

Contato pele a pele e aleitamento materno de recém-nascidos em um hospital universitário



Skin-to-skin contact and breastfeeding of newborns in a university hospital

Contacto piel con piel y lactancia materna del recién nacido en un hospital universitario

Paola Melo Campos^a

Helga Geremias Gouveia^b

Juliana Karine Rodrigues Strada^a

Bruna Alibio Moraes^a

Como citar este artigo:

Campos PM, Gouveia HG, Strada JKR, Moraes BA. Contato pele a pele e aleitamento materno de recém-nascidos em um hospital universitário. Rev Gaúcha Enferm. 2020;41(esp):e20190154. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190154>

RESUMO

Objetivo: Determinar a prevalência do contato pele a pele (CPP) e do estímulo ao Aleitamento Materno (AM) e motivos da não realização dessas práticas; identificar se as mulheres receberam informações sobre essas práticas no pré-natal.

Método: Estudo transversal realizado em hospital universitário com 586 mulheres. A coleta de dados foi de fevereiro a setembro de 2016, em prontuários e por meio de questionário. Procedeu-se análise descritiva.

Resultados: Imediatamente ao nascimento, 60,1% dos recém-nascidos (RN) realizaram CPP e 44,9% foram estimulados a mamar. Após os primeiros cuidados, 24,1% fizeram CPP e 69,3% foram estimulados a mamar; 47,7% não realizaram CPP por não apresentarem boas condições clínicas; 79,2% das mulheres não souberam informar o motivo do não estímulo ao AM; 58,5% mulheres receberam orientação no pré-natal sobre CPP e 90,8% sobre AM.

Conclusão: Consideramos que há oportunidade de melhorias nas taxas de CPP e AM, tendo em vista os benefícios dessas práticas.

Palavras-chave: Aleitamento materno. Assistência perinatal. Relação mãe-filho. Enfermagem obstétrica.

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence of skin-to-skin contact (STSC) and breastfeeding (BF) stimulation, as well as the reasons for these practices not to be performed; to identify whether women were given information on these practices along the pre-natal monitoring.

Method: A cross-sectional study carried out in a university hospital with 586 women. Data collection was from February to September 2016. Data was collected from patient records and from a questionnaire. A descriptive analysis was performed.

Results: Immediately after birth, 60.1% of the newborns (NBS) had STSC, and 44.9% were stimulated to suck at the breast. After primary care, 24.1% had STSC, and 69.3% were stimulated to suck at the breast; 47.7% of the newborns did not have STSC due to their unfavorable clinical conditions; 79.2% of the women were not able to inform the reason why BF was not stimulated; 58.5% of the women had pre-natal guidance about STSC, and 90.8% about BF.

Conclusion: Both STSC and BF rates could be improved, in view of the benefits provided by these practices.

Keywords: Breastfeeding. Perinatal care. Mother-child relations. Obstetric nursing.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia del contacto piel con piel (CPP) y del estímulo a la lactancia materna (LM) y los motivos para no realizar estas prácticas; identificar si las mujeres recibieron información sobre las mismas durante el prenatal.

Método: Estudio transversal realizado en un hospital universitario con 586 mujeres. La recolección de datos se efectuó de febrero a septiembre de 2016. La recolección de datos se realizó en prontuarios y por medio de cuestionarios. Se procedió a un análisis descriptivo.

Resultados: Inmediatamente después del nacimiento, el 60,1% de los recién nacidos (RN) tuvieron CPP y el 44,9% fueron estimulados a mamar. Después de los primeros cuidados, el 24,1% tuvieron CPP y el 69,3% fueron estimulados a mamar; el 47,7% de los RN no tuvieron CPP por no presentar buenas condiciones clínicas; el 79,2% de las mujeres no supieron informar el motivo de la falta de estímulo para la LM; el 58,5% de las mujeres recibieron orientación sobre CPP en el prenatal, y el 90,8%, sobre LM.

Conclusión: Consideramos que hay oportunidad de mejoría en los índices de CPP y de LM, considerando los beneficios de estas prácticas.

Palabras clave: Lactancia materna. Atención perinatal. Relaciones madre-hijo. Enfermería obstétrica.

^a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil

^b Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Escola de Enfermagem. Departamento de Enfermagem Materno-Infantil. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

INTRODUÇÃO

A implementação de boas práticas de atenção ao parto e nascimento são recomendadas por iniciativas governamentais a fim de qualificar o atendimento e reduzir o uso de intervenções consideradas desnecessárias.

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) nos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”, recomenda, no quarto passo, que os profissionais ajudem as mães a iniciar o estímulo ao aleitamento materno na primeira hora após o nascimento, favorecendo o contato pele a pele imediatamente após o parto, por pelo menos uma hora⁽¹⁾.

A Rede Cegonha, instituída em 2011 pelo Ministério da Saúde,

“consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis”⁽²⁾.

No componente parto e nascimento aborda sobre as “práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento” e, no componente puerpério e atenção integral à saúde da criança, a “promoção do aleitamento materno”⁽²⁾.

Assim, destaca-se entre as boas práticas de atenção, o contato pele a pele (CPP) e o estímulo ao aleitamento materno (AM) imediatamente após o nascimento, que propiciam vantagens importantes para a mãe e o recém-nascido (RN)⁽³⁻⁴⁾.

Os benefícios do CPP para o RN são melhor efetividade da primeira mamada, redução do tempo de desenvolver uma sucção eficaz, regulação e manutenção da temperatura corporal do RN e estabilidade cardiorrespiratória. Já para a mulher, ocorre diminuição da dor causada pelo ingurgitamento mamário, sentimento de alívio, segurança e diminuição da ansiedade desenvolvida ao longo da gestação. Além disso, o CPP pode resultar em melhores índices de AM nos primeiros quatro meses após o parto, maior duração do AM, melhor comportamento de afeto e apego da mãe, vínculo, sentimentos de felicidade, amor, tranquilidade e conforto para a mulher e o RN. Essa mistura de sentimentos faz com que a mulher desvie sua atenção do desconforto e da dor do parto para o prazer de estar com o seu RN⁽³⁻⁴⁾.

O AM também inclui vantagens de curto e longo prazo para o RN e para as mulheres. O AM imediatamente após o nascimento, em curto prazo, previne morbidade e mortalidade neonatal, estando associado ao maior tempo de duração do aleitamento materno e maior tempo de aleitamento

materno exclusivo. Para a mulher, favorece a liberação de ocitocina e tem efeito protetor nos transtornos do estado de ânimo materno. Em longo prazo, entre os benefícios, está o melhor desenvolvimento motor dos RNs, além da diminuição do risco de doenças, como: diabetes, obesidade, gastroenterite, entre outras. A mulher apresenta amenorréia lactacional, diminuição de risco de desenvolver diabetes tipo 2, cânceres de ovário e de mama, além de perder peso mais rápido⁽⁵⁻⁶⁾.

O leite materno é o alimento com maior quantidade de nutrientes e agentes imunológicos que protegem o RN de infecções, sendo estas as principais causas de mortalidade neonatal. Desse modo, o AM imediato ao nascimento é essencial para o RN e evita que 22% dos neonatos morram por infecções, além de auxiliar na prevenção de hemorragias nas puérperas, que é a principal causa de morte materna atualmente^(5,7). O AM ainda traz benefícios de longo prazo para a criança, como maior rendimento escolar, maior QI e maior tempo de estudo⁽⁸⁾.

A combinação do CPP e do AM apresentam efeito analgésico e recuperação mais efetiva depois da realização de um procedimento doloroso. Isso foi confirmado após avaliar o RN, que apresentou menor duração do choro, diminuição da frequência cardíaca e aumento da frequência de sucção no seio materno⁽⁶⁾.

Revisão sistemática e meta-análise do efeito do CPP entre mãe e filho logo após o nascimento mostraram que a prática teve um efeito significativamente positivo no sucesso e duração da primeira amamentação⁽⁹⁾.

Diante os benefícios proporcionados pela realização do CPP e AM para as mulheres e recém-nascido e das taxas apresentadas, esse estudo teve como questão norteadora: Como é a prática do contato pele-a-pele e o estímulo à amamentação em um hospital universitário?

Os objetivos deste estudo são determinar a prevalência de CPP e estímulo ao AM imediatamente após o nascimento e motivos para sua não realização; e identificar se as mulheres receberam informações sobre essas práticas no pré-natal. Considera-se que os achados permitirão identificar os avanços na realização dessas práticas, bem como oportunidades de melhorias, além de nortear a proposição de ações baseadas em evidências sobre os meios para aumentar as taxas de CPP e AM, visando à qualificação da atenção.

MÉTODO

Este estudo é derivado da pesquisa intitulada “Práticas de atendimento implementadas durante o processo de parturição e nascimento”. Trata-se de um estudo do tipo quantitativo de corte transversal, desenvolvido na Unidade

de Internação Obstétrica (UIO) de um hospital universitário, de uma cidade de grande porte do Estado do Rio Grande do Sul, instituição pública e universitária, integrante da rede de hospitais universitários do Ministério da Educação e vinculada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul. No ano de 2011, aderiu a Rede Cegonha e é certificado pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança. A maternidade atende gestantes de risco habitual e é referência para atendimento de gestantes de alto risco. No ano de 2018, teve média de 293 nascimentos por mês, sendo a maioria, pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

O cálculo amostral considerou a proporção de AM na primeira hora de vida do RN de 68%, e a diferença entre as proporções dos desfechos do RN cujo *Odds Ratio* (OR) seja de 0,6⁽¹⁰⁾, poder de 80% e nível de significância de 5%. A amostra foi composta por 586 mulheres e seus RNs.

Foram incluídas na amostra as parturientes que permaneceram por duas horas ou mais em trabalho de parto e tiveram seus partos no Centro Obstétrico e RNs vivos com idade gestacional igual ou maior que 37 semanas, segundo método de Capurro. As mulheres submetidas à cesariana eletiva ou de urgência, os casos de óbito e malformação fetais, os casos de gemelaridade e aquelas que foram internadas por planos de saúde ou por custeio próprio foram excluídos do estudo bem como da pesquisa da qual este estudo foi derivado.

O período de coleta de dados ocorreu de fevereiro a setembro de 2016, foi realizada após a puérpera ou seu responsável, quando menor de idade, assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados foram obtidos a partir dos prontuários da puérpera e de seu RN e por meio de questionário, aplicado à puérpera após as primeiras 12 horas pós-parto. Procedeu-se a uma análise descritiva dos dados por meio do *software* SPSS versão 18.

Como variável dependente foi considerado o contato pele a pele e amamentação e como variáveis independentes a idade, raça, situação marital, escolaridade, número de consultas pré-natal, profissional que realizou pré-natal, número de gestações, paridade, tipo de parto, peso, Apgar e as informações/orientações recebidas.

O projeto maior foi submetido e aprovado na Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS (Parecer nº 30187) e no Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde foi desenvolvido o estudo (Parecer nº 15-0519). O estudo cumpriu os termos da resolução 466/2012.

■ RESULTADOS

A amostra deste estudo foi constituída por 586 puérperas. Quanto às características sociodemográficas, do pré-natal e obstétricas (Tabela 1), constatou-se que a maioria era branca, com idade entre 20 e 35 anos, com ensino médio completo, com companheiro, realizou seis ou mais consultas de pré-natal, era nulípara e teve o parto atual via vaginal.

Quanto à caracterização dos RNs constatou-se que 98,1% tiveram peso maior ou igual a 2500g, 89,2% tiveram Apgar maior ou igual a sete no primeiro minuto e 99,1% Apgar maior ou igual a sete no quinto minuto.

A seguir, são apresentados os dados relacionados ao recebimento de informações/orientações sobre CPP. Entre as entrevistadas, 265 (45,2%) relataram que foram informadas/orientadas sobre essa prática na Unidade de Centro Obstétrico (UCO) e na Unidade de Internação Obstétrica (UIO) da instituição estudada; 53 (9,0%) mulheres foram na consulta de pré-natal; 30 (5,1%) assistiram a orientações na mídia; 23 (3,9%) foram informadas por amigos e familiares; 11 (1,9%) obtiveram informações no grupo de gestante no pré-natal; 8 (1,4%) foram orientadas em outro hospital; 3 (0,5%) obtiveram informações na sua formação profissional (área da saúde); e 3 (0,5%) já sabiam dessa informação devido às gestações anteriores. Algumas mulheres relataram ter obtido a informação do CPP em mais de uma fonte.

No que se refere às fontes de informação sobre o AM durante a gestação, o maior percentual de mulheres (77,1%) obteve-a na UCO e na UIO da instituição onde a pesquisa foi desenvolvida, seguida por consulta de pré-natal (20%), amigos e familiares (8,4%), a mídia (6,5%), o grupo de gestante (2,2%), outro hospital (1,9%), formação profissional na área da saúde (0,9%), gestação anterior (0,7%) e unidade de tratamento intensivo neonatal (0,2%). Ressalta-se que algumas mulheres receberam informações em mais de uma fonte.

A seguir, no gráfico 1, é apresentada a frequência das ações referentes ao CPP pela equipe de saúde, conforme relato materno. Verificou-se que 350 (60,1%) RNs realizaram o CPP com suas mães imediatamente após o parto e 138 (24,1%) tiveram o CPP após o profissional ter realizado os primeiros cuidados. Ressalta-se que algumas mulheres referiram a realização do CPP antes e após os primeiros cuidados com os RN.

Vale destacar que 186 (32,7%) recém-nascidos não viveram a prática do CPP em nenhum momento.

Tabela 1 – Características sociodemográficas, do pré-natal e obstétricas das 586 mulheres internadas em um hospital universitário Amigo da Criança. Porto Alegre (RS), 2016

Características	n	%
Sociodemográficas		
Idade materna (anos)		
< 19 anos	113	19,3
20 a 35 anos	428	73,0
≥ 36 anos	45	7,7
Raça/Cor (autodeclarada)		
Branca	364	62,1
Preta	114	19,4
Parda/morena/mulata	102	17,4
Amarela	05	0,9
Indígena	01	0,2
Situação Marital		
Com companheiro	522	89,1
Sem companheiro	64	10,9
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	112	19,1
Ensino Fundamental Completo	75	12,8
Ensino Médio Incompleto	105	17,9
Ensino Médio Completo	242	41,3
Ensino Superior Incompleto	35	6,0
Ensino Superior Completo	17	2,9
Pré-Natal		
Número de consultas pré-natais*		
<6 consultas	130	22,5
≥ 6 consultas	449	77,5
Profissional que realizou as consultas no pré-natal*		
Médico	290	50,0

Tabela 1 – Cont.

Características	n	%
Enfermeira e médico	282	48,6
Enfermeira	08	1,4
Obstétricas		
Número de gestações		
Primigesta	298	50,9
Multigesta	288	49,1
Paridade		
Nulípara	346	59,1
Primípara	145	24,7
Multípara	95	16,2
Tipo de Parto		
Parto vaginal	449	76,6
Cesariana	137	23,4

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.
*Considerados somente os dados válidos.

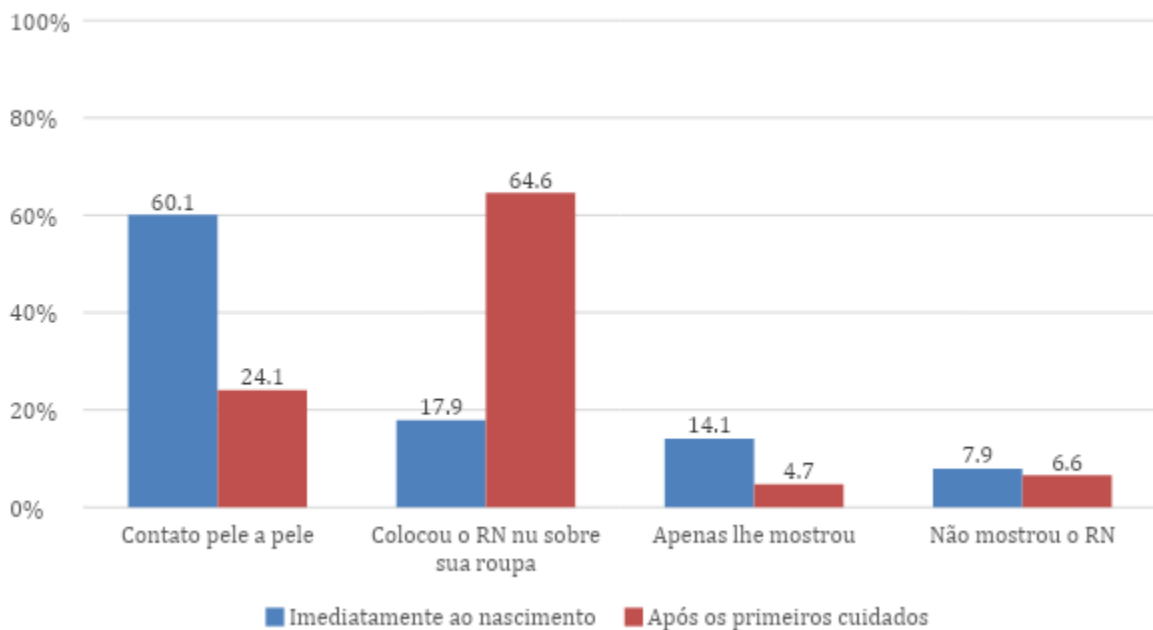


Gráfico 1 – Frequência das ações realizadas pela equipe de saúde imediatamente após o nascimento (n=582) e após a realização dos primeiros cuidados com o RN (n=573). Porto Alegre (RS), 2016

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.
*Considerados somente os dados válidos.

O gráfico 2 demonstra a frequência do estímulo ao AM imediatamente após o nascimento e depois da realização dos primeiros cuidados com o recém-nascido. Logo após o nascimento, antes de serem realizados os primeiros cuidados, 245 (55,1%) RNs não foram estimulados ao AM. Após os

primeiros cuidados, 343 (69,3%) foram estimulados ao AM, sendo que em 240 deles sucedeu-se a sucção e 103 não sugaram. Os RNs que não foram para o colo materno e as mulheres que não souberam informar por que não houve estímulo ao AM não entraram no cálculo de frequência.

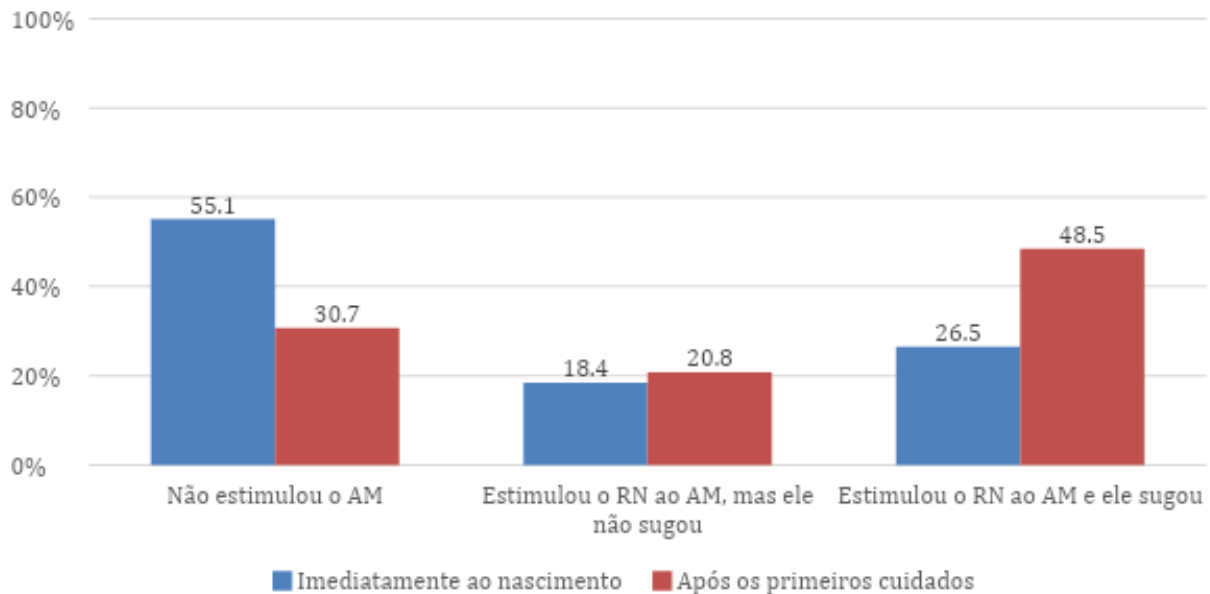


Gráfico 2 – Frequência do estímulo ao AM pela equipe de saúde imediatamente após o nascimento (n=445) e após a realização dos primeiros cuidados com o RN (n=495). Porto Alegre (RS), 2016

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

*Considerados somente os dados válidos.

Quando a mulher respondeu que não realizou CPP e que não teve o AM estimulado, foi questionado o motivo da não realização dessas práticas. O principal motivo mencionado pelas mulheres para a não realização das práticas foi RN sem condições clínicas, ou seja, aquele que necessitou de atendimento imediato ao nascimento, manobras de reanimação ou que foi transferido para Unidade de Neonatologia. Podemos observar na tabela 2 que 61 (47,7%) RNs não realizou o CPP imediatamente ao nascimento e 25 (40,3%) também não realizou após os primeiros cuidados, pois os RNs estavam sem condições clínicas. Sobre o AM imediato ao nascimento e após os primeiros cuidados, 190 (79,2%) e 105 (69,1%) mulheres, respectivamente, não souberam informar qual foi o motivo do não estímulo do AM (Tabela 2). Incluem-se na categoria “outros” os seguintes motivos: UCO lotado, profissional disse para a mãe não tocar no RN, equipe pediu para levar o RN, ambiente inadequado, RN dormiu, a própria paciente colocou o RN para sugar.

Após saírem da sala de parto, as mulheres passam por um período na sala de recuperação pós-parto (SRPP). Quanto ao CPP durante esse período, verificou-se que 543 (92,7%) mulheres permaneceram com seu RN. No entanto, 39 (6,6%) duplas foram separadas, pois o bebê não apresentou condições clínicas adequadas, uma (0,2%) mulher não estava bem clinicamente e 3 (0,5%) RNs foram separados da mãe para realização dos primeiros cuidados. Em relação ao AM, constatou-se que, em 467 (88,1%) duplas mãe-bebê, foi estimulado o AM. Entre os que não foram estimulados (11,9%), 51 (81%) RNs não demonstraram interesse em mamar, 5 (7,9%) mulheres não tiveram ajuda para colocar o RN para mamar, 3 (4,8%) mulheres estavam sem condições clínicas, 3 (4,8%) RNs também não tinham condições clínicas favoráveis para o AM, e 1 (1,5%) mulher relatou que a enfermeira pediu que não fosse estimulado o AM até passar o efeito da anestesia.

Tabela 2 – Motivos relatados pelas mulheres para não realização do CPP imediatamente ao nascimento (n=128) e após os primeiros cuidados com o recém-nascido (n=62) e do estímulo ao AM imediatamente ao nascimento (n=240) e após os primeiros cuidados com o recém-nascido (n=152). Porto Alegre (RS), 2016

Contato pele a pele		
Motivos	<i>Imediatamente ao nascimento n=128</i>	<i>Após os primeiros cuidados n=62</i>
RN sem condições clínicas	61 (47,7%)	25 (40,3%)
Mãe sem condições clínicas	9 (7,0%)	15 (24,2%)
Primeiros cuidados e exames	7 (5,5%)	8 (12,9%)
Para não interferir no trabalho da equipe	3 (2,3%)	1 (1,6%)
RN ficou com familiar	0	4 (6,5%)
Não soube informar	50 (39,1%)	10 (16,1%)

Aleitamento Materno		
Motivos	<i>Imediatamente ao nascimento n=240</i>	<i>Após os primeiros cuidados n=152</i>
RN sem condições clínicas	22 (9,2%)	21 (13,8%)
Mãe sem condições clínicas	19 (7,9%)	19 (12,5%)
Primeiros cuidados e exames	2 (0,8%)	2 (1,3%)
Para não interferir no trabalho da equipe	7 (2,9%)	3 (2,0%)
Não soube informar	190 (79,2%)	105 (69,1%)
Outros	2 (0,8%)	4 (2,6%)

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.
*Só foram considerados os dados válidos.

■ DISCUSSÃO

Constatou-se, nesta pesquisa, que grande parte das mulheres realizou um número apropriado de consultas no pré-natal, conforme é recomendado pelo Ministério da Saúde, que estabelece no mínimo seis consultas⁽⁴⁾. No entanto, a recomendação é que estas consultas sejam intercaladas entre médico e enfermeiro⁽⁴⁾, o que, neste estudo, ocorreu com menos da metade das mulheres. Tal situação pode acontecer pelo fato de que, em muitas unidades de saúde, o enfermeiro exerce, predominantemente, atividades gerenciais; dessa forma, um contingente maior de consultas é realizado pelo médico.

No que se refere às informações obtidas pela mulher sobre o CPP e o AM durante o pré-natal, existem deficiências, visto que, mesmo com adequado acompanhamento, a maioria das mulheres não recebeu informações antes do momento do parto sobre o CPP⁽⁴⁾. Sobre o AM, pesquisa⁽¹¹⁾ demonstrou que 55,2% das mulheres entrevistadas tiveram

informações sobre o AM na primeira hora de vida do RN, dados semelhantes aos encontrados neste estudo. Outro estudo⁽¹²⁾ ressalta que mulheres que recebem informações sobre o AM são três vezes mais propensas a praticar o AM exclusivo. Os achados⁽¹²⁾ apontam que um bom pré-natal, com orientações adequadas e consistentes, pode influenciar nas decisões da mulher após o nascimento e na continuidade do AM.

Considera-se que o pré-natal é o momento oportuno para orientação da mulher e de seu companheiro. É fundamental que informações sobre as boas práticas de atenção ao parto e nascimento sejam abordadas durante as consultas de pré-natal e que seja proporcionada e estimulada a participação em grupo de gestantes, espaço no qual é motivada a troca de saberes e de experiências. Ressalta-se que as consultas realizadas por enfermeiras, normalmente, abrangem o cuidado holístico da mulher, além da educação em saúde, e ajudam no protagonismo da mulher no seu ciclo gravídico-puerperal. O enfermeiro é habilitado e capacitado

para exercer o papel de cuidador e educador, sendo que a educação em saúde é primordial para que seja realizado o cuidado clínico de enfermagem⁽¹³⁾.

O CPP e o AM são práticas que devem ser estimuladas na primeira hora pós-parto, sendo conhecida como “a hora sagrada”. Nesse período, todas as rotinas devem ser adiadas, devido à realização do CPP, que trará benefícios de estabilidade fisiológica para a díade mãe-bebê, aumentando o comportamento de apego, protegendo contra efeitos negativos da separação materno-infantil, apoiando o desenvolvimento ideal do RN e promovendo o estímulo ao AM⁽³⁻⁴⁾. Dessa forma, é recomendado que o primeiro contato entre mãe e filho seja o CPP imediatamente após o parto, sendo proporcionado e viabilizado pela equipe assistencial⁽¹⁴⁾.

Estudo realizado no Nordeste do país, mostrou que a prevalência do quarto passo da IHAC foi de 50,5%, no entanto apenas 9,3% das duplas mãe-bebê permaneceram realizando o quarto passo após os primeiros trinta minutos de vida⁽¹⁵⁾. Esse contato íntimo precoce, de toque, de olhar, de início do vínculo mãe-filho e de estímulo ao AM, é de suma importância para que a nova vida que acaba de nascer inicie o seu desenvolvimento da maneira mais saudável⁽¹⁶⁾. A recomendação do Ministério da Saúde é que 80% dos nascimentos realizem as prerrogativas do quarto passo da IHAC. Logo após o nascimento, os RNs devem ser colocados no colo da mãe e, quando derem sinais, o aleitamento deve ser estimulado⁽¹⁾.

Na presente pesquisa, a prática do CPP foi avaliada antes e após os primeiros cuidados. Comparando-se esses dados com os de um estudo realizado em 2012 na mesma instituição, constatou-se que houve um incremento do CPP de 290,2% antes da realização dos primeiros cuidados e de 43,4% após a realização dos primeiros cuidados com o RN⁽¹⁷⁾. Espera-se que a taxa de CPP continue a aumentar, visto que todos os RNs em boas condições clínicas deveriam ser colocados no colo materno imediatamente ao nascimento. Tal constatação evidencia que ocorreram avanços relacionados à qualificação da atenção nesses quatro anos após a implementação da Rede Cegonha.

Dados de revisão sistemática apontam a prevalência global de CPP por nível de renda dos países e mostram que esta prática após o parto normal foi relativamente alta entre os de alta renda, apesar de oscilante. Na Dinamarca, a prevalência de CPP alcançou a alta taxa de 96%, enquanto Japão e Espanha apontaram baixas taxas, com 20% e 29%, respectivamente. Entre os países de renda média-alta, houve grande variação na taxa de CPP, com 9% no México e 98% na Croácia. O Brasil faz parte desse grupo, com taxas de CPP variando de 34,1% a 41,9%. Em países de renda média-baixa,

a taxa de CPP variou de 8% a 74%; nos de baixa renda, a prática esteve abaixo de 20%⁽¹⁸⁾.

Achados de pesquisa⁽¹⁷⁾ desenvolvida em 2012 na instituição onde este estudo foi realizado apontaram baixas taxas de CPP e AM, sendo 15,4% dos RNs colocados em CPP imediatamente ao nascimento e 16,8% após a realização dos primeiros cuidados, 23,2% estimulados ao AM imediato ao nascimento e 57,9% após os primeiros cuidados.

Quando as mulheres foram questionadas se após os cuidados com o RN ele voltou para o colo para continuar realizando CPP, a grande maioria respondeu que os RNs voltaram, mas foram colocados sobre a sua roupa, ação não caracterizada como CPP. Essa situação também foi evidenciada em outros estudos visto que os profissionais não favoreciam que o CPP fosse realizado da maneira adequada, pois usavam campos cirúrgicos para proteger a criança da perda de calor, sendo que a fisiologia materna e o contato do RN com a mãe faz com que o neonato se aqueça e mantenha a temperatura corporal⁽¹⁴⁾.

Os principais motivos para a não realização do CPP antes e após os primeiros cuidados, mencionados pelas mulheres deste estudo, foram as condições clínicas desfavoráveis da mãe e/ou do bebê, reafirmando o que foi apresentado no estudo anterior, em 2012⁽¹⁷⁾, achados esses que divergem de outra pesquisa⁽¹⁴⁾, na qual o motivo seria a pedido da mãe e devido à realização dos primeiros cuidados. Acredita-se que uma justificativa para a não promoção do CPP pode ser o cumprimento das rotinas institucionais, o desconhecimento dos benefícios por parte dos profissionais, ou ainda, o déficit de recursos humanos, o que, sem dúvida, é um fator limitador para a implementação de boas práticas.

No que se refere ao AM, no ano de 2011, foi realizada uma pesquisa em um hospital certificado pela IHAC que apontou que 31% dos RNs foram amamentados na primeira hora de vida⁽¹¹⁾; no presente estudo, 44,9% dos RNs foram estimulados a mamar imediatamente ao nascimento. Em 2012, foi realizada uma pesquisa semelhante, no mesmo hospital desta pesquisa, e observou-se aumento de 93,5% de estímulo ao AM imediatamente após o nascimento e de 19,5% após serem realizados os primeiros cuidados, demonstrando variações positivas⁽¹⁷⁾. Tal constatação evidencia que ocorreram melhorias na prática assistencial; com isso, acredita-se que existem margens para mais avanços nessa área e na realização de boas práticas.

Quanto aos motivos do não estímulo ao AM, pesquisa aponta os problemas de saúde do RN, como desconforto respiratório; problemas de saúde materna, como pré-eclâmpsia e demora no resultado do teste rápido anti-HIV⁽¹¹⁾. Já os motivos encontrados nesta pesquisa incluem a situação

clínica desfavorável da mãe e do bebê, sendo os mesmos motivos do estudo realizado em 2012 nesta instituição⁽¹⁷⁾. No entanto, um dado inquietante é que algumas mulheres não souberam informar o motivo para a não ocorrência dessa prática. Essa situação indica uma possível falha na comunicação entre equipe de saúde e usuária. É fundamental que a parturiente seja informada sobre as questões que envolvem o seu cuidado e o do bebê, reforçando-se a relevância da educação em saúde.

Cabe salientar que as taxas de permanência conjunta da mãe e do bebê na sala de recuperação pós-parto e de estímulo ao AM tiveram um resultado expressivo no atual estudo. Para que o AM seja efetivo, a mulher precisa da ajuda dos profissionais de saúde, que devem estar preparados técnica e cientificamente para o encorajamento e amparo da dupla mãe-bebê⁽¹⁶⁾. Em estudo na mesma instituição, realizado em 2012, a permanência conjunta da mãe e do RN na SRPP teve um aumento pouco relevante de 5,6%, e o AM na SRPP teve um incremento de 21,7%⁽¹⁷⁾. Para assegurar a humanização da assistência, de modo que esta seja efetiva e concordante com as estratégias da Rede Cegonha e IHAC, torna-se necessária a conscientização profissional acerca dos benefícios da prática para a mãe e para o RN.

Analisando as práticas concomitantemente, destaca-se que o AM imediato e simultâneo ao CPP acarreta benefícios, como a diminuição do sangramento, em função de causar a liberação de ocitocina endógena⁽¹⁹⁾. Um estudo de coorte mostra que mulheres que não realizaram CPP e AM logo após o parto eram duas vezes mais propensas a desenvolver hemorragia pós-parto. A ocitocina tem papel fundamental na contração uterina no pós-parto para evitar a hemorragia, e o CPP auxilia na adaptação do recém-nascido à vida extrauterina⁽⁵⁾.

■ CONCLUSÕES

Constatou-se que 60,1% dos recém-nascidos deste estudo realizou o CPP e que 44,9% o AM imediatamente ao nascimento, no entanto, essas práticas não atingiram o percentual que é recomendado pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança e pelo MS. As mulheres precisam de informações sobre os benefícios do CPP e do AM desde o pré-natal para que, no momento do nascimento, essas práticas tenham sentido para a mulher. Constatamos que as mulheres foram informadas sobre as boas práticas durante a gestação, mas grande parte dessas mulheres recebeu a informação apenas nas unidades de centro obstétrico e internação obstétrica da instituição estudada; apenas um pequeno número de mulheres relatou ter discutido o assunto nas consultas de pré-natal.

O motivo mais prevalente da não realização do CPP, tanto imediatamente ao nascimento quanto após os primeiros cuidados, foi o fato de o RN estar sem condições clínicas, o que pode justificar as taxas encontradas, visto que a pesquisa foi realizada em um hospital referência para atendimento a gestantes de alto risco. Um dado que chamou atenção foi um número expressivo de mulheres que não soube informar o motivo da não realização das boas práticas, o que pode caracterizar uma deficiência na comunicação entre a equipe de saúde e a puérpera.

Considera-se fundamental que toda a equipe de saúde se envolva, apoiando e viabilizando a realização de práticas baseadas em evidências na atenção ao parto e ao nascimento, com vistas a avanços nos indicadores de cuidado, em especial, no CPP e no estímulo ao AM. Assim, constatou-se neste estudo que os achados apontam para oportunidades de melhorias quanto à realização dessas práticas.

Uma possível limitação do estudo foi não saber quanto tempo levou a realização dos primeiros cuidados, uma vez que esses dados foram relatados pelas mulheres. Uma sugestão é a realização de novos estudos, com o intuito de conhecer o ponto de vista dos profissionais de saúde sobre a realização do CPP e o AM imediato ao nascimento.

■ REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; c2013-2019 [citado 2019 fev 10]. Saúde da criança: o que é, cuidados, políticas, vacinação, aleitamento; [aprox. 1 tela]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/crianca>
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, DF, 2011 [citado 2019 fev 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
3. Kologeski TK, Strapasson MR, Schneider V, Renosto JM. Contato pele a pele do recém-nascido com sua mãe na perspectiva da equipe multiprofissional. *Rev Enferm UFPE*. 2017 [citado 2019 fev 10];11(1):94-101. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11882/14341>
4. D'Artibale EF, Bercini LO. Early contact and breastfeeding: meanings and experiences. *Texto Contexto Enferm*. 2014;23(1):109-17. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072014000100013>
5. Oddy WH. Breastfeeding in the first hour of life protects against neonatal mortality. *J Pediatr*. 2013;89(2):109-11. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.03.012>
6. Leite MFFS, Barbosa PA, Olivindo DDF, Ximenes VL. Promoção do aleitamento materno na primeira hora de vida do recém-nascido por profissionais da enfermagem. *Arq Cienc Saúde UNIPAR*. 2016;20(2):137-43. doi: <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v20i2.2016.5386>
7. Saxton A, Fahy K, Holfe M, Skinner V, Hastie C. Does skin-to-skin contact and breast feeding at birth affect the rate of primary postpartum haemorrhage: results of a cohort study. *Midwifery*. 2015;31(11):1110-7. doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.07.008>

8. Victora CG, Horta BL, Mola CL, Quevedo L, Pinheiro RT, Denise PG, et al. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. *Lancet Glob Health*. 2015;3(4):e199-205. doi: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)70002-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)70002-1)
9. Karimi FZ, Sadeghi R, Saghooni NM, Khadivzadeh T. The effect of mother-infant skin to skin contact on success and duration of first breastfeeding: a systematic review and meta-analysis. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2019;58(1):1-9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2018.11.002>
10. Vogt SE, Silva KS, Dias MAB. Comparison of childbirth care models in public hospitals, Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2014;48(2):304-13. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004633>
11. Belo MNM, Azevedo PTACC, Belo MPM, Serva VMSBD, Batista Filho M, Figueiroa JN, et al. Aleitamento materno na primeira hora de vida em um Hospital Amigo da Criança: prevalência, fatores associados e razões para sua não ocorrência. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2014;14(1):65-72. doi: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292014000100006>
12. Tewabe T, Mandesh A, Gualu T, Alem G, Mekuria G, Zeleke H. 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*. 2017;12:12. doi: <https://doi.org/10.1186/s13006-017-0103-3>
13. Guerreiro EM, Rodrigues DP, Queiroz ABA, Ferreira MA. Educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal: sentidos atribuídos por puérperas. *Rev Bras Enferm*. 2014 Feb; 67(1):13-21. doi: <https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140001>
14. Santos LM, Silva JCR, Carvalho ESS, Carneiro AJS, Santana RCB, Fonseca MCC. Vivenciando o contato pele a pele com o recém-nascido no pós-parto como um ato mecânico. *Rev Bras Enferm*. 2014;67(2):202-7. doi: <https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140026>
15. Sampaio ARR, Bousquat A, Barros C. Skin-to-skin contact at birth: a challenge for promoting breastfeeding in a "Baby Friendly" public maternity hospital in Northeast Brazil. *Epidemiol Serv Saúde*. 2016 [cited 2019 Feb 10];25(2):281-90. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ress/v25n2/en_2237-9622-ress-25-02-00281.pdf
16. Antunes MB, Demitto MO, Soares LG, Radovanovic CAT, Higarashi IH, Ichisato SMT, et al. Amamentação na primeira hora de vida: conhecimento e prática da equipe multiprofissional. *Av Enferm*. 2017;35(1):19-29. doi: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v35n1.43682>
17. Chaiben MO. Contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida em um hospital amigo da criança do sul do Brasil [monografia]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012 [citado 2019 fev 10]. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/69739>
18. Abdulghani N, Edvardsson K, Amir LH. Worldwide prevalence of mother-infant skin-to-skin contact after vaginal birth: a systematic review. *PLoS ONE*. 2018;13(10):e0205696. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205696>
19. Saxton A, Fahy K, Hastie C. Effects of skin-to-skin contact and breastfeeding at birth on the incidence of PPH: a physiologically based theory. *Women Birth*. 2014;27(4):250-3. doi: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2014.06.004>

■ **Autor correspondente:**

Paola Melo Campos

E-mail: paolacampos11@gmail.com

Recebido: 29.04.2019

Aprovado: 16.09.2019

Editores associados:

Ana Karina Silva da Rocha Tanaka
Cecília Helena Glanzner

Editor-chefe:

Maria da Graça Oliveira Crossetti