

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

LETICIA GABRIEL ABDALA

**FATORES RELACIONADOS AO CONTATO PELE A PELE ENTRE MÃE E
RECÉM-NASCIDO E A OPORTUNIDADE DE AMAMENTAÇÃO NA PRIMEIRA
HORA DE VIDA.**

Porto Alegre

2017

LETICIA GABRIEL ABDALA

**FATORES RELACIONADOS AO CONTATO PELE A PELE ENTRE MÃE E
RECÉM-NASCIDO E A OPORTUNIDADE DE AMAMENTAÇÃO NA PRIMEIRA
HORA DE VIDA.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Cuidado em enfermagem e saúde.

Linha de pesquisa: Cuidado de enfermagem na saúde da mulher, criança, adolescente e família. Eixo temático Saúde do recém-nascido.

Orientadora: Prof^ª Dra. Maria Luzia Chollopetz da Cunha.

Porto Alegre

2017

CIP - Catalogação na Publicação

GABRIEL ABDALA, LETICIA

FATORES RELACIONADOS AO CONTATO PELE A PELE ENTRE
MÃE E RECÊM-NASCIDO E A OPORTUNIDADE DE AMAMENTAÇÃO
NA PRIMEIRA HORA DE VIDA. / LETICIA GABRIEL ABDALA. -
- 2017.

52 f.

Orientador: MARIA LUZIA CHOLLOPETZ DA CUNHA.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2017.

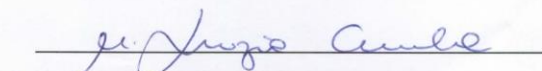
1. ENFERMAGEM NEONATAL. 2. ALEITAMENTO MATERNO.
I. CHOLLOPETZ DA CUNHA, MARIA LUZIA, orient. II.
Título.

LETICIA GABRIEL ABDALA**Fatores Relacionados ao Contato Pele a Pele Entre Mãe e Recém-Nascido e a Possibilidade de Amamentação na Primeira Hora de Vida.**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

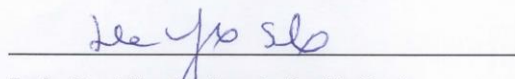
Aprovada em Porto Alegre, 30 de março de 2017.

BANCA EXAMINADORA



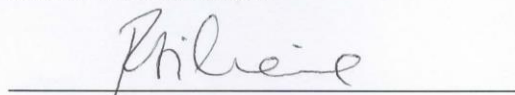
Profa. Dra. Maria Luzia Chollopetz da Cunha

Presidente - PPGENF/UFRGS



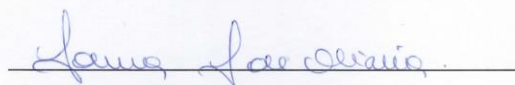
Profa. Dra. Lilian Cordova do Espírito Santo

Membro - PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Rita de Cássia dos Santos Silveira

Membro – FAMED/UFRGS



Dra. Laura Leismann de Oliveira

Membro – HCPA

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família pelo constante incentivo ao estudo e ao aperfeiçoamento profissional, e em especial à minha mãe, Lezia, pela valorização dos meus esforços e apoio incondicional.

Ao Edson, pela admiração, compreensão, escuta e por acompanhar este trabalho do início ao fim.

À Cristina por me auxiliar a buscar o equilíbrio e a endurecer sem perder a ternura.

À minha orientadora, Prof^ª Maria Luzia, pela parceria ao longo dos anos, por acreditar neste projeto e em mim, mesmo nas horas mais difíceis.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul e aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, que contribuíram para a expansão dos meus pensamentos acerca do ensino e da pesquisa científica durante esta etapa de minha trajetória acadêmica.

À equipe de enfermagem do Centro Obstétrico do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, que acabou me acolhendo e auxiliando no desenvolver da coleta de dados deste estudo enquanto desempenhavam suas atividades sempre com carinho e alegria.

E, por fim, agradeço a todas as mães, pais e recém-nascidos que fizeram parte deste estudo, permitindo que eu acompanhasse um momento tão nobre e emocionante de suas vidas.

RESUMO

ABDALA, Leticia Gabriel. **Fatores relacionados ao contato pele a pele entre mãe e recém-nascido e a oportunidade de amamentação na primeira hora de vida.** 2017. 53 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2017.

Introdução: Recém-nascidos (RN) que apresentam boas condições de vitalidade ao nascer, quando colocados imediatamente no colo materno, têm uma melhor transição para o meio extrauterino, tanto pela estabilização mais rápida da respiração e temperatura como menor estresse e choro. O Ministério da Saúde recomenda esta prática de contato pele a pele (CPP) a todo RN sadio, de forma imediata e contínua após o parto, por pelo menos uma hora, estimulando-se o aleitamento nesse período. **Objetivo:** Analisar os fatores associados a realização de contato pele a pele entre mãe e RN e a oportunidade de amamentação na primeira hora de vida. **Método:** Trata-se de estudo observacional, transversal, conduzido no centro obstétrico de um hospital Amigo da Criança, em Porto Alegre/RS, em que a pesquisadora acompanhou a interação mãe-bebê durante os primeiros 60 minutos pós-parto. Foram incluídos RN à termo, com peso ≥ 2500 g, nascidos de parto vaginal e de cesárea. Foram excluídos filhos de mães com história/suspeita de drogadição, soropositivas para o vírus HIV e portadores de malformações congênitas. **Resultados:** Foram incluídas 111 duplas mãe-bebê, sendo 68,4% (n=76) nascidos de parto vaginal e 31,6% (n=35) de cesárea. A prevalência de CPP na primeira hora de vida foi de 81%. Contudo, evidenciou-se que é comum na primeira hora de vida a colocação do RN enrolado em tecido sobre a mãe – o chamado “contato pele-pano”. Assim, a prevalência de CPP exclusivo foi de 53,2%. A mediana do tempo de CPP foi de 30 minutos (IQR: 15-45). Em 71,2% dos casos os RN tiveram a oportunidade de iniciar a amamentação na primeira hora de vida, sendo que 74,4% destes efetivamente apresentaram sucção. O tipo de contato da mãe-RN não influenciou na duração da amamentação, embora os RN que não realizaram CPP tenham sugado por tempo discretamente inferior ($p=0,906$). A temperatura da sala de parto não mostrou associação estatisticamente significativa ($p>0,05$) com o tipo de contato mãe-bebê, mas teve associação significativa ($p=0,037$) com o início do aleitamento. **Conclusões:** Constatou-se que adesão da prática de contato pele a pele ocorreu na maioria dos casos. O contato pele a pele deve ser encorajado durante, pelo menos, a primeira hora de vida após o nascimento, com o mínimo de interrupção e até que a primeira amamentação seja concluída, desde que a mãe eo recém-nascido permaneçam estáveis. Sugere-se que sejam realizados estudos futuros para investigar grupos de igual tamanho de RN nascidos de parto normal e de cesárea com o propósito de analisar associação com o contato pele a pele.

Palavras-Chave: Enfermagem Neonatal. Salas de Parto. Recém-Nascido. Aleitamento Materno.

ABSTRACT

ABDALA, Leticia Gabriel. **Factors related to skin-to-skin contact between mother and newborn and the opportunity to breastfeed in the first hour of life.** 2017. 53 f. Dissertation (Master in Nursing). Nursing school, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2017.

Background: Healthy newborns (NB) go through a smoother transition to the extrauterine environment when placed in skin-to-skin contact (SSC) with the mother immediately after birth. This is due to a quicker stabilization of breathing and temperature and a decrease in stress and crying levels. The uninterrupted practice of skin-to-skin contact immediately after birth to every healthy newborn for at least one hour and breastfeeding are recommended by the Ministry of Health. **Objective:** We sought to analyze the factors related to SSC between mother and newborn and the opportunity of breastfeeding in the first hour of life. **Method:** This study was conducted in an obstetric center of a Child's Friend hospital in Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil, and had a transversal and observational design. The researcher monitored the interaction between mother and baby after birth for 60 minutes. Term newborns with ≥ 2500 g, following both vaginal and cesarean delivery, were included in the study. Children from mothers with drug use history or suspicion, HIV-positive and congenital anomalies were excluded. **Results:** Then, 111 mother-baby pairs were included, 68,4% (n=76) born vaginally, and 31,6% (n=35) born by cesarean. The prevalence of skin-to-skin contact in the first hour of life was 81%. However, it was evidenced that it is common in the first hour of life to place the RN wrapped in blanket on the mother - the so-called "skin-to-wrap contact". Thus, 53,2% practiced SSC exclusively. The median time to skin-to-skin contact was 30 minutes (IQR: 15-45). The onset of breastfeeding was promoted for 71.2% of newborns, and 74.4% of them actually had suction. The type of mother-baby contact did not influence the duration of breastfeeding although NB that didn't had SSC had sucked for slightly lower time ($p=0,906$). The temperature of the birth room did not show statistically significant association ($p>0,05$) with the type of mother-infant contact, but had association with the begin of suckling ($p=0,037$). **Conclusions:** It was observed that adhesion of the practice of skin-to-skin contact occurred in the majority of the cases. Skin-to-skin contact should be encouraged for at least the first hour of life after birth, with minimum interruption and until the first breastfeeding is completed as long as the mother and newborn remain stable. It is suggested that future studies be conducted to investigate groups of equal size of RN born from normal delivery and cesarean section with the purpose of analyzing association with skin-to-skin contact.

Keywords: Neonatal Nursing. Delivery Rooms. Infant, Newborn. Breastfeeding.

RESUMEN

ABDALA, Leticia Gabriel. **Factores relacionados al contacto piel a piel entre madre y recién nacido y la oportunidad de lactancia en la primera hora de vida.** 2017. 53 f. Disertación (Maestría en Enfermería). Escuela de Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2017.

Introducción: Recién-nacidos (RN) que presentan buenas condiciones de vitalidad al nacer, cuando colocados inmediatamente en el regazo materno, tienen una mejor transición para el medio extrauterino, tanto por la estabilización más rápida a respiración y temperatura, como menor estrés y llanto. El Ministerio de la Salud recomienda esta práctica de contacto piel a piel a todo RN sano, de forma inmediata y continua luego después del parto, durante por lo menos una hora, estimulando el amamantamiento en este período. **Meta:** El objetivo de este estudio fue analizar los factores relacionados con el contacto de piel a piel (CPP) entre la madre y el recién nacido y la oportunidad del amamantamiento en la primera hora de su vida. **Método:** Se trata de un estudio observacional, transversal, conducido en el centro obstétrico de un hospital Amigo del Niño, en Porto Alegre/RS, en el cual la pesquisadora ha acompañado la interacción madre-hijo durante los primeros sesenta minutos posparto. Fueron incluidos RN a termo, con ≥ 2500 g, nacidos de parto vaginal y de cesárea. Fueron excluidos hijos de madres con historia/sospecha de drogadicción, soropositivas para el virus HIV y portadoras de malformaciones congénitas. **Resultados:** Se incluyeron 111 parejas madre-hijo, siendo 68,4% (n = 76) nacidos de parto vaginal 31,6% (n = 35) de la cesárea. La prevalencia de contacto de piel a piel en la primera hora de vida fue del 81%. Sin embargo, se observa que es común en la primera hora de vida de la colocación del bebé envuelto en manta sobre la madre - la denominada "piel-paño". Por lo tanto, la prevalencia CPP exclusivo era 53,2%. La mediana del tiempo de contacto piel a piel fue de 30 minutos (IQR: 15-45). El comienzo de la lactancia materna fue oportunizado a 71,2% RN, pero 74,4% de ellos realmente mostró succión. El tipo de contacto no afectó la duración de lo amamantamiento, aunque los niños que no tenían CPP han aspirado por tiempo ligeramente inferior ($p=0,906$). La temperatura de la sala de partos no mostró asociación estadísticamente significativa ($p>0,05$) con el tipo de contacto madre-hijo, pero se asoció con el inicio de la lactancia ($p=0,037$). **Conclusiones:** Se constató que la adhesión de la práctica de contacto piel a piel ocurrió en la mayoría de los casos. El contacto piel a piel debe ser alentado durante al menos la primera hora de vida después del nacimiento, con el mínimo de interrupción y hasta que la primera lactancia sea concluida, siempre que la madre y el recién nacido permanezcan estables. Se sugiere que se realicen estudios futuros para investigar los grupos de recién nacidos de igual tamaño nacidos por parto vaginal y cesárea con el fin de analizar la asociación con el contacto piel a piel.

Palabras-Clave: Enfermería Neonatal. Salas de Parto. Recién-Nacido. Lactancia Materna.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”.	12
Tabela 1 – Características maternas, da gestação e do trabalho de parto (n=111). Porto Alegre, RS, 2017.	30
Tabela 2 – Características dos RN e dos partos (n=111). Porto Alegre, RS, 2017.	31
Figura 1: Fluxograma do tipo de contato mãe-bebê realizado.	32
Tabela 3 – Motivos para a não realização do contato pele a pele (n=21) conforme relato da equipe de saúde (n=21). Porto Alegre, RS, 2017.	32
Tabela 4 – Associação entre o tipo de parto e o tipo de contato mãe-bebê realizado (n=111). Porto Alegre, RS, 2017.	33
Figura 2 – Tempo de sucção ao seio materno apresentado pelos RN na primeira hora de vida estratificado em faixas. Porto Alegre, RS, 2017.	33
Tabela 5 – Duração da amamentação para cada tipo de contato mãe-bebê (n=58). Porto Alegre, RS, 2017.	34
Tabela 6 – Temperatura axilar dos RN após contato com a mãe (n=111). Porto Alegre, RS, 2017.	34
Tabela 7 – Associação entre a temperatura da sala de parto e tipo de parto e a sucção ao seio materno (n=111). Porto Alegre, RS, 2017.	35
Tabela 8 - Associação do tipo de contato mãe-bebê realizado e a temperatura da sala de parto e a temperatura axilar do RN (n=111). Porto Alegre, RS, 2017.	36

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AME	Aleitamento Materno Exclusivo
CEP	Comitê de Ética
CPP	Contato pele a pele
DP	Desvio-Padrão
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HTLV	Vírus linfotrópico da célula humana
IgA	Imunoglobulina A
IgG	Imunoglobulina G
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
LM	Leite Materno
OMS	Organização Mundial de Saúde
RN	Recém-nascido (s)
SUS	Sistema Único de Saúde
TAX	Temperatura Axilar
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCO	Unidade Centro Obstétrico
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	JUSTIFICATIVA	16
3	OBJETIVOS	17
3.1	Objetivo geral	17
3.2	Objetivos específicos	17
4	REVISÃO DA LITERATURA	18
5	MÉTODO	25
5.1	Tipo de estudo	25
5.2	Campo de estudo	25
5.3	População e amostra	26
5.4	Cálculo amostral	26
5.5	Logística	26
5.6	Análise estatística	28
5.7	Considerações bioéticas	28
6	RESULTADOS	30
7	DISCUSSÃO	37
8	CONCLUSÕES	42
	REFERÊNCIAS	43
	APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados	48
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	49
	ANEXO A – Termo de Compromisso para Utilização de Dados	50
	ANEXO B – Carta de Aprovação do Projeto	51

1 INTRODUÇÃO

Estudos demonstram que recém-nascidos (RN) que apresentam boas condições em termos de vitalidade ao nascer, quando colocados imediatamente no colo materno, têm uma melhor transição da vida fetal para o meio extrauterino. Eles apresentam momentos menos frequentes de choro e de sinais de estresse, bem como estabilização mais rápida da frequência respiratória e da temperatura corporal quando em contato direto com a mãe, consequentemente com menor risco de hipotermia e menor perda de peso nos primeiros dias de vida (SRIVASTAVA; GUPTA; BHATNAGAR; DUTTA, 2014). O chamado contato pele a pele (CPP) é conceituado como a colocação do RN despido no colo também despido de sua mãe (CANTRILL; CREEDY; COOKE; DYKES, 2014). Embora estudos retratem a superioridade do CPP em relação ao contato realizado com o RN vestido ou envolto e panos, esta prática é bastante comum e valiosa para a interação mãe-bebê (D'ARTIBALE, BERCINI, 2014).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em conjunto com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), tem promovido esforços mundiais no sentido de incentivar e apoiar o aleitamento materno, visando especialmente o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida. O Aleitamento Materno Exclusivo (AME) é definido como “quando a criança recebe apenas leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos” (BRASIL, p. 12, 2009).

Na década de 1990, foi idealizada a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), a partir de um encontro entre diversos países promovido pela OMS e pelo UNICEF. Seu principal objetivo é a mobilização dos profissionais de saúde envolvidos na atenção materno-infantil a fim de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno. O Brasil foi um dos 12 países selecionados para dar início à estratégia. As diretrizes da IHAC foram atualizadas em 2008, resumindo as orientações nos “*Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno*” (Tabela 1) como critérios mínimos para que a maternidade seja considerada Amiga da Criança (BRASIL, 2008).

As políticas públicas na área da saúde da mulher e do RN têm colocado a amamentação como ponto alvo para atingir melhores resultados perinatais. A portaria Nº 371

do Ministério da Saúde, de sete de maio de 2014, institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido no Sistema Único de Saúde (SUS). Em seu artigo número quatro consta que, para o RN com boas condições de vitalidade ao nascer (ritmo respiratório normal, tônus normal e sem líquido meconial), o contato pele a pele (CPP) deve ser assegurado, realizado imediatamente e de forma contínua, mantendo-se o RN no abdome ou tórax materno, conforme sua preferência, e com temperatura do ambiente em torno de 26°C. O aleitamento materno deverá ser estimulado neste período, exceto para mães portadoras do vírus da imunodeficiência humana (HIV) ou do vírus linfotrópico da célula humana (HTLV). Além disso, os procedimentos de rotina, tais como exame físico, medidas antropométricas, pesagem e vacinação, devem ser postergados, a fim de valorizar o momento de contato do RN com a mãe (BRASIL, 2014a). Ainda em maio de 2014, o MS atualizou as diretrizes com a Portaria nº 1153, trazendo a interpretação atualizada dos “Dez Passos” (BRASIL, 2014b).

Quadro 1 – “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”.

Passo	Medida
1	Ter uma política de aleitamento materno escrita que seja rotineiramente transmitida a toda a equipe de cuidados de saúde.
2	Capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implementar esta política.
3	Informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno.
4	Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento, conforme nova interpretação, e colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães, imediatamente após o parto, por pelo menos uma hora e orientar a mãe a identificar se o bebê mostra sinais que está querendo ser amamentado, oferecendo ajuda se necessário;
5	Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação mesmo se forem separadas dos filhos.
6	Não oferecer a RN bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica e/ou de nutricionista.
7	Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e RN permaneçam juntos – 24 horas por dia.
8	Incentivar o aleitamento materno sob livre demanda.

9	Não oferecer bicos artificiais ou chupetas a RN e lactentes.
10	Promover a formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos quando da alta da maternidade, conforme nova interpretação, e encaminhar as mães a grupos ou outros serviços de apoio à amamentação, após a alta.

Fonte: Ministério da Saúde - Portaria 1153 de 22 de maio de 2014.

Especificamente em relação ao quarto passo, pelo menos 80% das mães que deram à luz via parto vaginal ou cesárea sem anestesia geral devem confirmar que seus neonatos realizaram contato pele a pele imediatamente após o nascimento ou no prazo de cinco minutos após o parto e que este contato durou pelo menos uma hora, a não ser que tal prática fosse atrasada devido razões clínicas. Além disso, também 80% das mulheres devem confirmar que foram encorajadas a reconhecer sinais de prontidão para mamar durante este período de contato. Quanto às mulheres que realizaram cesariana com anestesia geral, pelo menos 50% deve referir que seus RN foram colocados em contato pele a pele assim que elas estivessem responsivas e alertas. Caso sejam realizadas observações dos partos normais para verificar a aderência ao Passo Quatro, os resultados devem mostrar que pelo menos 75% dos RN realizou contato pele a pele em até cinco minutos após o nascimento e durante no mínimo 60 minutos, e que estas mães foram incentivadas a reconhecer sinais de prontidão para mamar (BRASIL, 2008).

RN amamentados precocemente apresentam melhores chances de manter o AME nos primeiros seis meses de vida (PRIOR et al., 2012). Especificamente na primeira hora de vida, a amamentação está fortemente relacionada à diminuição da mortalidade neonatal (ODDY, 2013). Os benefícios do AME são endossados em diversos estudos que o apontam como fator protetor contra distúrbios gastrintestinais (desidratação e diarreia), doenças respiratórias e alergias (BHANDARI et al., 2004; LADOMENOU et al., 2010; BOCCOLINI; CARVALHO; OLIVEIRA; PEREZ-ESCAMILLA, 2013; YAMAKAWA et al., 2015). Assim, RN em AME apresentam menores taxas de adoecimento e necessidade de internação hospitalar no primeiro ano de vida (BHANDARI et al., 2004; LADOMENOU et al., 2010; YAMAKAWA et al., 2015).

A amamentação, mais do que um meio de nutrição, tem grande influência no processo de interação e formação de vínculo e traz um benefício ímpar ao desenvolvimento da relação

mãe-bebê. O vínculo é iniciado desde a gestação e, com o nascimento, o primeiro contato após o parto é crucial para o desenvolvimento do apego. A interação na vida pós-natal precoce, ou a falta dela no caso da separação da mãe e seu recém-nascido, pode causar alterações no desenvolvimento cognitivo e emocional, com consequências a longo prazo. A separação precoce pode alterar a capacidade de regular respostas a situações de estresse, como já demonstrado em estudos com animais (FLACKING et al., 2012).

Klaus e Kennel (1992) referem que existem seis estados comportamentais do recém-nascido, os quais compreendem dois estados de sono (sono profundo e sono ativo), três estados de vigília (alerta tranquilo, alerta ativo e choro) e a sonolência (período de transição entre sono e vigília). Durante os primeiros 45 a 60 minutos de vida o neonato encontra-se no estado alerta tranquilo, também chamado de período de inatividade alerta, ou seja, está calmo, com os olhos abertos, com pouquíssima atividade motora, pois sua energia parece estar centrada nos sentidos de visão e audição, tornando-o capaz de responder ao ambiente a sua volta e dificilmente chorar. Esta é a chamada “hora sagrada” ou “hora mágica” (PHILLIPS, 2013), momento único para dar início à interação entre mãe e RN, promover o apego e propiciar a amamentação. Após este período o neonato entra no estado de sono profundo por cerca de três horas, que deve ser respeitado (KLAUS; KENNEL, 1992).

RN saudáveis e a termo possuem um conjunto de comportamentos específicos inatos. Logo após o nascimento, quando colocados sobre o tórax da mãe, já são capazes de localizar o mamilo por meio do olfato. Estímulos sensoriais como o toque, o calor e o odor envolvidos no processo do CPP compreendem um poderoso estímulo vagal, o qual, entre outros efeitos, gera liberação de ocitocina na puérpera. A ocitocina, por sua vez, possui diversos efeitos benéficos tanto na mãe como no recém-nascido; atua no auxílio à involução uterina após o parto, diminuindo o risco de hemorragia; causa aumento da temperatura materna na região das mamas, fornecendo calor ao RN ali colocado; estimula o instinto materno de proteger e cuidar do RN; contribui para a manutenção da lactação a partir do estímulo à descida e ejeção do leite e possui efeito relaxante, estando relacionada a menores níveis plasmáticos de cortisol (MOORE; ANDERSON; BERGMAN; DOWSWELL; 2012; ZWEDBERG; BLOMQUIST; SIGERSTAD, 2015).

As primeiras horas após o parto compreendem um momento de extrema sensibilidade, quando mãe e RN estão particularmente responsivos um ao outro. RN colocados em CPP com suas mães imediatamente após o nascimento por cerca de 50 minutos têm probabilidade oito

vezes maior de amamentar espontaneamente, demonstrando que a promoção deste momento de interação pode ser o ponto-chave para sucesso no aleitamento materno (GOMEZ, 1998). Por outro lado, determinados conjuntos de rotinas e práticas hospitalares que não valorizem este momento podem interferir negativamente no processo.

Poucos são os estudos que abordam a relação entre o tempo de CPP entre mãe e RN e a efetividade do aleitamento materno, bem como sobre o quanto as puérperas são auxiliadas e orientadas sobre esta atividade nas primeiras horas após o parto. Além disso, sabe-se que a prevalência da amamentação na primeira hora de vida apresenta valores divergentes na literatura, variando entre 31% a 74% em hospitais credenciados a IHAC, sendo mais baixa ainda nas instituições não credenciadas a iniciativa (PILLEGI et al, 2008; PEREIRA et al, 2013; BELO et al, 2014; MOREIRA et al, 2014). A partir do exposto, a seguinte questão norteadora de pesquisa foi formulada: quais os fatores relacionados à realização do CPP entre mãe e RN na primeira hora após o parto e o início da amamentação neste período?

2 JUSTIFICATIVA

Considerando que o aleitamento materno na primeira hora de vida é fator protetor contra a mortalidade neonatal, que o leite materno é o melhor e mais completo alimento para o RN e que estudos demonstram associação entre o CPP ao nascimento, preconizado pela IHAC, e o aumento nas taxas de início e duração do aleitamento materno (SEMENIC; CHILDERHOSE; LAUZIÈRE; GROLEAU, 2012), torna-se relevante conhecer e analisar os fatores relacionados à realização do contato pele a pele entre mãe e RN na primeira hora de vida e ao início da amamentação. Embora se trate de uma intervenção simples e sem custos, ainda são baixas as taxas de contato pele a pele e de amamentação em sala de parto no contexto brasileiro, ainda mais em se tratando de RN nascidos por cesariana. Na primeira hora de vida, não se espera que o RN seja efetivamente alimentado, mas sim que ele tenha a oportunidade de estabelecer contato com a mãe enquanto se adapta à vida extrauterina, recebendo seu toque e seu calor (BARBOSA et al., 2010). Conforme inicia a amamentação, na puérpera, além do benefício de estar com seu RN, há estimulação da produção de ocitocina, a qual estimula a descida do leite, o que facilitará a primeira mamada (PILLEGI et al., 2008). Assim, esta investigação permitirá a construção de subsídios para o redirecionamento de rotinas e práticas assistenciais e a verificação de possíveis oportunidades de melhoria da atenção obstétrica e neonatal, de forma a rever prioridades e promover o desenvolvimento do vínculo entre mãe-bebê e a amamentação.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar os fatores relacionados à realização do contato pele a pele entre mãe e recém-nascido e a oportunidade de amamentação na primeira hora de vida.

3.2 Objetivos Específicos

Verificar a frequência e duração de contato pele a pele na primeira hora de vida de recém-nascidos.

Verificar a frequência e duração da amamentação na primeira hora de vida de recém-nascidos.

4 REVISÃO DA LITERATURA

Contato Pele a Pele e Amamentação na Primeira Hora de Vida

A separação do binômio mãe-bebê ao nascimento é uma prática comum na cultura ocidental, ainda que sejam conhecidos os benefícios da manutenção do contato próximo e precoce de ambos. Idealmente, deveria ser iniciado o contato pele a pele ao nascimento, que envolve a colocação do RN despido e pronado sobre o corpo materno, coberto por um cobertor ou campo aquecido (MOORE, ANDERSON, BERGMAN, 2009).

O RN a termo possui um conjunto de comportamentos que já ao nascimento lhe confere habilidades para adaptação à vida extra-uterina e para iniciar sua alimentação. Quando colocados em CPP entre os seios da mãe, é capaz de localizar o mamilo sem precisar de ajuda e geralmente iniciam a sucção dentro da primeira hora de vida. Sugere-se que o RN seja atraído pelo odor liberado pela aréola/mamilo da mulher lactante (VARENDI, WINBERG, 1994). Estudo mais atual, conduzido por enfermeiras suecas investigou a sequência de comportamentos do RN para localizar o mamilo da mãe logo após o nascimento a fim de compreender que sentidos são utilizados e como este processo ocorre. Assim, 28 RN foram colocados em contato pele a pele com suas mães, posicionados com os olhos na altura dos mamilos, e filmados até que iniciassem a sucção. Nove fases comportamentais foram descritas pelas pesquisadoras, incluindo desde o choro logo após o nascimento, relaxamento, de rastejar e se aproximar do mamilo, sucção e adormecimento (WIDSTROM et al., 2011).

Um estudo clínico randomizado que analisou o efeito do CPP precoce entre mãe e RN na amamentação, contando com 183 binômios, apontou que o grupo de RN que realizou contato com a mãe ao nascer apresentou maior sucesso na primeira mamada e menor tempo para iniciar efetivamente a sugar a mama materna em relação ao grupo de RN que não realizou CPP (MAHMOOD, JAMAL, KHAN, 2011). Além disso, o contato pele a pele interfere na colonização da pele do RN com uma microbiota semelhante à da mãe, bem como estimula o estabelecimento de uma microbiota intestinal adequada, a partir da ingestão do colostro (ODENT, 2002).

Pesquisa realizada no Brasil, que analisou dados de mais de 8.000 nascimentos entre os anos de 1999 e 2001, mostrou resultados preocupantes. Aproximadamente metade das puérperas realizou cesárea (n=4.081) e apenas 5,8% destas amamentaram na primeira hora de

vida. Além disso, foi evidenciada diferença na taxa de amamentação conforme o local de nascimento, pois apenas 1,6% das crianças nascidas em maternidades privadas foram amamentadas na primeira hora de vida, versus 39,2% crianças nascidas em maternidades municipais ou federais (BOCCOLINI, CARVALHO, OLIVEIRA, VASCONCELLOS, 2011). Outros estudos apontam que as taxas de aleitamento materno na primeira hora de vida variam entre 50% e 74%, sendo menor em hospitais não credenciados à IHAC (PEREIRA et al., 2013; PILLEGI, 2008). Uma pesquisa sobre indicadores de aleitamento materno nas capitais brasileiras trouxe resultados melhores, evidenciando, no ano de 2008, uma média de 71,8% de RN amamentados na primeira hora de vida na região sul do país. Em Porto Alegre, esta taxa chegou a 71,9%, superior à média das capitais brasileiras, que foi de 67,7% (VENANCIO, ESCUDER, SALDIVA, GIUGLIANI, 2010).

Um estudo clínico randomizado iraniano apontou o efeito do CPP entre mãe e RN imediatamente após o nascimento na autoeficácia materna para amamentar. Foram incluídas 114 primíparas com gestação a termo, que pariram por via vaginal, e os RN foram alocados em dois grupos: o que realizou CPP imediato e o que recebeu cuidados de rotina após nascimento (como pesagem e vacinas). Foi observado um sucesso significativamente maior na primeira amamentação do grupo de RN que realizou CPP em relação ao outro grupo (56,6% *versus* 35,6%; $p=0,02$), bem como tempo médio significativamente menor para iniciar a sucção ao seio materno (21,9 minutos *versus* 66,5 minutos; $p<0,001$) (AGHDAS, TALAT, SEPIDEH, 2014).

Um estudo conduzido em uma maternidade australiana incluiu 78 RN cuja primeira hora de vida foi observada, a fim de avaliar o comportamento para iniciar a sucção na mama materna neste período imediatamente após o nascimento. Constatou-se que 68% dos RN iniciaram a sucção dentro dos primeiros 60 minutos de vida, e o tempo médio para iniciar a sucção foi de 38 minutos. Apenas 33% dos RN experienciaram uma hora completa de CPP com suas mães sem interrupções. Além disso, os autores investigaram o auxílio recebido pelas mulheres para iniciar a amamentação em sala de parto, concluindo que as puérperas são incentivadas para tal e que predominam as ações de posicionamento do RN, por exemplo, direcionando sua cabeça para o seio, colocando o mamilo em sua boca e provocando a expressão do colostro manualmente (CANTRILL et al., 2014).

Um estudo observacional avaliou a implementação da prática do quarto passo para sucesso do aleitamento materno preconizado pela IHAC, por meio da observação dos partos realizados e de entrevistas com profissionais de saúde do centro obstétrico em um hospital

Amigo da Criança em Recife/PE, Brasil. Foram observados 93 partos e realizadas entrevistas com 80 profissionais da saúde (sendo 59% médicos, 11% enfermeiros e 30% técnicos de enfermagem). Entre os RN com boa vitalidade ao nascer, 59,3% não foi colocado CPP, nem estimulado a sugar a mama materna. Os principais motivos para a não realização CPP foram comprometimento da vitalidade do RN (44%), evidenciado por APGAR inferior a seis no primeiro minuto de vida, desconforto respiratório, prematuridade e hipoatividade, entretanto 35,6% dos casos não houve motivo descrito. Quanto aos conhecimentos dos profissionais de saúde, cerca de 42% destes não lembrava ou não sabia do que se tratava o 4º passo para promoção do aleitamento materno (MONTE, LEAL, PONTES, 2012).

Amamentação e Cesárea

O tipo de parto tem demonstrado influência nas taxas de realização de CPP precoce entre mãe e RN, e conseqüentemente no início da amamentação. A cesariana é apontada como fator de risco mais consistentemente associado a não amamentação na primeira hora de vida, e, além disso, está associada a menor índice de AME aos seis meses de vida da criança. Isso se deve, geralmente, a rotinas de cuidados pós-operatórios, os quais retardam, interrompem ou mesmo impedem o contato entre o RN e sua mãe após o nascimento (BOCCOLINI, CARVALHO, OLIVEIRA, VASCONCELLOS, 2011; PRIOR et al., 2013).

Desde 1985, a OMS considera que a taxa ideal de cesarianas deveria corresponder a 10%-15% de todos os partos no mundo. No ano de 2010, foi a primeira vez em que o número de cesarianas superou o número de partos vaginais no Brasil, sendo que em Porto Alegre a taxa de cesárea já correspondia a 50,21% dos nascimentos em 2009 (OBSERVAPOA). Segundo a publicação *Saúde Brasil 2011* divulgada pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, a taxa de cesariana se encontrava em 52,3% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b). Estima-se que este valor tenha atingido 55% ao final do ano de 2014, sendo ainda maior em se tratando de nascimentos na rede privada (LEAL, GAMA, 2014). Os riscos maternos associados à cesárea são evidentes, sendo maior a taxa de mortalidade materna, de hemorragia, o uso de antibióticos no puerpério, a necessidade de cuidado intensivo, entre outros, mesmo após ajuste de fatores de confundimento (VILLAR et al., 2007).

Apesar de altamente recomendado, nem sempre é proporcionado a puérpera a oportunidade o CPP imediato com seu filho, especialmente após cesárea. Estudo conduzido

em hospital credenciado a IHAC no Rio de Janeiro indicou que o espaço de tempo entre o nascimento e a primeira mamada dos recém-nascidos ainda é grande, justificado em grande parte pela não realização do CPP precoce. Mesmo tendo incluído apenas RN que nasceram bem e que não apresentaram intercorrências durante o parto, o tempo médio para iniciar a amamentação foi de quatro horas e trinta minutos. Outro achado destes autores que chama a atenção diz respeito ao auxílio para amamentar fornecido pelos profissionais de saúde: entre as mulheres que pariram por via vaginal, 60% recebeu auxílio ainda em sala de parto, ao passo que entre as submetidas à cesariana essa taxa caiu para 20% (SILVA, SILVA, MATHIAS, 2008).

Em relato de experiência realizado em um hospital privado de Porto Alegre, sobre amamentação no centro obstétrico, evidenciou-se que o início da amamentação tem sido postergado à segunda hora pós-nascimento, na sala de recuperação obstétrica, o que pode estar relacionado ao alto índice de cesáreas e ao foco biomédico da assistência prestada pela equipe de saúde (STRAPASSON, FISCHER, BONILHA, 2011). O uso da tecnologia e práticas hospitalares intervencionistas podem afetar a amamentação logo após o parto. O jejum, a restrição de movimentação, separar a mãe do RN e procedimentos desnecessários podem prejudicar a interação imediata, consequentemente retardando o aleitamento materno (PILLEGI et al., 2008). Uma pesquisa que investigou os cuidados prestados a recém-nascidos saudáveis à termo durante a primeira hora de vida utilizando dados de hospitais de todo o Brasil, evidenciou práticas consideradas inadequadas sendo utilizadas excessivamente, tais como aspiração gástrica e de vias aéreas, uso de oxigênio inalatório, e uso de incubadoras, ao passo que a realização de CPP com a mãe e a promoção do aleitamento materno foram pouco estimuladas (MOREIRA et al., 2014).

Uma revisão sistemática demonstrou que a realização de cesárea eletiva constitui o maior risco para não amamentação. Como a cesárea de emergência ocorre geralmente após o início do trabalho de parto, essa observação é justificada, pois durante o trabalho de parto a gestante se encontra em um estado metabólico e endócrino diferenciado, permeado por ocitocina e prolactina fundamentais para o início da lactação, ao contrário das que não entraram em trabalho de parto e optaram por realizar cesariana eletiva previamente agendada (PRIOR et al., 2012). Além disso, a anestesia administrada à mãe afeta seu RN, podendo deixá-lo mais sonolento e diminuindo seu reflexo de sucção (PILLEGI et al., 2008).

Um estudo qualitativo que investigou as percepções e experiências de enfermeiras obstetras sobre CPP após cesárea descreveu uma série de obstáculos enfrentados, entre eles:

espaço físico restrito, pouco tempo para se dedicar exclusivamente a uma mãe e seu RN e pouca colaboração por parte de outros profissionais da equipe. Além disso, as enfermeiras referiram que muitas vezes as mães não desejam realizar CPP com o RN, seja por desconhecer os inúmeros benefícios desta prática ou por simplesmente não aceitar a orientação de enfermagem. Assim, enfatizam a importância de a gestante receber, desde o pré-natal, orientação adequada sobre os cuidados realizados no pós-parto imediato que trazem benefícios ímpares ao RN, de forma a melhor prepará-las (ZWEDBERG, BLOMQUIST, SIGERSTAD, 2015).

O Leite Materno e a Fisiologia da Amamentação

Ao nascimento e com a expulsão da placenta, ocorre uma queda significativa nos níveis sanguíneos maternos de progesterona, seguida de liberação de prolactina pela glândula pituitária anterior. Esta estimula a segunda fase da lactogênese e inicia a secreção do leite. A pituitária posterior é responsável pela liberação de ocitocina, que age na contração das células mioepiteliais que envolvem os alvéolos (pequenos sacos que armazenam o leite a ser secretado), provocando a saída do leite pelos ductos (RIORDAN, 2005). Inicialmente, a síntese do leite é controlada basicamente por ação hormonal, enquanto a descida do leite costuma ocorrer em 48-72 horas pós-parto. Então se inicia a terceira fase da lactogênese: a galactopoiese, a qual depende basicamente do esvaziamento da mama. Assim, tanto a qualidade como a quantidade da sucção do bebê que passam a governar a síntese do leite materno (GIUGLIANI, 2004). A integridade do eixo hipotálamo-hipófise, regulando os níveis de prolactina e ocitocina, é essencial tanto para o início como para a manutenção da síntese láctea. Além disso, pode ocorrer liberação de ocitocina a partir de estímulos sensoriais, tais como visão, cheiro e choro do bebê, e a fatores de ordem emocional, como motivação, autoconfiança e tranquilidade. Da mesma forma, estresse e desconforto e falta de autoconfiança são aspectos considerados danosos, pois podem inibir o reflexo de ejeção do leite, prejudicando a lactação (BERNE, 2008).

O leite materno sofre modificações fisiológicas em sua composição, passando por três fases distintas a fim suprir exatamente as necessidades do recém-nascido (BERNE, 2008):

- Colostro Humano: primeiro produto da secreção láctea da puérpera produzido em média até o 7º dia após o parto. Rico em vitaminas lipossolúveis, leucócitos, lactoferrina e imunoglobulina IgA, e com menor teor de gordura.

- Leite Humano de Transição: intermediário entre colostro e leite maduro, obtido em média entre o 7º e o 15º dia pós-parto, com menor concentração de imunoglobulinas e proteínas, mas progressivamente com maior teor de gordura e calorias.

- Leite Humano Maduro: produto livre de colostro, obtido em média a partir do 15º dia pós-parto, composto predominantemente por água, sendo que os demais nutrientes variam amplamente.

Tais modificações na composição do leite materno estão relacionadas a proteção imunológica passiva proporcionada pela puérpera. São vários os componentes contidos no leite que lhe conferem propriedades protetoras, entre eles: fatores antimicrobianos (como lactoferrina e fator bífido), anti-inflamatórios, imunomoduladores (como citocinas, interleucinas e fatores estimuladores de colônia) e leucócitos (BALLARD, MORROW, 2013). Considerando a imaturidade do intestino do RN logo ao nascer, este conjunto de elementos tem papel ímpar no desenvolvimento neonatal. Inclusive, achados mais recentes inclusive sugerem que o leite materno um “medicamento personalizado para crianças (VICTORA et al., 2016). Os prematuros, especialmente, possuem um trato gastrointestinal hipersensível e, portanto, vulnerável à patógenos. Quando colonizado por bactérias lácticas e enterobactérias através do leite materno, é iniciado o processo imunomodulador (ODDY, 2013).

Amamentação e Mortalidade Neonatal

No Brasil, a taxa de mortalidade infantil – proporção de óbitos de crianças menores de um ano de idade - no ano de 2015 foi de 13,8 mortes a cada 1.000 nascidos vivos (IBGE). Em Porto Alegre, a taxa de mortalidade infantil no ano de 2015 foi de 9,19 (OBSERVAPOA). Entre os óbitos neonatais, a grande maioria ocorre nos primeiros seis dias de vida, o que indica forte associação com a atenção ao parto e ao nascimento. Independentemente das causas - prematuridade, infecções e asfixia neonatal estão entre as mais predominantes - a principal estratégia e de melhor custo-benefício utilizada para prevenção de óbitos infantis é o aleitamento materno (LAWN, COUSENS, ZUPAN, 2005).

Aleitamento materno precoce é conceituado como “amamentação iniciada dentro das 24 horas após nascimento (DEBES et al., 2013). Estudo pioneiro conduzido em Gana, com cerca de 11 mil crianças, aponta a relação entre amamentação precoce e taxas de mortalidade neonatal. Os autores concluíram que 22% das mortes neonatais poderiam ter sido evitadas se todas as crianças estudadas tivessem sido amamentadas na primeira hora de vida. Além disso, enfatizam que a mãe que começar a amamentar logo após o parto tem maiores chances de sucesso na manutenção do aleitamento materno (EDMOND et al., 2006). Alguns anos mais tarde, um estudo ecológico utilizou dados sobre saúde e nutrição materno-infantil de pesquisas de 67 países, a fim de investigar a correlação entre o percentual de amamentação na primeira hora de vida e as taxas de mortalidade no período neonatal. Confirmou-se que a amamentação na primeira hora de vida possui correlação significativa e inversa à mortalidade neonatal. Esta correlação foi ainda mais forte entre os países com taxas maiores de mortalidade neonatal, justificada, provavelmente, por estes possuírem condições de assistência ao parto e nascimento mais precárias (BOCCOLINI, CARVALHO, OLIVEIRA, PEREZ-ESCAMILLA, 2013).

A importância da promoção do início da amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido é enfatizada no estudo de Garcia et al. (2011), que observou 78% de risco de mortalidade neonatal na Índia relacionado ao início tardio do aleitamento materno (superior a 24 horas). Igualmente, estudo de grande porte conduzido no Nepal que incluiu 22 mil RN, apontou aumento da mortalidade em 41% quando estes foram amamentados somente após 24 de vida (MULLANY et al., 2008).

5 MÉTODO

5.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, transversal. Este método consiste em um pesquisador observar, de modo passivo, os eventos ou sujeitos da pesquisa sem intervir ou modificar qualquer aspecto destes, e buscar explicar a ocorrência de determinado desfecho, buscando relacionar a sua ocorrência a um ou mais fatores (ALMEIDA, 1990).

5.2 Campo de Estudo

O estudo foi conduzido na Unidade Centro Obstétrico (UCO) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), instituição integrante da rede de hospitais universitários do Ministério da Educação e vinculada academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), cuja política institucional é de integrar ensino, assistência e pesquisa. O HCPA recebeu o título Hospital Amigo da Criança em dezembro de 1997, e o mantém até o presente momento.

Localizada na ala norte do 12º andar, a UCO é referência para gestações de alto risco. São realizados em média 300 partos por mês, totalizando cerca de 3.390 nascimentos ao ano. Na unidade, há uma enfermeira responsável pelo acolhimento e classificação de risco, uma responsável por acompanhar as salas de pré-parto e outra responsável pela assistência nas salas de parto. Habitualmente, ao nascer o RN é recepcionado pelo obstetra que em seguida o entrega ao pediatra ou residente de pediatria para realizar os procedimentos de rotina (exame físico, pesagem, identificação, etc) e conjunto com a enfermeira obstétrica, o que toma cerca de cinco a oito minutos, e após retornam para a companhia da mãe sempre que ambos estejam estáveis. Durante todo o atendimento obstétrico, é permitido que a mulher esteja com um acompanhante de sua livre escolha. Ao término da primeira hora de vida, o RN é encaminhado para a sala de admissão, onde são realizados os cuidados de enfermagem de rotina. A mãe é encaminhada para a sala de recuperação pós-parto e aguarda o retorno do seu RN após a rotina. Em seguida, ambos recebem alta para a maternidade, localizada no 11º andar, ficando em alojamento conjunto.

5.3 População e Amostra

A população foi composta por puérperas e seus neonatos nascidos na UCO do HCPA. Adotou-se amostragem por conveniência conforme a demanda de nascimentos do dia. Os critérios de inclusão e exclusão justificam-se a fim de eliminar características que poderiam interferir na qualidade dos dados e sua posterior análise. Para seleção dos indivíduos, foram considerados os seguintes critérios de inclusão: RN com idade gestacional obstétrica ≥ 37 semanas, nascidos via parto vaginal e cesárea, com peso ao nascer ≥ 2500 g e APGAR maior ou igual a sete no quinto minuto de vida. Os critérios de exclusão foram: RN que experimentaram algum tipo de sofrimento fetal evidenciado por alteração no monitoramento fetal no pré-parto, nascidos com malformações congênitas, mães com história/suspeita de drogadição, devido à impossibilidade de amamentar até maiores esclarecimentos sobre o caso; filhos de mãe soropositiva para o vírus da imunodeficiência humana (HIV+).

5.4 Cálculo Amostral

Para o cálculo da amostra, estimou-se que 76% dos RN realizam CPP com a mãe na primeira hora de vida, podendo iniciar a amamentação neste período, conforme constatado em estudo prévio realizado na mesma instituição onde esta pesquisa foi conduzida (CHAIBEN, 2012). Então, utilizando-se nível de confiança de 95% ($p = 0,05$) e erro de 8%, estimou-se uma amostra de 110 binômios no estudo. Este cálculo foi realizado por estatístico, aplicando-se o software WinPEPI, versão 11.43.

5.5 Logística

Antes de dar início à coleta de dados, a pesquisadora combinou com a chefia da unidade que estaria no setor realizando as observações de forma discreta, isto é, sem divulgar o objetivo da pesquisa para não interferir no comportamento da equipe assistencial. A pesquisadora esteve no Centro Obstétrico observando as salas de pré-parto a fim de recrutar as mães dos recém-nascidos elegíveis para o estudo. Foi explicado às gestantes e acompanhantes a proposta, o objetivo e a relevância do estudo obtendo-se, inicialmente, um

consentimento verbal, formalizado com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) logo após o parto. Atendidos os critérios de inclusão, na iminência do nascimento, a pesquisadora entrava na sala de parto iniciando a contagem do tempo de vida do RN com um cronômetro. A dupla mãe-bebê era observada durante toda a primeira hora após o nascimento, e a equipe foi orientada a não modificar suas práticas, agindo como se a observadora não estivesse presente. Foram observados: a realização e duração de contato entre mãe e RN (variável preditora) e a oportunidade de amamentação (variável desfecho), interrupções, presença de acompanhante, se o RN sugou, por quanto tempo – entre outros, conforme instrumento de coleta de dados desenvolvido pela autora (APÊNDICE A). A observação foi realizada de forma a não atrapalhar/obstruir o andamento do atendimento, e sem interação com as mães, acompanhantes ou equipe assistencial. As observações foram realizadas de segunda a sexta-feira, alternando entre diurno e noturno, a fim de retratar de forma mais homogênea a realidade do serviço.

Como materiais foram utilizados o instrumento impresso apoiado em uma prancheta, um cronômetro profissional (Vollo VL1809) e caneta. Apenas a pesquisadora executou as observações, a fim de minimizar possíveis vieses. Ao fim dos 60 minutos de observação, a pesquisadora se retirou do local de observação (sala de parto ou de recuperação). Foram também coletados dados do prontuário materno (dados sócio-demográficos, de pré-natal, paridade) e neonatal (sexo, peso e medidas ao nascer, APGAR, idade gestacional, via de parto).

Definições das variáveis:

a) Preditoras:

- Contato pele a pele: O CPP foi definido pela colocação do RN nu diretamente sobre a pele do colo materno.

- Contato “pele-pano”: Quando o RN não for colocado diretamente em CPP com a mãe, isto é, quando for colocado no tórax materno enrolado em um pano ou campo aquecido. A dupla foi observada durante toda a primeira hora de vida, mesmo havendo o tecido como barreira do contato direto com a pele, porque se trata de uma prática frequentemente adotada.

b) Desfecho:

- Oportunidade para amamentação: considerada quando o RN foi posicionado no colo materno, em posição adequada e propícia para alcançar e abocanhar o mamilo, e também quando a equipe de enfermagem auxiliou manualmente o RN a estabelecer a pega.

- Amamentação: Foi considerado “amamentação” quando o RN abocanhou o mamilo e apresentou sinais de pega ao seio materno, tais como apresentar-se com a boca bem aberta com o lábio inferior voltado para fora e o queixo tocando a mama com sucção rítmica (BRASIL, 2009).

5.6 Análise Estatística

Os dados coletados foram digitados no banco de dados em Excel, e após importados ao programa estatístico SPSS-IBM versão 18.0. Realizou-se análise descritiva dos dados, com frequência e percentual para as variáveis categóricas, e para as variáveis quantitativas foram calculadas a média, o desvio padrão, a mediana e o intervalo-interquartil. O nível de significância adotado foi de $\alpha = 0,05$. Utilizou-se o teste qui-quadrado para as variáveis categóricas. Quando significativo, foi verificada a análise de resíduos padronizada. Também foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis para análise de distribuição e variância.

5.7 Considerações Bioéticas

O projeto de pesquisa foi submetido à avaliação por Banca de Qualificação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFRGS e após à Plataforma Brasil para encaminhamento à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HCPA, obtendo aprovação sob nº 160036. Os princípios éticos foram respeitados, protegendo os direitos dos participantes da pesquisa, em atenção às determinações dos órgãos que legislam sobre a pesquisa com seres humanos no país, estabelecidas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a).

As mães dos RN e seus acompanhantes foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, com posterior assinatura do TCLE para confirmar o aceite de participação no projeto. O TCLE é composto por duas vias, ficando uma com a mãe do RN e a outra com a pesquisadora. Foi esclarecido para a mãe que a participação na pesquisa teria potencial mínimo de risco, pois não houve intervenção com ela ou seu RN, mas poderia haver certo desconforto devido à observação. A participação não acarretaria nenhum custo e poderá contribuir para a melhoria da assistência a dupla mãe-bebê no que tange à interação mãe-bebê

e amamentação. Foram garantidas aos pais a privacidade e a confidencialidade das informações, além de ter sido assegurada a possibilidade de desistência em qualquer momento do estudo, bem como sua recusa em participar, sem que isso afetasse de forma alguma a assistência oferecida à dupla mãe-bebê. Além disso, a pesquisadora assinou o Termo de Compromisso para Utilização de Dados de Prontuários padrão do HCPA (ANEXO A), conforme norma para uso de informações obtidas via prontuário médico. Os formulários preenchidos ficarão guardados pela pesquisadora por cinco anos em local privado e, após, serão destruídos totalmente por picotagem.

6 RESULTADOS

Durante o período que compreendeu a pesquisa, de 21 março a 03 de agosto de 2016 foram incluídas no estudo 113 duplas mães-bebê, observadas durante a primeira hora de vida do RN. Apesar de considerados os critérios de inclusão e exclusão, ocorreram duas perdas: dois recém-nascidos apresentaram desconforto respiratório nos primeiros minutos de vida e necessitaram observação mais rigorosa; a pesquisadora aguardou que a situação fosse estabilizada ainda na primeira hora de vida, mas os RN não puderam realizar nenhum tipo de contato com a mãe no período investigado. Assim, a amostra se consolidou com 111 duplas mãe-bebê, e o acompanhante de escolha da mulher esteve presente em todos os nascimentos observados. A média da idade materna foi de 27 ± 6 anos e quanto ao número de consultas de pré-natal, observou-se uma média de $8,2 \pm 3,1$ consultas. As demais características são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 – Características maternas, da gestação e do trabalho de parto (n=111). Porto Alegre, RS, 2017.

Característica	n	%
Paridade		
Primíparas	40	36
Múltíparas (>1 filho)	71	64
Analgesia no trabalho de parto		
Não utilizado	48	43,2
Cateter peridural	2	26,1
Bloqueio subaracnóideo	34	30,6
Trabalho de Parto		
Espontâneo	33	29,7
Induzido	61	55
Não entrou em trabalho de parto	17	15,3

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Quanto às características dos RN (Tabela 2), todos foram nascidos a termo e o sexo feminino foi predominante. A via de nascimento mais prevalente foi a vaginal, sendo que em 30 destes partos foi realizada episiotomia (27% de todos os partos observados). A média do peso de nascimento foi 3290 ± 548 gramas e a idade gestacional média apresentada foi de $39,2 \pm 1,1$ semanas. Quanto à temperatura da sala de parto, observou-se uma média de $24,4 \pm 1,04^\circ\text{C}$.

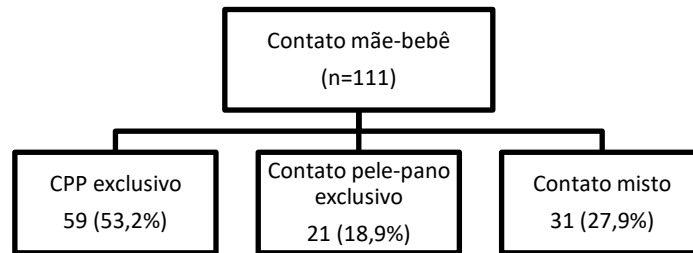
Tabela 2 – Características dos RN e dos partos (n=111). Porto Alegre, RS, 2017.

z	n	%
Sexo		
Feminino	61	55
Masculino	50	45
Via de nascimento		
Vaginal	76	68,4
Cesárea	35	31,5
Manobras de reanimação*		
Não necessitou	49	44,1
Aspiração de vias aéreas	61	54,9
Lavado gástrico	21	18,9
O2 suplementar	4	3,6
Ventilação com pressão positiva (VPP)	5	4,5
Escore de Apgar 1º minuto		
≥7	107	96,4
<7	4	3,6

* Alguns RN necessitaram mais de uma manobra de reanimação ao nascer.

Fonte: dados da pesquisa, 2017.

Os binômios mãe-bebê vivenciaram a prática do contato na primeira hora de vida de formas diferentes, elencando-se três categorias: somente CPP, somente pele-pano e ambos os contatos. A prevalência geral de CPP foi de 81% (n=90). Destes, 53,2% (n=59) realizaram contato exclusivamente pele a pele e 27,9% (n=31) realizou contato “misto” (CPP e contato pele-pano), enquanto 21 (18,9%) realizaram contato exclusivamente pele-pano. De todos os 90 RN que realizaram CPP em algum momento durante a primeira hora de vida, a mediana de duração deste contato foi de 30 minutos (IQR 15 - 45), enquanto a de contato pele-pano foi de 19 minutos (IQR: 6 – 30).

Figura 1: Fluxograma do tipo de contato mãe-bebê realizado.

Fonte: Dados da pesquisa, 2017. Elaborado pela autora.

Dos 21 RN que não foram colocados em CPP com a mãe, foram elencadas 25 justificativas para tal, porque em quatro casos a equipe assistencial julgou ser melhor não colocar o RN em CPP devido à posição materna desconfortável e à temperatura da sala inferior ao recomendado. Em dois casos, não ficou claro o motivo e os RN foram colocados em contato pele-pano (Tabela 4).

Tabela 3 – Motivos para a não realização do contato pele a pele conforme relato da equipe de saúde (n=21). Porto Alegre, RS, 2017.

Motivos	Respostas	
	n	%
RN sem condições	4	16%
Mãe sem condições	2	8%
Posição materna desconfortável	9	36%
Sala fria	9	36%
Mãe não quis	1	4%
Total	25	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

O tipo de parto apresentou diferença estatisticamente significativa com relação ao tipo de contato realizado entre mãe e recém-nascido. Foi demonstrado que a cesárea está associada à realização de contato pele-pano na primeira hora de vida. O parto vaginal mostrou associação estatisticamente significativa com a realização de contato mãe-bebê, seja CPP ou pele-pano na primeira hora de vida (Tabela 4).

Tabela 4 – Associação entre o tipo de parto e o tipo de contato mãe-bebê realizado (n=111). Porto Alegre, RS, 2017.

Contato	Tipo de Parto		p-valor ⁽¹⁾
	Vaginal n (%)	Cesárea n (%)	
Somente pele a pele (n=59)	42 (55,3)	17 (48,6)	
Somente pele-pano (n=21)	5 (6,6)	16 (45,7) *	<0,001
Ambos contatos (n=31)	29 (38,1) *	2 (5,7)	<0,001
Total	76 (100)	35 (100)	

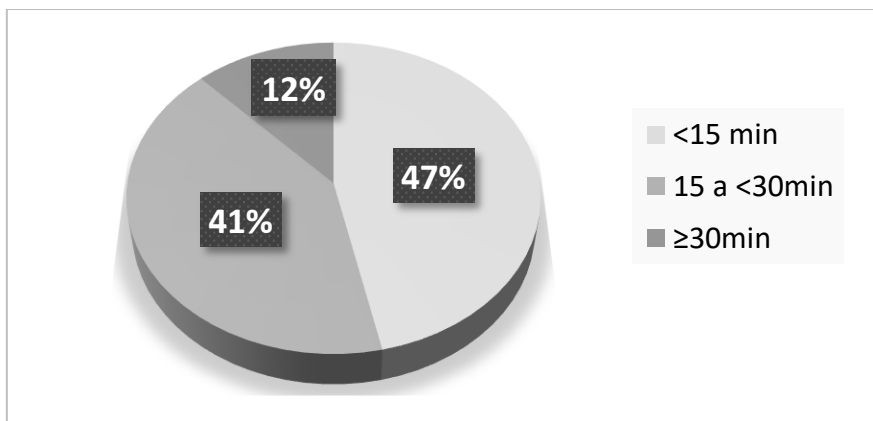
* Análise de resíduo padronizado $\geq 2,0$.

⁽¹⁾ Teste exato de Fisher.

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Durante a primeira hora de vida dos RN, foi observada a oportunidade da amamentação mediante adequado posicionamento do RN de forma que ele tivesse condições de estabelecer a pega. Observou-se que 79 (71,2%) recém-nascidos tiveram a oportunidade de iniciar a pega ao seio, contudo 58 (73,4%) destes efetivamente iniciaram a sucção, o que representa 52,2% da amostra total. O tempo médio para iniciar a sucção ao seio foi de 29 ± 11 minutos de vida, com mediana de 27 minutos (IQR: 15-45). A duração da sucção ao seio materno foi estratificada em três intervalos (Figura 1).

Figura 2 – Tempo de sucção ao seio materno apresentado pelos RN na primeira hora de vida estratificado em faixas. Porto Alegre, RS, 2017.



Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Entre os RN que realizaram contato com a mãe e tiveram a oportunidade de iniciar a sucção ao seio durante a primeira hora de vida, constata-se que os que realizaram contato pele-pano sugaram por tempo discretamente inferior do que aqueles que estiveram diretamente em CPP ou que realizaram ambos os tipos de contato. Contudo, não foi encontrada significância estatística, isto é, o tipo de contato realizado não mostrou influência sobre a duração da mamada (Tabela 5).

Tabela 5 – Duração da amamentação para cada tipo de contato mãe-bebê (n=58). Porto Alegre, RS, 2017.

Tipo de Contato	n	Duração da amamentação (em minutos)				p ⁽²⁾
		Média±DP	Mediana	Mínimo	Máximo	
Somente pele a pele	33	18,11±9,77	14,16	3,00	45,00	0,906
Somente pele-pano	3	16,73±13,16	17,50	3,00	30,00	
Ambos contatos	22	18,57±9,46	20,42	5,00	33,00	
Total	58					

⁽²⁾ Teste de Kruskal-Wallis. Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

A temperatura axilar dos recém-nascidos, aferida após o término do contato com a mãe, apresentou média de 36,6°C (DP ± 0,4°C), ou seja, dentro da normalidade. No entanto, 38 (34,2%) RN apresentaram algum grau de hipotermia: 32 apresentaram hipotermia leve (temperatura axilar entre 36-36,4°C) e seis apresentaram hipotermia moderada (temperatura axilar entre 32-35,9°C). Um RN apresentou hipertermia (temperatura axilar >37,5°C) na primeira hora de vida, porém atribuída ao quadro de corioamnionite materna confirmada (Tabela 6).

Tabela 6 – Temperatura axilar dos RN após contato com a mãe (n=111). Porto Alegre, RS, 2017.

Faixa de Tax	n (%)
<36°C	6 (5,4)
36 -- 36,4°C	32 (28,8)
36,5 -- 36,9°C	55 (49,5)
37 -- 37,4 °C	17 (15,3)
≥ 37,5°C	1 (0,9)

Tax = temperatura axilar. Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Em 66,6% dos nascimentos acompanhados a temperatura da sala de parto estava abaixo de 25°C. Contudo, tal achado não apresentou significância estatística sobre o tipo de contato promovido entre mãe e RN ($p > 0,05$). Por outro lado, a temperatura da sala de parto mostrou associação estatisticamente significativa com o RN sugar ou não ($p=0,037$). Dos 37 nascimentos ocorridos em salas de parto com temperatura $\geq 25^\circ\text{C}$, 25 RN (67,6%) sugaram ao seio. Isto é, RN que nasceram em sala de parto com temperatura ambiente $\geq 25^\circ\text{C}$ apresentaram sucção mais frequente do que aqueles nascidos em salas de parto menos aquecidas. Ainda, RN nascidos de parto vaginal apresentaram maior prontidão para iniciar a amamentação do que os nascidos via cesariana. Entre as 35 cesarianas realizadas, 12 (34,2%) RN tiveram a oportunidade de sugar ao seio e destes dois (16,6%) apresentaram boa pega com sucção rítmica (Tabela 7).

Tabela 7 – Associação entre a temperatura da sala de parto e tipo de parto e a sucção ao seio materno (n=111). Porto Alegre, RS, 2017.

Variável	Sugou seio materno (n=58)		p ⁽¹⁾
	Sim n (%)	Não n (%)	
Temperatura Sala de Parto			
$\geq 25^\circ\text{C}$ (n=37)	25 (43,1)	12 (22,6)	0,037
$< 25^\circ\text{C}$ (n=74)	33 (56,9)	41 (77,4)	
Tipo de Parto			
Vaginal (n=76)	56 (73,7)	20 (26,3)	<0,001
Cesárea (n=35)	2 (5,7)	33 (94,3)	

* Análise de resíduo padronizado $\geq 2,0$.

⁽¹⁾ Teste de Correção de Yates.

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Ao analisar a influência do tipo de contato realizado entre mãe e RN sobre a temperatura axilar deste, observa-se que os recém-nascidos que realizam contato pele a pele exclusivo na primeira hora de vida apresentam melhor temperatura axilar ao final do contato com a mãe ($p < 0,001$). Dos 38 RN hipotérmicos, 12 (31,6%) não realizaram CPP enquanto que dos 73 RN que estavam eutérmicos, 64 (87,7%) realizaram CPP (Tabela 8).

Tabela 8 - Associação do tipo de contato mãe-bebê realizado e a temperatura da sala de parto e a temperatura axilar do recém-nascido (n=111). Porto Alegre, RS, 2017.

Variável	n (%)	Contato			p
		Somente pele a pele	Somente pele-coeiro	Ambos contatos	
Temperatura da Sala					
≥25°C	37 (33,4)	19 (51,4)	4 (10,8)	14 (37,8)	0,141^(a)
<25°C	74 (66,6)	40 (54,1)	17 (23,0)	17 (23,0)	
Temperatura do RN					
≥36,5	73 (65,8)	48 (65,8)*	9 (12,3)	16 (21,9)	0,001^(b)
<36,5	38 (34,2)	11 (28,9)	12 (31,6)	15 (39,5)	

*Análise de resíduo padronizado $\geq 2,0$.

Letras distintas representam distribuições estatisticamente diferentes: ^(a) Teste exato de Fisher;

^(b) Teste de Correção de Yates.

Fonte: Dados da pesquisa. 2017.

7 DISCUSSÃO

Considera-se fundamental que o recém-nascido não seja separado de sua mãe ao nascer, exceto por razões clínicas significativas, devendo ser colocado em contato pele a pele o mais precoce possível após o nascimento para melhor conduzir seu processo de adaptação ao meio extrauterino e de autorregulação dos sinais vitais.

O estudo nacional *Nascer no Brasil* investigou as práticas de atendimento em sala de parto e durante a primeira hora de vida de RN à termo nas cinco regiões do país. Quanto a região sul, foi verificado um alto percentual de intervenções tais como aspiração de vias aéreas superiores (72,1%), aspiração gástrica (47,8%) e, menos frequente, o uso de oxigênio inalatório (7,3%). Tais intervenções foram mais frequentes em mulheres que realizaram cesariana (MOREIRA et al., 2014). De forma semelhante, em nossa investigação observou-se um percentual significativo de manobras de reanimação como aspiração de vias aéreas e aspiração gástrica (54,9% e 18,9% respectivamente) realizadas em RN com APGAR adequado e nascidos à termo.

No presente estudo, observamos uma prevalência de 81% de contato pele a pele na primeira hora de vida, porém essa taxa cai para 53,2% quando analisado o contato exclusivamente pele a pele. Sobre essa mesma taxa, estudo nacional de base hospitalar analisou as práticas de atendimento ao nascimento nas diferentes regiões do Brasil e apontou maior frequência de contato pele a pele na região sul do Brasil, com 32,5%, bem como a oferta do seio materno na sala de parto, com 22,5%. Embora nos hospitais que possuem o título de Amigo da Criança as taxas sejam significativamente maiores, ainda a colocação do RN no seio materno se mostrou pouco frequente em todas as regiões do Brasil (MOREIRA et al., 2014).

Sabe-se que o contato pele a pele, como resultado de um estímulo vagal, induz a liberação do hormônio ocitocina na mãe a partir de estímulos táteis e de odor. Além de outros efeitos fisiológicos, a ocitocina promove um aumento na temperatura das mamas, o que faz com que o contato pele a pele tenha um papel na manutenção da temperatura do RN após o parto (SRIVASTAVA, BHATNAGAR, DUTTA, 2014). A transição do ambiente intrauterino, cuja temperatura encontra-se em torno de 37,5° C, para o ambiente frio e seco da sala de parto gera importante perda de calor por evaporação e convecção para o RN. A temperatura cutânea dele diminui rapidamente, em torno de 0,3°C por minuto caso nenhuma

intervenção seja feita. Essa queda desencadeia uma resposta termorregulatória mediada pelo sistema nervoso simpático, resultando em produção de calor, porém às custas de grande consumo de energia (BRASIL, 2011).

Um estudo investigou o impacto do contato pele a pele precoce realizado nas primeiras 24 horas de vida de RN com mais de 1800g sobre a incidência de hipotermia nas primeiras 48 horas de vida após parto normal. Formaram-se dois grupos randomizados de 50 RN cada: no grupo intervenção, os RN iniciaram contato pele a pele com a mãe entre 30-60 minutos de vida e tentou-se que este contato fosse minimamente interrompido durante as primeiras 24 horas de vida; o grupo controle recebeu o cuidado de rotina do hospital. Foi observado que a temperatura corporal média dos RN do grupo intervenção foi significativamente mais alta que a do grupo controle. Entre os RN do grupo controle, 16 apresentaram episódios de hipotermia nas primeiras 48 horas de vida, sendo que a maioria ocorreu entre as primeiras seis horas de vida (NIMBALKAR; PATEL; PATEL; NIMBALKAR; SETHI; PHATAK, 2014). Quanto aos recém-nascidos observados nesta pesquisa, 100% foi separado da mãe nos primeiros minutos de vida para que fosse realizado um exame físico sumário e primeiros atendimentos em um berço sob fonte de calor radiante, o que toma cerca de cinco a oito minutos. Após isso, o RN retorna à mãe para ficar em contato até que complete uma hora de vida, sendo separado apenas em caso de intercorrência clínica, a pedido da família ou por algum motivo excepcional.

Pesquisa iraniana buscou determinar o efeito do contato pele a pele sobre a temperatura de RN nascidos de cesárea a termo. Este estudo clínico randomizado incluiu 46 díades mãe-bebê no grupo que realizou CPP após o nascimento e 44 no grupo que seguiu o “cuidado padrão” da unidade obstétrica. A temperatura de todos os RN foi verificada ao iniciar o contato, após 30 minutos e após uma hora, além da verificação da temperatura da sala de parto e de recuperação. Os resultados não mostraram diferença estatisticamente significativa na temperatura dos RN de ambos os grupos (BEIRANVAND; VALIZADEH; HOSSEINABADI; POURNIA, 2014). Diferentemente, na presente investigação constatamos que recém-nascidos que realizaram contato pele a pele exclusivo apresentaram temperatura axilar mais elevada ao final do contato com a mãe. Cerca de 32% dos RN que se apresentavam hipotérmicos ao final da primeira hora de vida não haviam realizado contato pele a pele.

No presente estudo, a temperatura média da sala de parto foi de 24,4°C, o que está de acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria para atendimento e reanimação

de recém-nascidos com ≥ 34 semanas, que recomenda que a sala esteja com temperatura entre 23 e 26°C (ALMEIDA, GUINSBURG, 2016). Entretanto, em nosso trabalho, houve 10 casos (9%) em que esta temperatura esteve abaixo do preconizado podendo ser um fator dificultador do contato pele a pele entre mãe e RN. Em um estudo observacional de abordagem qualitativa realizado em 2011 neste mesmo hospital analisou a atuação da equipe de saúde a respeito da segurança do binômio mãe-bebê no parto e nascimento. Foi observado que a paramentação cirúrgica em excesso por parte dos profissionais envolvidos na assistência ao parto normal impõe que a climatização se mantenha numa temperatura mais baixa. Então, frequentemente o ar-condicionado é desligado no momento expulsivo do parto, embora ainda assim o ambiente continue frio para receber o RN. Além disso, supôs-se que o desconforto da equipe com a temperatura ambiente possa influenciar no tempo de contato mãe-bebê, porque há certa ansiedade pela saída do RN da sala para o ar-condicionado possa ser ligado novamente (DORNFELD, 2011).

O período das primeiras duas horas após o parto, quando o recém-nascido está mais responsivo a estímulos táteis, térmicos e olfativos de sua mãe, é definido como o momento ideal para iniciar a amamentação. O contato pele a pele proporciona fatores ótimos para a adaptação do RN ao ambiente extrauterino. Além de prover calor, facilita o estabelecimento da pega ao seio materno, conseqüentemente desenvolvendo padrões mais eficientes de sucção, e promove o desenvolvimento do apego entre mãe e RN (RIGHARD, ALADE, 1990). Uma possível explicação para estes achados são os altos níveis de catecolaminas secretadas pelos RN no pós-parto imediato, que deixam o olfato dos recém-nascidos muito sensíveis a odores (WIDSTROM, RANSJO-ARVIDSON, CHRRISTENSSON, 1987). Ao iniciar o contato pele a pele, estas mudanças fisiológicas auxiliam o recém-nascido a termo a rastejar em direção ao mamilo da mãe e abocanhar dentro de 60 minutos. Após as primeiras duas horas de vida os recém-nascidos tendem a ficar sonolentos e menos reativos, provavelmente devido a diminuição das catecolaminas circulantes (SHARMA, 2016).

Nesta investigação, RN nascidos de parto vaginal apresentaram maior prontidão para iniciar a amamentação do que os nascidos via cesariana, visto que ficaram mais tempo em contato precoce com a mãe, bem como aqueles nascidos em salas de parto com temperatura maior. Entre as 35 cesarianas realizadas, 12 (34,2%) RN tiveram a oportunidade de sugar ao seio e destes dois (16,6%) apresentaram boa pega com sucção rítmica. Corroborando esta análise, um estudo clínico randomizado conduzido no Irã analisou a relação entre a realização de CPP ao nascimento e a prontidão dos RN para amamentação. Após a cesárea, todos os RN

eram enrolados em um pano e levados para a sala de admissão, onde são feitos os primeiros cuidados; após, o RN é devolvido à mãe já na sala de recuperação. Assim, o RN grupo controle foi entregue vestido à mãe para iniciar amamentação, enquanto o RN do grupo intervenção foi colocado no colo materno em contato pele a pele utilizando apenas a fralda descartável. Concluiu-se que 52,2% dos recém-nascidos que realizaram contato pele a pele mostrou prontidão para iniciar a amamentação versus 25% dos que ficaram vestidos em contato com a mãe (BEIRANVAND et al., 2014).

Estudo clínico randomizado com 298 duplas mãe-bebê realizado na Índia aplicou o escore IBFAT (*Infant Breastfeeding Assessment Tool*). Trata-se de um instrumento que avalia a mamada a partir de quatro itens: a prontidão para mamar, o reflexo de busca, a pega e a sucção, além de também avaliar a satisfação materna em amamentar. Seus resultados corroboram a hipótese de que o CPP ao nascer favorece o início da amamentação, porque o grupo que realizou contato pele a pele apresentou escores maiores na avaliação do IBFAT, com melhor pega e sucção, em relação aos que não realizaram contato. Além disso, foi demonstrado que o CPP exerce efeitos a longo prazo, promovendo maiores taxas de aleitamento exclusivo (SRIVASTAVA, BHATNAGAR, DUTTA, 2014).

Em nosso estudo, observou-se uma prevalência de 71,2% de oferta do seio materno na sala de parto, sendo que entre os 79 RN que tiveram a oportunidade de iniciar a amamentação 58 (73,4%) efetivamente sugaram ao seio. Resultado semelhante foi encontrado por pesquisadores que identificaram a prevalência de 74,3% de aleitamento em sala de parto, além de também terem investigado os fatores limitantes da amamentação na primeira hora de vida em um hospital privado. Entre os fatores limitantes encontrados, um dos mais significativos diz respeito à alta rotatividade de partos no serviço e falta de salas específicas ou de pré-partos disponíveis para amamentação, seguida de recusa da própria mãe ou recusa médica (PILLEGI et al., 2008). Diferentemente, em nosso estudo, dos 111 recém-nascidos acompanhados, um total de 53 (47,7%) não foi amamentado e o motivo principal foi a falta de oportunidade devido ao posicionamento inadequado/distante do mamilo (60,3%), seguido de o RN estar posicionado, mas não conseguir estabelecer a pega (37,7%) e devido a razões clínicas (2%).

Em um estudo observacional conduzido na Austrália sobre amamentação na primeira hora de vida de RN a termo foram analisados 78 nascimentos. Aproximadamente 68% dos RN começaram a sugar na primeira hora após nascer, sendo $38 \pm 14,5$ minutos o tempo médio de vida deles ao iniciar a sucção, com mediana de 37 minutos (IQR: 24,5-31) (CANTRILL,

CREEDY, COOKE, DYKES, 2014). Tais resultados são semelhantes aos encontrados neste estudo, em que 58 RN (52%) sugaram ao seio, apresentando tempo de vida médio de 29 ± 11 minutos ao iniciar a mamada e mediana de 27 minutos (IQR: 15-45).

Quanto às limitações encontradas em nosso estudo, nos deparamos com as questões éticas que impediram a elaboração de um experimento mais robusto, como, por exemplo, um ensaio clínico randomizado que separaria recém-nascidos em um grupo que faz contato pele a pele e recém-nascidos em outro grupo que se privaria desta prática. Devido à escassez de estudos observacionais sobre a temática encontrados na literatura, e abundância de estudos baseados em entrevistas retrospectivas com mães sobre as primeiras horas após o parto, optamos por realizar um estudo observacional prospectivo. Outro fator limitante foi a utilização do contato pele-pano juntamente com o CPP numa mesma dupla mãe-bebê.

8 CONCLUSÕES

Considera-se que o presente estudo alcançou os objetivos propostos, analisando os fatores relacionados à realização de contato pele a pele entre mãe e RN e a oportunidade de amamentação na primeira hora de vida. Constatou-se que o CPP e a amamentação em sala de parto podem ser vistos como indicadores de qualidade assistencial e, portanto, podem ser passíveis de monitorização. Embora o local do estudo seja uma unidade de referência para gestações de alto risco, há uma grande demanda de partos considerados de risco habitual, os quais podem ser manejados de maneira menos intervencionista.

Conhecer os fatores relacionados à realização de CPP entre mãe e RN, tanto os que facilitam, como os que dificultam, agrega subsídios para que haja uma reflexão sobre o trabalho realizado e para que se encontrem oportunidades de melhoria. A equipe de enfermagem possui um papel relevante na assistência à mulher e ao recém-nascido.

Especificamente nas primeiras horas após o parto, deve-se incentivar e favorecer a interação entre mãe e RN, buscando-se proporcionar um ambiente o mais adequado possível, com atenção para a temperatura da sala de parto e da sala de recuperação, controle de ruídos e luminosidade e, essencialmente, evitando a separação do binômio mãe-bebê. Corroborando para que isso ocorra, a realização de procedimentos rotineiros que separam o RN da mãe, como a pesagem ao nascimento, precisa ser revista com vistas ao seu adiamento. Além disso, poderia ser incentivado que o exame físico ocorresse no colo materno naqueles casos em que ambos se encontrem estáveis. Tal tarefa pode parecer simples, mas não é: implica em conhecimento, comprometimento e, principalmente, na sensibilização de todos os profissionais envolvidos na assistência obstétrica e neonatal.

Ressalta-se a necessidade de realização de novos estudos com vistas à investigação do contato pele a pele em amostra de RN em grupos de igual tamanho comparando neonatos nascidos de cesárea e parto vaginal. No presente estudo não foram analisados aqueles RN que, apesar de nascerem a termo e com boa vitalidade, não realizaram contato pele a pele, sendo assim, sugere-se a realização de estudo sobre os fatores relacionados a não realização de CPP entre RN elegíveis para esta prática. Considera-se importante que os estudos possam agregar uma análise qualitativa sobre as impressões maternas sobre o contato com seu recém-nascido ao nascer, com vistas a um maior entendimento sobre a formação do vínculo-mãe-bebê.

REFERÊNCIAS

- 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 and Birth**. 27 (2014) 37–40.
- ALMEIDA FILHO N, ROUQUAYROL MZ. **Introdução à Epidemiologia Moderna**. Salvador, Apce Produtos do Conhecimento e ABRASCO, 1990.
- ALMEIDA MF, GUINSBURG R. **Reanimação neonatal em sala de parto: documento científico do programa de reanimação neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria**. Brasília, DF: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2016. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br/reanimacao/wp-content/uploads/2016/01/DiretrizesSBPReanimacaoRNMaiores34semanas26jan2016.pdf>>. Acesso em 10 Dez. 2016.
- BALLARD O, MORROW AL. Human Milk Composition: Nutrients and Bioactive Factors. **Pediatric clinics of North America**. 2013;60(1):49-74.
- BARBOSA V, ORLANDI FS, DUPAS G, BERETTA MIR, FABBRO MRC. Aleitamento materno na sala de parto. *Ciênc Cuid Saúde*. 2010; 9(2): 366-73.
- BELO MNM 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. Saude Mater. Infant.**[online]. 2014, v.14,n.1, p.65-72.
- BERNE, R.M; LEVY, M.N; KOLPPEN, B.M; STANTON, B.A. *Fisiologia*. 6 ed. São Paulo: Elsevier, 2008.
- BETRÁN AP, et al. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. **Paediatr Perinat Epidemiol**. 2007;21(2):98-113.
- BOCCOLINI CS, DE CARVALHO ML, DE OLIVEIRA MI, PÉREZ-ESCAMILLA R. Breastfeeding during the first hour of life and neonatal mortality. **J Pediatr (Rio J)**. 2013;89:131–6.
- BOCCOLINI CS, CARVALHO ML, OLIVEIRA MIC, VASCONCELLOS AGG. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. **Rev Saúde Pública**. 2011; 45: 69-76.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Iniciativa hospital amigo da criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado**. Módulo I - Histórico e implementação. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa_hospital_amigo_crianca_modulo1.pdf.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais da saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde, 2014a. **Portaria MS/SAS nº 371 de 22 de maio de 2014**.

Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html. Acesso em: 30 mar 2017.

_____. Ministério da Saúde, 2014b. **Portaria MS/SAS nº 1153 de 22 de maio de 2014**.

Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153_22_05_2014.html. Acesso em: 30 mar 2017.

_____. Ministério da Saúde. **II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

CANTRILL RM, CREEDY DK, COOKE M, DYKES F. Effective suckling in relation to naked maternal-infant body contact in the first hour of life: an observation study. **BMC Pregnancy Childbirth**. 2014 Jan 14, p. 14-20.

CHAIBEN, MO. **Contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida em um hospital amigo da criança no sul do Brasil**. Porto Alegre. Monografia (graduação em enfermagem). UFRGS, 2012. Disponível em:

<<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/69739/000872990.pdf?sequence=1>>. Acesso em 11 Out. 2015.

D'ARTIBALE EF, BERCINI LO. Early contact and breastfeeding: meanings and experiences. **Texto Contexto Enferm**. 2014; 23(1):109-17.

DORNFELD D. **A equipe de saúde e a segurança do binômio mãe-bebê no parto e nascimento**. 2011. Dissertação – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

DEBES et al. Time to initiation of breastfeeding and neonatal mortality and morbidity: a systematic review. **BMC Public Health** 2013 13(Suppl 3):S19.

EDMOND KM, et al. Delayed Breastfeeding Initiation Increases Risk of Neonatal Mortality. **Pediatrics**. 2006; 117: e380-6.

FLACKING R· et al. Closeness and separation in neonatal intensive care. **Acta Paediatr**. 2012 Oct;101(10):1032-7.

GARCIA CR, et al. Breast-feeding initiation time and neonatal mortality risk among newborns in South India. **J Perinatol**. 2011; 31:397-403.

GIUGLIANI, E.R.J. Problemas comuns na lactação e seu manejo. **J Pediatr (Rio de Janeiro)**; 80(5 Supl): S147-54, 2004.

- GOMEZ P, et al. Kangaroo method in delivery room for full-term babies. **Anales Espanoles De Pediatria**. 1998;48(6):631-3.
- KLAUS MH, KENNEL JH (1992). *Pais/Bebês: a formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- LADOMENOU F et al. Protective effect of exclusive breastfeeding against infections during infancy: a prospective study. **Arch Dis Child**. 2010 Dec;95(12):1004-8.
- LAWN JE, COUSENS S, ZUPAN J. Lancet Neonatal Survival Steering Team. 4 million neonatal deaths: when? Where? Why? **Lancet**. 2005;365:891-900.
- LEAL MC, GAMA SGN. Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública (RJ)**. 2014; v. 30, supl. 1, p. S5-S5.
- LOWSON K, OFFER C, WATSON J, MCGUIRE B, RENFREW MJ. The economic benefits of increasing kangaroo skin-to-skin care and breastfeeding in neonatal units: analysis of a pragmatic intervention in clinical practice. **Int Breastfeed J**. 2015 Mar 20;10:11.
- MAHMOOD I, JAMAL M, KHAN N. Effect of mother-infant early skin-to-skin contact on breastfeeding status: a randomized controlled trial. **J Coll Physicians Surg Pak**. 2011 Oct;21(10):601-5.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
- MONTE GCSB, LEAL LP, PONTES CM. Avaliação do 4º passo para promoção do aleitamento materno em hospital amigo da criança. **Rev Rene**. 2012; 13(4):861-70.
- MOORE ER, ANDERSON GC, BERGMAN N, DOWSWELL T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2012, Issue 5.
- MOREIRA ME et al. Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2014, vol.30, supl.1, p. 128-139.
- MULLANY LC et al. Breast-feeding patterns, time to initiation, and mortality risk among newborns in southern Nepal. **J Nutr**. 2008;138:599-603.
- NEWMAN J, KERNERMAN E. International Breastfeeding Centre. **The Importance of Skin to Skin Contact. Revised 2009**. Disponível em: <http://www.nbc.ca/index.php?option=com_content&id=82:the-importance-of-skin-to-skin-contact-&Itemid=17>. Acesso em 10 Mar. 2015.
- NIMBALKAR SM, PATEL VK, PATEL DV, NIMBALKAR AS, SETHI A, PHATAK A. Effect of early skin-to-skin contact following normal delivery on incidence of hypothermia in neonates more than 1800 g: randomized control trial. **J Perinatol**. 2014 May;34(5):364-8.

ODENT M. The first hour following birth: don't wake the mother! **Midwifery Today Int Midwife**. 2002 Spring;(61):9-12.

PEREIRA CRV, et al. Avaliação de fatores que interferem na amamentação na primeira hora de vida. **Rev Bras Epidemiol**. 2013; 16(2): 525-34.

PHILLIPS R. The Sacred Hour: Uninterrupted Skin-to-Skin Contact Immediately After Birth. **Newborn Infant Nurs Rev.** 2013; 13(2): 67–72.

PILLEGI MC et al. A amamentação na primeira hora de vida e a tecnologia moderna: prevalência e fatores limitantes. **Einstein**. 2008;, v. 6, n. 4, p. 467-72.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. **OBSERVAPOA**. Porto Alegre em Análise: sistema de gestão e análise de indicadores. Porto Alegre, 2017. [Internet]. Disponível em: <http://portoalegremanalise.procempa.com.br>. Acesso em 10 Nov 2016.

PRIOR E et al. Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. **Am J Clin Nutr**. 2012; 95:1113-35.

RENFREW MJ, et al. Breastfeeding promotion for infants in neonatal units: a systematic review and economic analysis. **Health Technol Assess**. 2009 Aug;13(40):1-146.

RIGHARD L, ALADE MO. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. **Lancet**. 1990 Nov 3;336(8723):1105-7.

RIORDAN, J. Anatomy and physiology of lactation. In: Riordan J, editor. **Breastfeeding and human lactation**. Third ed. Boston, MA: Jones and Bartlett Publishers, 2005.

SEMENIC S, CHILDERHOSE JE, LAUZIÈRE J, GROLEAU D. Barriers, facilitators, and recommendations related to implementing the Baby-Friendly Initiative (BFI): an integrative review. **J Hum Lact**. 2012;28:317-34.

SHARMA A. Efficacy of early skin-to-skin contact on the rate of exclusive breastfeeding in term neonates: a randomized controlled trial. **Afri Health Sci** 2016;16(3): 790-797.

BEIRANVAND S, VALIZADEH F, HOSSEINABADI R, POURNIA Y. The Effects of Skin-to-Skin Contact on Temperature and Breastfeeding Successfulness in Full-Term Newborns after Cesarean Delivery. **Int J Pediatr**, 2014:846-486

SILVA SC, SILVA LR, MATHIAS LFB. O tempo médio entre o nascimento e a primeira mamada: o ideal e o real. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. 2008;10(3):654-61. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a11.htm>>. Acesso em 12 Dez. 2016.

SRIVASTAVA S, GUPTA A, BHATNAGAR A, DUTTA S. Effect of very early skin to skin contact on success at breastfeeding and preventing early hypothermia in neonates. **Indian J Public Health**. 2014 Jan-Mar;58(1):22-6.

STRAPASSON MR, FISCHER ACS, BONILHA ALL. Amamentação na primeira hora de vida em um hospital privado de Porto Alegre/RS - Relato de experiência. **Rev Enferm UFSM**. 2011;1:489-96.

VARENDI H, PORTER RH, WINBERG J. Does the newborn baby find the nipple by smell? *Lancet*, 1994, 344, 989-990.

VENANCIO SI, ESCUDER ML, SALDIVA SRDM, GIUGLIANI ERJ. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços. **J. Pediatr. (Rio J.)**. Aug 2010; v. 86, n. 4, p. 317-324.

VICTORA, CG et al. Amamentação no século 21: epidemiologia , mecanismos , e efeitos ao longo da vida. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 2, n. 1, p. 1–24, 2016.

VILLAR J, et al. Maternal and neonatal risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. **BMJ**. 2007, 335(7628):1025.

WALTERS MW et al. Kangaroo care at birth for full term infants: a pilot study. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2007 Nov-Dec;32(6):375-81.

WIDSTROM AM, RANSJO-ARVIDSON AB, CHRRISTENSSON K. Gastric suction in healthy newborn infants: Effects on circulation and developing feeding behavior. **Acta Padiatr Scand** 1987;76:566 -72.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Evidence for the ten steps to successful breastfeeding**. Geneva: The Organization; 1998. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591544_eng.pdf?ua=1>. Acesso em 10 Out. 2016.

_____. **World Statistics Health 2015**. WHO's annual compilation of health-related data. Disponível em:

<http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2015_Part2.pdf?ua=1>. Acesso em 27 mai 2015.

YAMAKAWA M et al. Long-Term Effects of Breastfeeding on Children’s Hospitalization for Respiratory Tract Infections and Diarrhea in Early Childhood in Japan. **Matern Child Health J**. 2015 Sep;19(9):1956-65.

ZWEDBERG S, BLOMQUIST J, SIGERSTAD E. Midwives' experiences with mother–infant skin-to-skin contact after a caesarean section: ‘fighting an uphill battle’. **Midwifery**, 31 (2015), p. 215–22.

APÊNDICE A - Instrumento De Coleta De Dados

1. DADOS MATERNOS

Nome da mãe: _____

N^a prontuário: _____ Idade: _____ anos Paridade:

___G ___P ___C ___A

No caso de mais filhos, houve amamentação exclusiva? Sim () Não () Por quanto tempo: _____ meses

Realizou Pré-Natal: Sim () Não () N^o de consultas: _____

2. DADOS DO RECÉM-NASCIDO E DO PARTO

Data de Nascimento: ___/___/___ Hora: ___:___ Apgar: ___/___ Peso ao nascer: _____g

Sexo: F () M () Idade gestacional pelo pediatra: _____

Tipo de parto: Vaginal () Cesárea () Episiotomia () Fórceps ()

Trabalho de Parto: Espontâneo () Induzido () Uso de Analgesia: Sim () Não ()

Qual: _____

Intercorrências durante o parto? Sim () Não ()

Quais? _____

Temperatura da Sala: _____°C

Acompanhante presente: Não () Sim ()

3. DADOS DO PÓS-PARTO

Realizou contato pele-pele na 1^a hora de vida: Não () Justificativa _____ Sim ()

Hora do início: _____ Tempo de vida: _____

1-15 min ()

16-30 min ()

31-59 min ()

>1 h ()

Contato pele-pano na 1^a hora de vida: Não () Justificativa _____ Sim ()

Hora do início: _____ Tempo de vida: _____

1-15 min ()

16-30 min ()

31-59 min ()

>1 h ()

Sugou na mama: Não () Motivo: _____ Sim () Tempo de vida: _____

Tempo sugando: _____

Houve interrupção do contato na 1^a hora: Não () Sim ()

Motivo: _____

Primeira aferição de Tax do RN: _____°C Tempo de vida: _____

Intercorrências maternas e neonatais durante a 1^a hora de vida: _____

APÊNDICE B - Termo De Consentimento Livre E Esclarecido

Convidamos você a participar desta pesquisa, intitulada “Contato pele-a-pele entre mãe e recém-nascido e possibilidade de amamentação na primeira hora de vida”, cujo objetivo é analisar a relação do contato entre mãe e bebê e a possibilidade de iniciar a amamentação na primeira hora após o parto. Esta pesquisa está sendo realizada pela UFRGS no Centro Obstétrico do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Se você aceitar participar do estudo, os procedimentos envolvidos em sua participação serão os seguintes: mãe e bebê serão observados durante a primeira hora após o parto, sem que a pesquisadora faça qualquer intervenção. Será verificado se o bebê é colocado em contato pele a pele com a mãe, por quanto tempo, se é possibilitado que o bebê seja amamentado. Ao final dos 60 minutos, a pesquisadora irá se retirar. Também será realizada coleta de dados do prontuário da mãe, tais como idade, nº de filhos, dados do pré-natal; e do bebê, tais como peso, Apgar, sexo, idade gestacional. A participação é voluntária, ou seja, não é obrigatória, sendo possível desistir a qualquer momento. A desistência ou não participação não implicará em nenhum prejuízo ao atendimento que você e seu bebê recebem ou venham a receber. Não está previsto nenhum pagamento pela participação e você não terá nenhum custo. A princípio, não são conhecidos quaisquer riscos associados ao procedimento previsto, mas pode ocorrer um desconforto pela presença e observação da pesquisadora. Caso ocorra qualquer intercorrência decorrente da sua participação, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal. A participação não trará benefício direto aos participantes, mas contribuirá para o aumento do conhecimento sobre amamentação. Os dados coletados na pesquisa serão confidenciais, tratados de forma conjunta, sem identificar os participantes, ou seja, seu nome não aparecerá em publicações de resultados.

Caso tenha qualquer dúvida, você pode entrar em contato com as pesquisadoras: Leticia Abdala, por telefone (84417141) e Maria Luzia da Cunha (3308-5256), ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre pelo telefone 3359-7640, ou no 2º andar do hospital, sala 2227, das 8h às 17h, de segunda à sexta.

Este termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Nome do Participante: _____

Assinatura: _____

Pesquisadora: Enf^a Leticia Gabriel Abdala

Assinatura: _____

Porto Alegre, ____ de _____ de 2017.

ANEXO A – Termo De Compromisso Para Utilização De Dados



Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

Termo de Compromisso para Utilização de Dados

Título do Projeto

<p align="center">Contato Pele A Pele Entre Mãe E Recém-Nascido À Termo E Amamentação Na Primeira Hora De Vida.</p>	<p align="center">Cadastro no GPPG</p> <p align="center">160036</p>
--	---

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados em prontuários e bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Porto Alegre, 08 de Dezembro de 2015.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
Maria Luzia Chollopetz da Cunha	
Letícia Gabriel Abdala	

ANEXO B – Carta de Aprovação do Projeto

**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

COMISSÃO CIENTÍFICA

A Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre analisou o projeto:

Projeto: 160036

Data da Versão do Projeto: 25/01/2016

Pesquisadores:

MARIA LUZIA CHOLLOPETZ DA CUNHA

LETICIA GABRIEL ABDALA

Título: CONTATO PELE A PELE ENTRE MÃE E RECÉM-NASCIDO À TERMO E AMAMENTAÇÃO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA

Este projeto foi **APROVADO** em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)

Porto Alegre, 16 de fevereiro de 2016.


Prof. José Roberto Goldim
Coordenador CEP/HCPA