da amamentação (ELHARMEEL et al., 2011). Outra possibilidade pode estar relacionada ao fato de os profissionais retirarem o bebê do contato com a mãe durante o procedimento, seja para não atrapalhar a realização da sutura ou para realizar cuidados com o bebê. No entanto, estudo afirma que considerando os benefícios do CPP e da amamentação precoce, o RN pode inclusive ser mantido com a mãe durante o procedimento (KHADIVZADEH; KARIMI, 2009).

Quanto ao auxílio recebido nas dificuldades relacionadas a amamentação, a maioria respondeu que recebeu auxílio. Estudo em maternidade mostrou que 64,1% dos RN iniciaram a amamentação dentro da primeira hora, sendo que destes, 67,9% tiveram auxílio na primeira pega, sendo solicitada espontaneamente pelo profissional ou conforme solicitação da mãe, quando com alguma dificuldade (KUAMOTO; BUENO; RIESCO, 2021).

No presente estudo, das 12 alterações maternas, 5 (41,7%) foram a atonia uterina e 4 (33,3%) aumento da perda de sangue, sendo que esta perda de sangue não foi descrita a causa. Estas duas alterações, são encontrados na literatura como algumas das causas da hemorragia pós-parto (HPP). Estudo realizado na Austrália, sugere que o CPP e amamentação realizados 30 minutos após o nascimento podem reduzir o número de casos de HPP e que as mulheres que não passaram por estas práticas, a chance de ter HPP é quase duplicado (SAXTON et al., 2015).

Neste estudo, as mães que não passaram por intercorrências maternas, tiveram uma chance 7x maior em amamentar dentro da primeira hora, além disso, outro estudo identificou que não ter complicações no parto está associado significativamente com o sucesso do CPP (SILVA et al., 2016), além de interferir no aleitamento materno precoce, seja pelo cansaço, sonolência pela analgesia ou por complicações vitais que as impedem de amamentar após o nascimento (SILVA et al., 2020).

Outro fator que pode interferir no aleitamento materno está relacionado ao uso de chupeta, e que apesar de não ser uma prática orientada no hospital de estudo, uma pequena parcela de mães acabou utilizando, porém não mostrou associação significativa com o CPP e a amamentação. A literatura mundial diverge quanto ao uso da chupeta, pois uma vez que Academia Americana de Pediatria (AAP) recomenda o uso para crianças de três a quatro meses em aleitamento bem determinado para a prevenção Síndrome da Morte Súbita do Lactante (SMSL) (EIDELMAN, 2012), a UNICEF junto com a OMS orienta evitar o uso de chupeta, considerando o risco de desmame precoce, sendo inclusive uma das iniciativas do IHAC (WHO; UNICEF, 2018).

Estudos mostram a influência negativa da chupeta na amamentação, que podem levar ao desmame. Uma das problemáticas é a confusão de bicos, principalmente quando a chupeta é utilizada antes do estabelecimento da amamentação, haja vista que o RN pode ter dificuldades em sugar no seio materno, o que pode levar a um desinteresse, redução das mamadas, esvaziamento das mamas, ingurgitamento e fissuras mamárias, até chegar no desmame total (CASTILHO et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2015; BATISTA; RIBEIRO; NASCIMENTO, 2017).

Outro fator que pode interferir na amamentação é a presença de fissuras mamárias, que consistem em lesões na mama em decorrência de principalmente, pega inadequada e posicionamento inadequado do bebê. Apesar de não ter apresentado nenhuma significância, a ocorrência da fissura esteve em 150 (37,3%) das pacientes, dentro do identificado por revisão sistemática, que mostrou prevalência de 26,7% a 52,75% e a incidência de 16% a 100% (DIAS; VIEIRA; VIEIRA, 2017). As principais alterações mamárias incluem fissura, ingurgitamento mamário e mastite. No entanto, a fissura é considerada a principal alteração mamária na maioria dos casos observados no período pós-parto, e pode comprometer a continuidade e o sucesso do aleitamento materno, podendo inclusive ser considerado um fator responsável pelo desmame precoce (BARBOSA et al., 2018; ARAÚJO et al., 2021).

O uso de complemento se fez presente na amostra estudada, o qual apresentou associação significativa com menores chances de terem sido colocados para amamentar. Apesar da amamentação precoce ser estimulada pela OMS e UNICEF, o uso de complemento é comum nas instituições hospitalares, muitas vezes sem indicação clínica (LEDO et al., 2020b), e esse uso ainda na maternidade pode aumentar em até duas vezes a interrupção da amamentação no primeiro mês de vida (MORAES et al., 2016; SILVA et al., 2019). Estudos semelhantes identificaram taxas de 12% a 13% de uso de fórmula pelos RN, resultados acima do encontrado no presente estudo, no entanto também observaram que o CPP após o nascimento e satisfação

em amamentar se constituíram como fatores de proteção e diminuíram a chance do uso de complemento na maternidade (LEDO et al., 2020b; PELEGRINI; SONCINI, 2019).

É visto que quando o CPP e amamentação na primeira hora de vida são realizados, o AME é maior em comparação aos que não realizam a prática e está relacionado ao sucesso na primeira mamada. Com o CPP, o tempo para atingir uma amamentação efetiva na primeira hora de vida é menor (MOORE et al., 2016; SACO et al., 2019).

Desta forma, é essencial que o CPP e o aleitamento materno sejam estimulados logo após o nascimento, pois além de contribuir com a não utilização de fórmulas e complementos, pode contribuir com o sucesso do aleitamento materno exclusivo. Além disso, quanto ao cenário assistencial, deve-se investir em atividades educativas a respeito do uso do complemento apenas em situações com real indicação clínica (LEDO et al., 2020b).

Quanto ao receber informações/orientações sobre o CPP e aleitamento materno no hospital, autores mostram que as mulheres que recebem informações sobre o aleitamento materno, são três vezes mais propensas a praticar o aleitamento exclusivo (TEWABE et al., 2017). No presente estudo a não orientação no hospital aparece com uma associação significativa com a menor chance de realizar o CPP e amamentação. Nesse sentido, é essencial que a mulher receba informações ainda no puerpério imediato a respeito da importância do aleitamento materno exclusivo, haja vista que é um período em que dúvidas e inseguranças sobre esse tema são comuns (COSTA et al., 2013). Além disso, um dos dez passos da IHAC diz respeito sobre ações a serem realizadas na instituição hospitalar, como a realização de orientação de todas as gestantes sobre as vantagens e manejo do aleitamento materno bem como auxiliar as mães a iniciar a amamentação na primeira hora de vida após o nascimento do bebê (WHO; UNICEF, 2018).

Além de incentivar a amamentação, é necessário que os profissionais tanto do cenário hospitalar quanto da atenção básica, realizem o acompanhamento da mamada para identificar possíveis ajustes, orientando sobre a técnica correta, posição, cuidados com as mamas, buscando auxiliar nesse processo (BARBOSA et al., 2018). Estudo realizado em hospital universitário do estado de São Paulo, nos bebês em que a mamada foi avaliada, alguns sinais como pescoço torcido, queixo longe da mama e lábio inferior virado para dentro, apresentaram maior chance de desenvolver fissura mamilar quando comparado aos bebês sem esses sinais durante a mamada (COCA et al., 2009).

Em relação a avaliação da mamada, o RN que não foi colocado para amamentar dentro da primeira hora de vida, tem chance maior de apresentar dois sinais de dificuldade na pega. Nesse sentido, torna-se essencial a avaliação da técnica da mamada com o instrumento proposto

pela UNICEF, principalmente por auxiliar no manejo correto da amamentação. Quando realizada a avaliação da mamada por meio de instrumentos ainda em ambiente hospitalar, pode-se identificar precocemente dificuldades nesse processo, principalmente quanto a pega, resposta do bebê quando em contato e alterações nas mamas, facilitando a adoção de medidas e ajustes que podem contribuir com a continuidade do aleitamento materno exclusivo (BARBOSA et al., 2018).

Ressalto que a pandemia relacionada ao COVID 19 não interferiu na coleta de dados no Hospital de estudo, pois os protocolos ainda estavam sendo criados para posterior inserção na prática. Dentre as limitações do estudo, é válido destacar que apesar do estudo englobar perguntas realizadas diretamente às mães, é necessário que o CPP e a amamentação sejam observados diretamente no momento do parto e pós-parto, não exclusivamente com as informações “sim ou não”. É essencial registrar a duração do CPP e em que momento exatamente ele iniciou, assim como o início da amamentação. Portanto, no estudo, não foi possível ter conhecimento exato da duração do CPP, pelo fato das puérperas e acompanhantes não lembrarem o tempo de contato e a falta de registro nos prontuários desta informação.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os fatores identificados na prática do CPP imediatamente após o parto e da amamentação iniciada dentro da primeira hora de vida que tiveram relação significativa com o CPP ou com a amamentação foram: orientação sobre contato pele a pele, orientação importância da amamentação após o parto, métodos não farmacológicos de alívio da dor no TP, tipo de parto, local do parto, profissional que assistiu o parto, Apgar no 1º minuto, Apgar no 5º minuto, intercorrência neonatal, amamentação antes dos cuidados pediatria, intercorrência materna, uso de complemento, orientação no hospital e dificuldade na mamada.

Frente ao exposto e a todos os benefícios das boas práticas ao atendimento do RN, torna-se imprescindível a inserção dessas práticas no cuidado realizado pelos profissionais. No entanto, percebe-se que existe uma lacuna entre o que é preconizado e o que é realizado, sendo inexistente em alguns locais ou realizadas incorretamente. O CPP não pode ser visto como algo que atrapalha os cuidados ao RN no pós-parto e sim como uma necessidade que deve ser realizada visando os inúmeros benefícios a mãe e RN, inclusive podendo auxiliar na redução da mortalidade neonatal e materna.

Além disso, ressaltamos que durante a realização das consultas ou grupos de gestantes é necessário promover ações educativas que informem as mães e acompanhantes sobre as duas práticas e todos os fatores relacionados, assim como educação permanente com os profissionais envolvidos com os cuidados da mulher nos serviços de pré-natal e nas maternidades para que possa resultar na melhoria do processo de assistência. Destaco a presença da Enfermeira Obstétrica e Residente em Enfermagem Obstétrica no Hospital para o auxílio na implementação das boas práticas ao nascimento. Concluiu-se a relevância da identificação dos diversos fatores facilitadores e de barreiras, a fim de serem conhecidos pelos profissionais, pela mãe e seu acompanhante para que estimulem práticas que colaborem no aumento da realização dos cuidados essenciais no nascimento, principalmente relacionados a primeira hora de vida.

REFERÊNCIAS

- ADAMS, J.; FRAWLEY, J.; STEEL, A.; BROOM, A.; SIBBRITT, D. Use of pharmacological and non-pharmacological labour pain management techniques and their relationship to maternal and infant birth outcomes: examination of a nationally representative sample of 1835 pregnant women. **Midwifery**. v. 31, n. 4, p.458–63, 2015.
- AGHDAS, K.; TALAT, K.; SEPIDEH, B. Effect of immediate and continuous mother–infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: a randomised control trial. **Women Birth**. v. 27, p.37-40, 2014.
- AGUDELO, S. et al. Effect of skin-to-skin contact at birth on early neonatal hospitalization. **Early Hum. Dev.** v. 17, n. 521, p. 1-9, 2020.
- ALLEN, J. et al. Immediate, uninterrupted skin-to-skin contact and breastfeeding after birth: A cross-sectional electronic survey. **Midwifery**. v. 79, n. 102535, 2019.
- ANTUNES, M.B. et al. Amamentação na primeira hora de vida: conhecimento e prática da equipe multiprofissional. **Av Enferm**. v. 35, n.1, p.19-29, 2017.
- ARAÚJO, S.C. et al. Fatores intervenientes do desmame precoce durante o aleitamento materno exclusivo. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 4, p. e6882-e6882, 2021.
- ARKSEY, H.; O’MALLEY, L. Scoping studies: towards a methodological framework. **Int J Soc Res Methodol**. v. 8, n. 1, p.19-32, 2005.
- AYRES, L.F. et al. Fatores associados ao contato pele a pele imediato em uma maternidade. **Esc. Anna Nery**, v. 25, n. 2, e20200116, 2021.
- BARBOSA, G.E.F. et al. Dificuldades iniciais com a técnica da amamentação e fatores associados a problemas com a mama em puérperas. **Rev. paul. pediatr.**, v. 35, n. 3, p. 265-272, 2018.
- BATISTA, C.L.; RIBEIRO, V.S.; NASCIMENTO, M.S.B. Influência do uso de chupeta e mamadeira na prática do aleitamento materno. **J. Health Biol Sci**. v. 5, n. 2, p. 184-191, 2017.
- BERDE, A.S.; YALCIN, S.S. Determinants of early initiation of breastfeeding in Nigeria: a population-based study using the 2013 demographic and health survey data. **BMC Pregnancy Childbirth**, v.16, n.32, 2016.
- BRASIL. **Portaria nº 371, de 07 de maio de 2014**. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil 8 mai 2014. Brasília, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html. Acesso em 14 jul. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Série A. Normas e Manuais Técnicos – Cadernos de Atenção Básica, nº 32). Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf. Acesso em 14 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução nº 36, de 3 de junho de 2008. Dispõe sobre regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal.** Brasília, 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html. Acesso em 10 abr. 2021.

BRIMDYR, K. et al. The effect of labor medications on normal newborn behavior in the first hour after birth: A prospective cohort study. **Early Human Development.** v. 132, p. 30-6, 2019.

BRIMDYR, K. et al. An implementation algorithm to improve skin-to-skin practice in the first hour after birth. **Mater Child Nutr.** v. 14, e:12571, 2018.

BRIMDYR, K.; et al. The association between common labor drugs and suckling when skin-to-skin during the first hour after birth. **Birth.** v.42, n.4, p.319-28, 2015.

BUCKLEY, S.J. Leaving well alone: a natural approach to the third stage of labour. **Medical Veritas.** v. 2, n. 2, p. 492-9, 2005.

CAMPOS, P.M. et al. Contato pele a pele e aleitamento materno de recém-nascidos em um hospital universitário. **Rev Gaúcha Enferm,** v.41, e:20190154, 2020.

CANTRILL, R.M. et al. Effective suckling in relation to naked maternal-infant body contact in the first hour of life: an observation study. **BMC Pregnancy and Childbirth.** v. 14, n. 1, p. 14-20, 2014.

CARVALHO, M.J.L.N. et al. Primeira visita domiciliar puerperal: uma estratégia protetora do aleitamento materno exclusivo. **Rev Paul Pediatr.,** v. 36, n. 1, p. 66-73, 2018.

CARVALHÃES, M.A.; CORRÊA, C.R.H. Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante aplicação de protocolo. **Jornal de Pediatria.** v.79, n.1, p.13-20, 2003.

CARVALHO, A.M.V.G.O.; ZANGÃO, M.O. Contributo do contacto pele-a-pele na temperatura do recém-nascido. **Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras.** n. 14, p. 63-7, 2014.

CHAIBEN, M.O. **Contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida em um hospital amigo da criança do sul do Brasil.**49f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012. Disponível em: <https://www.bibliotecadigital.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/69739/000872990.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 10 abr. 2021.

CHERMONT, A.G. et al. Skin-to-skin contact and/or oral 25% dextrose for procedural pain relief for term newborn infants. **Pediatrics.** v. 124, e1101-7, 2009.

COCA, K.P. et al. A posição de amamentar determina o aparecimento do trauma mamilar? **Rev Esc Enferm USP.**, v. 43, p. 446-52, 2009.

COELHO, A. et al. The use of the aged simulation suit in nursing students: a scoping review. **Rev Enferm Ref.** v. 4, n. 14, p. 147-58, 2017.

COSTA, N.S. et al. Cuidados com recém-nascido realizados por puérperas em um alojamento conjunto. **CiencCuidSaude.** v. 12, n. 4, p.633-39, 2013.

CRENSHAW, J.T. et al. Effects of Skin-to-Skin Care During Cesareans: A Quasiexperimental Feasibility/Pilot Study. **Breastfeed. Med.** v. 14, n. 10, p. 731-43, 2019.

CSASZAR-NAGY, N.; BOKKON, I. Mother-newborn separation at birth in hospitals: a possible risk for neurodevelopmental disorders? **Neurosci. Biobehav. Rev.** v. 84, p. 337–51, 2018.

DIAS, J.S.; VIEIRA, T.O.; VIEIRA, G.O. Fatores associados ao trauma mamilar no período lactacional: uma revisão sistemática. **Rev Bras Saúde Mater Infant**, v. 17, n. 1, p. 27-42, 2017.

EIDELMAN, A.I. Breastfeeding and the use of human milk: an analysis of the American Academy of Pediatrics 2012 Breastfeeding Policy Statement. **Breastfeed Med.**, v. 7, n. 5, p. 323-4, 2021.

ESSA, R.M.; ISMAIL, N.I. Effect of early maternal/newborn skin-to-skin contact after birth on the duration of third stage of labor and initiation of breastfeeding. **J Nurs Educ Pract.** v. 5, n. 4, p. 98-107, 2015.

ELHARMEEL, S.M. et al. Surgical repair of spontaneous perineal tears that occur during childbirth versus no intervention. **Cochrane Database Syst Rev.** v. 8, CD008534, 2011.

ESTEVES, T.M.B. et al. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida: revisão sistemática. **Rev. Saúde Pública**, v.48, n.4, 2014.

ERLANDSSON, K. et al. Do caregiving models after cesarean birth influence the infants' breathing adaptation and crying? A pilot study. **J Child Young Peoples Nurs**, v. 2, p. 7-12, 2008.

GROUP, N.S. Timing of initiation, patterns of breastfeeding, and infant survival: prospective analysis of pooled data from three randomised trials. **Lancet Global Health**, v.4, n.4, e.266-75, 2016.

GULEROGLU, F.T.; MUCUK, S.; OZGURLUK, I. The effect of mother-infant skin-to-skin contact on the involution process and maternal postpartum fatigue during the early postpartum period. **Women Health.** v. 60, n. 6, p. 707-18, 2019.

GÜLEŞEN, A.; YILDIZ, D. Erken postpartum dönemdeannebebekbağlanmasının kanıtadaya uygulanan uygulamaların incelenmesi. **TAF Preventive Medicine Bulletin.** v. 12, n. 2, p. 177-82, 2013.

- HAY, W.W.J. et al. Knowledge gaps and research needs for understanding and treating neonatal hypoglycemia: workshop report from Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development. **J Pediatr**. v. 155, n. 5, p. 1-12, 2009.
- HEMACHANDRA, A. et al. Effect of Early Skin-to-Skin Contact to Breast Milk Volume and Breastfeeding Jaundice at 48 Hours after Delivery. **J Med Assoc Thai**. v. 99, Suppl 8: S63-S69, 2016.
- HEWITT, V. Nursing and midwifery management of hypoglycaemia in healthy term neonates. **Int J Evid Based Healthc**. v. 3, n. 7, p.169-205, 2005.
- JONAS, W. et al. Newborn skin temperature two days postpartum during breastfeeding related to different labour ward practices. **Early Hum Dev**. v. 83, n. 1, p. 55-62, 2007.
- JUNG, S.M.; RODRIGUES, F.A.; HERBER, S. Contato pele a pele e aleitamento materno: Experiências de Puérperas. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**. v. 10, e3657, 2020.
- KARIMI, F.Z. et al. The effect of kangaroo mother care immediately after delivery on mother-infant attachment and on maternal anxiety about the baby 3- months after delivery: A randomized controlled trial. **Int J Pediatr**. v. 4, n. 9, p. 3561-70, 2016.
- KHADIVZADEH, T.; KARIMI, A. The effects of post-birth mother-infant skin to skin contact on first breastfeeding. **Iran J Nurs Midwifery Res (Online)**, v. 14, n. 3, p. 111-6, 2009.
- KOLLMANN, M. et al. Early skin-to-skin contact after cesarean section: A randomized clinical pilot study. **PlosOne**. v. 12, e:0168783, 2017.
- KOLOGESKI, T.K.; et al. Contato pele a pele do recém-nascido com sua mãe na perspectiva da equipe multiprofissional. **Rev Enferm UFPE Online**, v.11, n.1, p.94-101, 2017.
- KOOPMAN, I.; et al. Early skin-to-skin contact for healthy full-term infants after vaginal and caesarean delivery: a qualitative study on clinician perspectives. **J ClinNurs**. v.25, n.9-10, p.1367-76, 2016.
- KUAMOTO, R.S.; BUENO, M.; RIESCO, M.L.G. Contato pele a pele entre mãe e recém-nascido a termo no parto normal: estudo transversal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, 2021.
- LACARRUBBA, J. et al. Practical guidelines for neonatal management: immediate attention for healthy full-term newborns. **Pediatr (Asunción)**. v. 38, n. 2, p.138-45, 2011.
- LANSKY, S. et al. Violência obstétrica: influência da exposição sentidos do nascer na vivência das gestantes. **Ciênc. Saúde coletiva**. v. 24, n. 8, p. 2811-2824, 2019.
- LEDO, B.C. et al. Fatores associados às práticas assistenciais ao recém-nascido na sala de parto. **Escola Anna Nery**, v.25, n.1, 2020a.

- LEDO, B.C. et al. Fatores associados ao uso de complemento lácteo entre recém-nascidos no ambiente hospitalar. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 28, p. 51503, 2020b.
- LEITE, M.F.F.S. et al. Promoção do aleitamento materno na primeira hora de vida do recém-nascido por profissionais da enfermagem. **ArqCienc Saúde UNIPAR**, v.20, n.2, 2016.
- LEITE, A. et al. Amamentação e contato pele-a-pele no alívio da dor em recém-nascidos na vacina contra Hepatite B. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 17, n. 3, 2015.
- LEVAC, D.; COLQUHOUN, H.; O'BRIEN, K.K. Scoping studies: advancing the methodology. **Implement Sci.** v.5, n.1, p. 69, 2010.
- LONNERDAL, B. Bioactive proteins in human milk-potential benefits for preterm infants. **ClinPerinatol**, v.44, n.1, p.179-191, 2017.
- MBALINDA, S. et al. Experience of perceived barriers and enablers of safe uninterrupted skin-to-skin contact during the first hour after birth in Uganda. **Midwifery**. v. 67, p. 95-102, 2018.
- MONTEIRO, B.R. **Fatores intervenientes no contato pele a pele entre mãe e bebê na hora dourada**. 67f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2019. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/28420/1/Fatoresintervenientescontato_Monteiro_2019.pdf. Acesso em: 20 abr. 2021.
- MORAES, B.A. et al. Factors associated with the interruption of exclusive breastfeeding in infants up to 30 days old. **Rev. Gaúcha Enferm.** v. 37, e2016-0044, 2016.
- MOORE, E.R. et al. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. **Cochrane Database Syst. Rev.** 2016.
- MOORE, E.R.; ANDERSON, G.C.; BERGMAN, N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. **The Cochrane Library**. v. 18, n. 3, 2007.
- MUKHERJEE, D. et al. Skin-to-skin contact at birth for vaginally delivered neonates in a tertiary care hospital: A cross-sectional study. **Med J Armed Forces India**. v. 76, n. 2, p.180-84, 2019.
- NECZYPOR, J.L.; HOLLEY, S.L. Providing evidence-based care during the golden hour. **Nursing for women's health**, v. 21, n. 6, p. 462-472, 2017.
- ODDY, W.H. Breastfeeding in the first hour of life protects against neonatal mortality. **J Pediatr**, v.89, n.2, p.109-11, 2013.
- OGBO, F.A. et al. Determinants of Exclusive Breastfeeding Cessation in the Early Postnatal Period among Culturally and Linguistically Diverse (CALD) Australian Mothers. **Nutrients**. v. 11, n. 7, p. 1-16, 2019.
- OLIVEIRA, R.C. et al. Uso de chupeta e desmame precoce: uma revisão de literatura. **Rev. Saúde. Com.** v. 11, n. 2, p.183-192, 2015.

ORAS, P. et al. O contato pele a pele está associado à obtenção mais precoce da amamentação em bebês prematuros. **Acta Paediatr.**v.105, n. 7, p. 783-789, 2016.

PELEGRINI, B.C.; SONCINI, T.C.B. Fatores associados ao uso de complemento ao leite materno nas primeiras 24 horas de vida em recém-nascidos no alojamento conjunto. **RIUNI – Medicina-Pedra Branca**, 2019.

PEREIRA, C.R.V.R. et al. Avaliação de fatores que interferem na amamentação na primeira hora de vida. **Rev Bras Epidemiol**, v.16, n.2, p.525-34, 2013.

PETERS, M.D.J. et al. Guidance for conducting systematic scoping reviews. **Int J Evid Based Healthc.** v. 13, n. 3, p. 141-6, 2015.

PHILLIPS, R. The sacred hour: uninterrupted skin-to-skin contact immediately after birth. **New born and Infant Nursing Reviews**, v.13, p.67-72, 2013.

PRATA, J.A.; PROGIANTILL, J.M. Influência da prática das enfermeiras obstétricas na construção de uma nova demanda social. **Rev. enferm. UERJ**, v.21, n.1, p.23-28, 2013.

PRICE, D.L.; GWIN, J.F.; PRICE, D.L. **Thompsons Pediatric Nursing**. ed. 9. Philadelphia, PA: Elsevier. 2006.

QU, W. et al. Assessing the changes in childbirth care practices and neonatal outcomes in Western China: pre-comparison and post-comparison study on early essential newborn care interventions. **BMJ Open**. v.22, n.10, e:041829, 2020.

RAMOS, W.M.A.et al. Contribution of obstetric nurse in good practices of childbirth and birth assistance. **Rev. Pesqui.**, v.10, n.1, p.173-179, 2018.

REDSHAW, M.; HENNEGAN, J.; KRUSKE, S. Holding the baby: early mother-infant contact after childbirth and outcomes. **Midwifery**. v. 30, n. 5, p. 177-87, 2014.

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

SAFARI, K.et al. The effect of mother and newborn early skin-to-skin contact on initiation of breastfeeding, newborn temperature and duration of third stage of labor. **Int Breastfeed J.** v. 13, n. 32, p. 13-32, 2018.

SANTOS, L.M.et al. Vivenciando o contato pele a pele com o recém-nascido no pós-parto como um ato mecânico. **Rev Bras Enferm.** v.67, n.2, p.202-7, 2014.

SAXTON, A. et al. Does skin-to-skin contact and breast feeding at birth affect the rate of primary postpartum haemorrhage: Results of a cohort study. **Midwifery**. v.31, n.11, p.1110-7, 2015.

SBP. Documento Científico Departamento Científico de Neonatologia. **Nascimento Seguro**. 2018. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Neonatologia-20880b-DC_-_Nascimento_seguro__003_.pdf. Acesso em 28 ago. 2020.

- SILVA, C.M.et al. Fatores associados ao contato pele a pele entre mãe/filho e amamentação na sala de parto. **Ver. Nutr**, v.29, n.4, p.457-471, 2016.
- SILVA, J.L.P. et al. Fatores associados ao aleitamento materno na primeira hora de vida em um hospital amigo da criança. **Texto Contexto Enferm**, v.27, n.4, e:4190017, 2018.
- SILVA, O.L.O. et al. Association between infant formula and pacifier supply in maternity and breastfeeding in the first six months of life. **DEMETRA**, v. 1, e43555, 2019.
- SILVA, M.M. et al. Fatores que implicam no processo do contato precoce e aleitamento materno na sala de parto. **Cad. saúde colet.**, v. 28, n. 4, p. 529-536, 2020.
- SILVEIRA, R.B.; ALBERNAZ, E.; ZUCCHETO, L.M. Fatores associados ao início da amamentação em uma cidade do sul do Brasil. **Rev Bras Saude Matern Infant**.v.8, n.1, p. 35-43, 2008.
- SILVESTRIN, S. et al. Grau de escolaridade materna e baixo peso ao nascer: uma meta-análise. **J Pediatr**, v.89, n.4, p.339-45, 2013.
- SIMPSON, M. et al. Postnatal post-traumatic stress: an integrative review. **Women Birth**, v.31, n.5, p.367-379, 2018.
- SINGH, K. et al. The importance of skinto-skin contact for early initiation of breastfeeding in Nigeria and Bangladesh. **J Global Health**. v. 7, n.2, 020505, 2017.
- SMITH, E.R.et al. Delayed breastfeeding initiation and infant survival: a systematic review and meta-analysis. **PlosOne**. v.12, n.7, e0180722, 2017.
- STANCATO, K.; VERGÍLIO, M.S.T.G; BOSCO, C.S. Avaliação da estrutura e assistência em sala de pré-parto, parto e pós-parto imediato - PPP de um hospital universitário. **Ciênc Cuid Saúde**, v.10, n.3, p.541-48, 2011.
- STEVENS, J. et al. Immediate or early skin-to-skin contact after a Caesarean section: a review of the literature. **Maternal Child Nutr**. v.10, p. 456-73, 2014.
- STEVENS, J.; et al. Skin-to-skin contact and what women want in the first hours after a caesarean section. **Midwifery**, v.74, p.140-146, 2019.
- TAKAHASHI, Y. et al. 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**. v. 87, n. 3, p. 151-7. 2011.
- TAKAHASHI, Y.; TAMAKOSHI, K. The Positive Association Between Duration of Skin-to-Skin Contact and Blood Glucose Level in Full-Term Infants. **J. Perinat. Neonatal Nurs**. v. 32, n. 4, p. 351-57, 2018.
- TEWABE, T. et al. Exclusive breastfeeding practice and associated factors among mothers in Motta town, East Gojjam zone, Amhara Regional State, Ethiopia, 2015: a cross-sectional study. **Int Breastfeed J**. v. 12, n. 12, 2017.

TURAN, Z.; ERENEL, A.S. Effect of skin-to-skin contact on the placental separation time, mother's oxytocin and pain levels: randomized controlled trial. **Turkish Journal of Biochemistry**. v. 44, n. 5, 2018.

URLESBERGER, B. et al. Regional oxygen saturation of the brain during birth transition of term infants: comparison between elective cesarean and vaginal deliveries. **J Pediatr**. v. 159, n. 3, p. 404-8, 2011.

VICTORA, C.G. et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **Lancet**. v. 387, n. 10017, p. 475-490, 2016.

VIEIRA, A.C.; COSTA, A.R.; GOMES, P.G. Boas práticas em aleitamento materno: Aplicação do formulário de observação e avaliação da mamada. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.**, v.15, n.1, p 13-20, 2015.

VITA, D.C.L. **Intenção de amamentar de gestantes na atenção básica**. 63f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Niterói, 2020. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/bitstream/handle/1/21422/TM3%202020-1%20Dayane%20Chaves%20Limongi%20Vita.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 20 abr. 2021.

VIVANCOS, R.B.Z. et al. O contato pele a pele ao nascimento e o choro de recém-nascidos durante vacinação contra Hepatite B. **Acta Paul Enferm**. v. 23, n. 4, p. 461-5, 2010.

WAGNER, L.P.B. et al. Fortalecedores e fragilizadores da amamentação na ótica da nutriz e de sua família. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 54, e03563, 2020.

WHO-World Health Organization. Positioning a baby at the breast. In: **Integrated Infant Feeding Counselling: a trade course**. Geneva: WHO; 2004.

WHO. UNICEF. **Ten steps to successful breastfeeding (revised 2018)**. Geneva: 2018. Disponível em: <https://publichealthupdate.com/ten-steps-to-successful-breastfeeding-revised-2018/>. Acesso em 10 dez. 2020.

WHO. **Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – the revised Baby-friendly**, 2018a. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272943/9789241513807-eng.pdf?ua=1>. Acesso em 10 dez. 2020.

WHO. World Health Organization. **Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: World Health Organization, 2018b. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513809/>. Acesso em 10 dez. 2020.

WIDSTROM, A.M. et al. Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. **ActaPaediatr**. v.108, n.7, p.1192-1204, 2019.

ZWEDBERG, S.; BLOMQUIST, J.; SIGERSTAD, E. Midwives' experiences with motherinfant skin-to-skin contact after a caesarean section: "Fighting an uphill battle". **Midwifery**. v. 31, n.1, p. 215-20, 2015.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título: Contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida: fatores relacionados.

Nome:	Sexo: M() F()
Idade: RG:	Telefones: /
Endereço Residencial:	
Rua:	Número:
Bairro:	Cidade:
CEP:	Complemento:
Nome de outra pessoa para contato:	
Grau de parentesco:	
Telefones: /	

Justificativa e os Objetivos da Pesquisa: a senhora está sendo convidada a participar voluntariamente desta pesquisa sob a responsabilidade da pesquisadora Brenda Cristiny Padilha, estudante do Programa de Mestrado Interdisciplinar em Ciências da Saúde da UEPG, sob a orientação da Professora Dra Fabiana Bucholdz Teixeira Alves.

As puérperas que realizaram o contato pele a pele têm maiores chances de amamentar exclusivamente entre a alta e o primeiro mês após o nascimento, com amamentação mais eficiente, assim como o sucesso na primeira mamada. É necessário estabelecer os benefícios e as principais barreiras que impedem a prática do contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida. Portanto, o objetivo deste estudo é avaliar a influência de fatores no contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida.

Descrição dos procedimentos: Serão coletadas informações dos protuários sobre você e o recém-nascido, será realizada uma entrevista com perguntas sobre o seu pré-natal, trabalho de parto e parto e a primeira hora pós-parto e também será realizada a observação e avaliação da mamada preconizado pela Organização Mundial da Saúde e Fundo das Nações Unidas para a Infância.

IMPORTANTE! Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você poderá deixar de participar da pesquisa e retirar esse termo de consentimento, sem que haja qualquer prejuízo em sua relação com os pesquisadores e com a Instituição Universidade Estadual de Ponta Grossa. Mantém-se o sigilo e o caráter confidencial do trabalho sem expor sua identidade. Qualquer situação indesejada que aconteça em função da pesquisa será de responsabilidade dos pesquisadores e qualquer despesa eventual será custeada pelos mesmos.

Em caso de necessidade, entrar em contato com o **Pesquisador Responsável:**

Brenda Cristiny Padilha. Telefone: (42)99928-3707
E-mail: Brenda.cristiny@hotmail.com

ou com a **Comissão de Ética em Pesquisa:**

COEP/UEPG – Av. Carlos Cavalcanti, 4748, CEP 84.030-900 Campus Universitário em Uvaranas, Bloco M. Sala 12 ELEFONE: (42) 3220-3108 / FAX: (42) 3220-3102 e-mails: coep@uepg.br (Coordenação) e secoep@uepg.br (Secretaria)

Pesquisador principal, responsável pelo Projeto:

Brenda Cristiny Padilha

Concordo/autorizo a participação na pesquisa
Ponta Grossa, ___/___/___.

Sujeito da pesquisa

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE PESQUISA

Nome: _____ Prontuário: _____ Idade: _____

1º Informações das puérperas e seus respectivos neonatos (Dados retirados dos prontuários)

G ____ P ____ C ____ E ____ A ____ IG: ____ semanas

Escolaridade: () Fundamental incompleto () Fundamental completo () Ensino médio incompleto () Ensino médio completo () Superior incompleto () Superior completo

Estado civil () Solteira () Casada () União Estável () Amasiada

Realizou pré-natal () Sim () Não Nº de consultas: _____

Presença de alterações maternas na gestação: () Não () Sim. Qual? _____

Tipo de parto: () normal () cesárea () com fórceps () sem fórceps

Intercorrência materna no parto ou pós-parto: () Não () Sim. Qual? _____

Se parto normal:

Parto assistido por: () Enfermeira obstetra () Médico obstetra () Residente em Enfermagem Obstétrica

Presença de laceração: () Sim () Não () 1º grau () 2º grau () 3º grau () 4º grau

Presença de episiotomia: () Não () Sim

Presença de sutura de laceração/episiotomia: () Não () Sim

Dados do recém-nascido

Data de nascimento e horário: ____/____/____ ____:____

IG pelo pediatra (capurro): ____ semanas Sexo: () feminino () masculino

Peso ao nascer: _____ Apgar no 1º ____ e 5º minuto ____

Intercorrência neonatal após o parto: () Não () Sim. Qual? _____

Realizado frenotomia: () Não () Sim

2º Perguntas realizadas para as puérperas

- Perguntas principais

1- Você recebeu seu bebê em contato com você (pele a pele) logo após o parto?

() Não () Sim

2- Seu bebê foi colocado para mamar dentro da primeira hora após o parto?

() Não () Sim

- Período pré-natal

3- Você recebeu orientação durante o pré-natal sobre aleitamento materno?

() Não () Sim

4- Você recebeu orientação durante o pré-natal sobre contato pele a pele logo após o parto?

() Não () Sim

5- Você recebeu orientação durante o pré-natal sobre a importância de amamentar logo após o parto?

() Não () Sim

6- Qual profissional realizou a orientação sobre aleitamento materno, contato pele a pele e amamentação logo após o parto no pré-natal?

() Enfermeira (o) () Médica (o) () Dentista () Fonoaudióloga () Não fui orientada

() Não lembro qual profissional

7- Durante o pré-natal você já tinha o interesse de amamentar?

() Não () Sim

2º Período do trabalho de parto e parto/cesárea

8- Você teve a presença de acompanhante durante o parto/cesárea?

Não Sim. Qual? _____

9- Você teve escolha do local do seu parto?

Não Sim

10- Qual foi a posição do parto?

Deitada semi-sentada Cócoras/quatro apoios

11- Você fez uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto? (bola, chuveiro, posição, deambulação)?

Sim Não

12- O seu parto foi realizado em qual dos locais?

Centro Obstétrico Quarto PPP (pré-parto, parto e pós-parto) sala do pré-parto

13- Desde o momento em que você entrou no hospital até uma hora após o parto, você foi orientada sobre o contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida?

Não Sim

3º Período pós-parto

14- Após o parto, seu bebê foi colocado para mamar antes dos primeiros cuidados pelo pediatra (medidas, vacina e outros), ou seja, ainda em contato pele a pele ou após os cuidados pelo pediatra?

Antes dos cuidados pelo pediatra Após os cuidados pelo pediatra

15- Você teve a presença de acompanhante durante a primeira hora pós-parto?

Não Sim

16- O acompanhante, foi de sua escolha?

Não Sim

17- Você sugeriu o contato pele a pele ao profissional ou o profissional responsável que colocou o seu bebê em contato com você?

Eu sugeri ao profissional Profissional colocou em contato pele a pele Não foi realizado o contato

18- Você está tendo orientação e auxílio nas suas dúvidas/dificuldades em relação ao aleitamento?

Não Sim

19- Você fez o uso de:

bico intermediário chupeta

20- Foi passado complemento para o seu bebê?

Não Sim

Tipo de mamilo: Mama esquerda: protuso plano invertido

Mama direita: protuso plano invertidos

Presença de fissuras: Não Sim unilateral bilateral

ANEXO A – FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO E AVALIAÇÃO DA MAMADA

Sinais favoráveis a amamentação	Sinais de possível dificuldade
Observação da mãe	
<input type="checkbox"/> Mãe parece saudável <input type="checkbox"/> Mãe relaxada e confortável <input type="checkbox"/> Mamas parecem saudáveis <input type="checkbox"/> Mama bem apoiada, com dedos fora do mamilo	<input type="checkbox"/> Mãe parece doente ou deprimida <input type="checkbox"/> Mãe parece tensa ou desconfortável <input type="checkbox"/> Mamas avermelhadas, inchadas e /ou doloridas <input type="checkbox"/> Mama segurada com dedos na aréola
Posição do bebê	
<input type="checkbox"/> A cabeça e o corpo do bebê estão alinhados <input type="checkbox"/> Bebê seguro próximo ao corpo da mãe <input type="checkbox"/> Bebê de frente para a mama, nariz para o mamilo <input type="checkbox"/> Bebê apoiado	<input type="checkbox"/> Pescoço/cabeça do bebê girados ao mamas <input type="checkbox"/> Bebê não é seguro próximo ao corpo da mãe <input type="checkbox"/> Queixo e lábio inferior opostos ao mamilo <input type="checkbox"/> Bebê sem estar apoiado
Pega	
<input type="checkbox"/> Mais aréola é vista acima do lábio superior do bebê <input type="checkbox"/> A boca do bebê está bem aberta <input type="checkbox"/> O lábio inferior está virado para fora <input type="checkbox"/> O queixo do bebê toca a mama	<input type="checkbox"/> Mais aréola é vista abaixo do lábio inferior do bebê <input type="checkbox"/> A boca do bebê não está bem aberta <input type="checkbox"/> Lábios voltados para frente ou virados para dentro <input type="checkbox"/> O queixo do bebê não toca a mama
Sucção	
<input type="checkbox"/> Sucções lentas e profundas com pausas <input type="checkbox"/> Bebês com bochechas redondas ao sugar <input type="checkbox"/> Bebê solta mama quando termina <input type="checkbox"/> Mãe percebe sinais do reflexo da ocitocina	<input type="checkbox"/> Sucções rápidas e superficiais <input type="checkbox"/> Bochechas para dentro ao sugar <input type="checkbox"/> Mãe tira o bebê da mama <input type="checkbox"/> Sinais do reflexo da ocitocina não são percebidos

Fonte: Vieira; Costa; Gomes, 2015; Adaptado de WHO, 2004.

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
PONTA GROSSA - UEPG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida: fatores relacionados

Pesquisador: BRENDA CRISTINY PADILHA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 21587519.4.0000.0105

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Ponta Grossa

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.250.541

Apresentação do Projeto:

Projeto de Pesquisa:

Contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida: fatores relacionados. Estudo Observacional do tipo Transversal, quantitativo.

População e amostra: Binômio mãe-filho (24 horas até 48 horas de pós-parto/alta hospitalar) n=405

Aplicação do instrumento de pesquisa

1ª etapa: Informações das puérperas e seus respectivos neonatos (Dados retirados dos prontuários)

2ª etapa: Perguntas realizadas para as puérperas:

- Duas perguntas principais:

1- Você recebeu seu bebê em contato com você (pele a pele) logo após o parto?

2- Seu bebê foi colocado para mamar na primeira hora após o parto?

- Perguntas sobre o período de pré-natal, período do trabalho de parto e parto e período da primeira hora pós-parto (19 perguntas).

3ª etapa: Avaliação e observação da mamada mediante aplicação do Formulário de Observação e Avaliação da Mamada preconizado pela

Organização Mundial da Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaranas, Bloco da Reitoria, sala 22
Bairro: Uvaranas **CEP:** 84.030-900
UF: PR **Município:** PONTA GROSSA
Telefone: (42)3220-3282 **E-mail:** propespsecretaria@uepg.br

Continuação do Parecer: 4.250.541

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar os fatores na prática do contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida.

Objetivo Secundário:

1. Verificar a prevalência do contato pele a pele e da amamentação na primeira hora de vida;
2. Identificar os fatores no pré-natal, trabalho de parto, parto e primeira hora pós-parto na prática do contato pele a pele e da amamentação na primeira hora de vida;
3. Correlacionar a prática do contato pele a pele e a amamentação na primeira hora com o aleitamento materno exclusivo antes da alta hospitalar.
4. Realizar um vídeo educativo para profissionais da área da saúde e mães sobre os fatores relacionados a realização do contato pele a pele.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A presente pesquisa não incorrerá em prejuízos físicos ou psicológicos aos seus participantes.

Benefícios:

A partir dessa pesquisa espera-se mostrar a influência de fatores nas práticas do contato pele a pele e amamentação na primeira hora da vida.

Estes fatores podem estar relacionados ao pré-natal, trabalho de parto, parto/cesárea ou na primeira hora pós-parto, enfatizando quais ações

poderiam ser iniciadas por instituições a fim de aumentar a prevalência destas duas práticas. Assim, é possível estabelecer novas diretrizes nas

instituições para adesão de orientações, cuidados e ações de intervenção no ciclo gravídico puerperal.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O contato pele a pele e a amamentação da primeira hora de vida são duas práticas que trazem benefícios tanto para a mãe quanto ao recém-nascido. Sabe-se que quando realizados aumentam o sucesso da primeira mamada e a taxa de aleitamento materno exclusivo (AME) e

consequentemente diminuem os índices de mortalidade neonatal. No entanto, ainda existem fatores que dificultam esta prática e que podem

influenciar na sua realização, os quais devem ser identificados e avaliados a fim de estabelecer que estas práticas sejam executadas nas

maternidades. O objetivo deste estudo será avaliar a influência de fatores na prática do contato

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaranas, Bloco da Reitoria, sala 22
Bairro: Uvaranas **CEP:** 84.030-900
UF: PR **Município:** PONTA GROSSA
Telefone: (42)3220-3282 **E-mail:** propespsecretaria@uepg.br

Continuação do Parecer: 4.250.541

pele a pele e amamentação na primeira hora de vida.

O estudo será realizado na maternidade do Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais e para alcançar os objetivos propostos será delineado um estudo observacional, de caráter transversal e quantitativo. A coleta de dados será realizada em três etapas: Na primeira, serão coletadas informações dos prontuários das puérperas e seus respectivos neonatos. A segunda, uma entrevista com as puérperas com perguntas relacionadas ao período pré-natal, período do trabalho de parto e parto e primeira hora pós-parto. A terceira etapa, será a avaliação da mamada, mediante aplicação do Formulário de Observação e Avaliação da Mamada preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), em puérperas e seus respectivos bebês internados no alojamento conjunto

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Em anexo e de acordo com as resoluções 466/2012 e 510/2016

Recomendações:

Enviar o relatório final ao término do projeto de pesquisa por Notificação via Plataforma Brasil para evitar pendências.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A emenda ao Projeto foi aprovado sem restrições. A emenda do projeto se encontra dentro dos princípios éticos e metodológicos, de acordo com o Conselho Nacional de Saúde, Resolução 466/2012 e 510/2016. O termo de consentimento livre esclarecido deve ser elaborado em duas vias, sendo uma retida pelo participante da pesquisa, ou por seu representante legal, e uma arquivada pelo pesquisador

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaranas, Bloco da Reitoria, sala 22
Bairro: Uvaranas **CEP:** 84.030-900
UF: PR **Município:** PONTA GROSSA
Telefone: (42)3220-3282 **E-mail:** propespsecretaria@uepg.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
PONTA GROSSA - UEPG



Continuação do Parecer: 4.250.541

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1622567_E1.pdf	31/08/2020 15:12:55		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_imagem_video.pdf	31/08/2020 15:05:56	BRENDA CRISTINY PADILHA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_mestrado.pdf	05/08/2019 21:44:47	BRENDA CRISTINY PADILHA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_de_compromisso.pdf	05/08/2019 21:43:26	BRENDA CRISTINY PADILHA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	05/08/2019 21:41:53	BRENDA CRISTINY PADILHA	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	05/08/2019 20:49:27	BRENDA CRISTINY PADILHA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PONTA GROSSA, 01 de Setembro de 2020

Assinado por:
ULISSES COELHO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748, UEPG, Campus Uvaranas, Bloco da Reitoria, sala 22
Bairro: Uvaranas **CEP:** 84.030-900
UF: PR **Município:** PONTA GROSSA
Telefone: (42)3220-3282 **E-mail:** propespsecretaria@uepg.br