

Influência dos determinantes sociais da saúde no contato pele a pele entre mãe e recém-nascido

Influence of social determinants of health on skin to skin contact between mother and newborn
Influencia de los determinantes sociales de la salud en el contacto piel a piel entre la madre y el recién nacido

Janaiana Lemos Uchoa^I

ORCID: 0000-0003-2262-5397

Lorena Pinheiro Barbosa^{II}

ORCID: 0000-0002-8006-7517

Larissa Bento de Araújo Mendonça^{III}

ORCID: 0000-0001-7874-4497

Francisca Elisângela Teixeira Lima^{IV}

ORCID: 0000-0002-7543-6947

Paulo César de Almeida^{IV}

ORCID: 0000-0002-2867-802X

Silvana Santiago da Rocha^V

ORCID: 0000-0002-1325-9631

^I Universidade Federal do Ceará, Hospital Universitário Walter Cantídio. Fortaleza, Ceará, Brasil.

^{II} Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil.

^{III} Universidade Federal do Ceará, Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Fortaleza, Ceará, Brasil.

^{IV} Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil.

^V Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil.

Como citar este artigo:

Uchoa JL, Barbosa LP, Mendonça LBA, Lima FET, Almeida PC, Rocha SS. Influence of social determinants of health on skin to skin contact between mother and newborn. Rev Bras Enferm. 2021;74(Suppl 4):e20200138. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0138>

Autor Correspondente:

Janaiana Lemos Uchoa
janaiana@hotmail.com



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho
EDITOR ASSOCIADO: Hugo Fernandes

Submissão: 15-07-2019 **Aprovação:** 24-11-2020

RESUMO

Objetivo: analisar a associação do contato pele a pele e os Determinantes Sociais da Saúde. **Métodos:** estudo transversal, com 187 prontuários de recém-nascido do alojamento conjunto de maternidade de referência no nordeste, Brasil. Utilizou-se um instrumento com dados maternos e neonatais. A análise foi estatística descritiva e inferencial. Para as associações, usou-se teste qui-quadrado, para medir a força, calculou-se Razão de Chance, com intervalo de confiança a 95%. **Resultados:** 62% dos recém-nascidos que fizeram contato pele a pele ao nascer eram eutróficos, a termo, Apgar > 7, mães com pré-natal e sem aborto. Os determinantes associados com a não realização do contato pele a pele: pré-termo (RC=3,2; IC95%: 2,72-18,98), Apgar 1º minuto < 7 (RC:2,9; IC95%: 2,38-3,06), cesárea (RC:8,4; IC95%: 4,29-16,57) e RN não saudável (RC 12,7; IC95%: 4,9-32,67). Sob diretrizes do STROBE. **Conclusão:** o contato pele a pele foi influenciado por variáveis dos determinantes: idade gestacional, Apgar, parto e a saúde do recém-nascido.

Descritores: Aleitamento Materno; Saúde Materno-Infantil; Determinantes Sociais da Saúde; Recém-Nascido; Políticas Públicas de Saúde.

ABSTRACT

Objective: to analyze the association of skin-to-skin contact and social determinants of health. **Methods:** this is a cross-sectional study with 187 medical records of newborns from a reference rooming in in northeastern Brazil. An instrument with maternal and neonatal data was used. Analysis was descriptive and inferential statistics. For the associations, a chi-square test was used to measure strength, an Odds Ratio was calculated, with a 95% confidence interval. **Results:** 62% of newborns who made skin-to-skin contact at birth were eutrophic, full-term, Apgar > 7, mothers with prenatal care and without abortion. The determinants associated with non-skin-to-skin contact were preterm (CR=3.2;95%CI: 2.72-18.98); 1st minute Apgar < 7 (CR:2.9;95%CI: 2.38-3.06), cesarean section (CR:8.4;95%CI: 4.29-16.57), and unhealthy NB (CR 12.7;95%CI: 4.9-32.67). We used STROBE guidelines. **Conclusion:** skin-to-skin contact was influenced by gestational age, Apgar, delivery, and newborn health.

Descriptors: Breast Feeding; Maternal-Child Health Services; Social Determinants of Health; Newborn; Public Health Policy.

RESUMEN

Objetivo: analizar la asociación del contacto piel con piel y los determinantes sociales de la salud. **Métodos:** estudio transversal con 187 registros médicos de recién nacidos de la sala de maternidad de referencia en el Nordeste, Brasil. Se utilizó un instrumento con datos maternos y neonatales. Para las asociaciones, se usó una prueba de chi-cuadrado para medir la fuerza y se calculó el Odds Ratio. **Resultados:** 62% de los recién nacidos que hicieron contacto piel con piel al nacer eran eutróficos, a término, Apgar>7, madres con atención prenatal y sin aborto. Determinantes asociados: prematuro (CR = 3.2; IC 95%: 2.72-18.98); Apgar 1º minuto <7 (RC: 2.9; IC 95%: 2.38-3.06); cesárea (CR: 8.4; IC 95%: 4.29-16.57) y recién nacido no saludable (CR 12.7; IC 95%: 4.9-32.67). Bajo las pautas STROBE. **Conclusión:** el contacto piel con piel fue influenciado por variables determinantes: edad gestacional, Apgar, parto y la salud del recién nacido.

Descritores: Lactancia; Salud Materno-Infantil; Determinantes Sociales de la Salud; Recién Nacido; Políticas Públicas de Salud.

INTRODUÇÃO

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) em 1990, implantada no Brasil em 1992, visa promover, proteger e apoiar o aleitamento materno (AM) por meio dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno⁽¹⁾. O quarto passo consistia nas mães iniciarem o AM na primeira meia hora de vida através do contato pele a pele (CPP) da mãe com o bebê imediatamente (cinco minutos pós parto por no mínimo uma hora)⁽¹⁾, mas foi revisado em 2018, e aconselha facilitar o CPP imediato (podendo se estender até as duas primeiras horas de vida) e ininterrupto (por 60 minutos), apoiando o AM mais rápido possível após o nascimento, ou seja, o AM na primeira hora de vida é uma consequência do CPP⁽²⁾.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, instituída em 2015 no Brasil⁽³⁾, objetiva promover e proteger a saúde da criança e o AM. Apesar da existência de estratégias de promoção do AM, percebe-se que, na prática, o CPP ainda não está sendo implementado adequadamente nas IHAC, conforme estudo de metanálise realizado em 2016, no qual identificou que apenas 50% dos recém-nascidos (RN) são amamentados durante a primeira hora de vida⁽⁴⁾.

Existem evidências científicas de que o CPP precoce e imediato favorece a termorregulação do RN, estabilização cardiorrespiratória e dos níveis glicêmicos e redução do estresse causado pelo nascimento, e está associado a maior duração do AM⁽⁵⁾, sono tranquilo e diminuição da percepção da dor durante os procedimentos invasivos⁽⁶⁾, promovendo a tranquilidade⁽⁷⁾. Nas mães, o CPP aumenta a liberação de catecolaminas, melhora a interação e o vínculo entre mãe e RN⁽⁵⁾, mediante a ativação bioquímica dos circuitos de recompensa do cérebro de ambos⁽⁸⁾, fortalece a estabilidade fisiológica e emocional, reduz o potencial da dor, aumenta a satisfação das mães e melhora significativa a produção de leite⁽⁶⁾.

O aumento do tempo e o início precoce do AM na primeira hora de vida são resultantes do sucesso da implantação do quarto passo da IHAC, e tem sido evidenciado em estudos⁽⁹⁾. No entanto, percebe-se que as características sociodemográficas e condições de vida da gestante (Determinantes Sociais da Saúde - DSS) podem influenciar na implementação do CPP, bem como no AM⁽¹⁰⁾.

Um estudo desenvolvido na Austrália concluiu que os principais motivos de 17.564 mães interromperem o aleitamento materno exclusivo (AME) até os seis meses foram idade menor que 20 anos, tabagismo, violência do parceiro e falta de apoio⁽¹¹⁾. Isso evidencia a necessidade de analisar os DSS da mulher no ciclo gravídico-puerperal para saber quais são os DSS modificáveis que podem influenciar o CPP e, conseqüentemente, o AM.

Os DSS são fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos, raciais, psicológicos e comportamentais que podem influenciar na ocorrência de problemas de saúde na população. Para controlar esses fatores, é necessário conhecê-los para que medidas possam ser tomadas para contornar tais fatores. Vários são os modelos de determinação social da saúde. Neste estudo, optou-se por utilizar o modelo de Dahlgren e Whitehead devido à simplicidade e clareza gráfica.

Nesse modelo, abordam-se cinco camadas⁽¹²⁾ de influência na saúde e é descrita a teoria ecológica social para saúde, que mapeia o relacionamento entre indivíduo, ambiente e doença. A partir da

camada dois, consideram-se as variáveis modificáveis, a depender do estilo de vida dos indivíduos a questões macropolíticas, econômicas, culturais e sociais⁽¹²⁾. O Brasil expandiu essa definição pela Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), incluindo "os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e sua população de fatores de risco"⁽¹³⁾.

Na Camada 1, estão os determinantes individuais, geralmente não modificáveis, como idade, sexo e herança genética. Na Camada 2, estão os determinantes proximais ou microdeterminantes que são os comportamentos e estilos de vida individuais. Na Camada 3, destaca-se a influência das relações sociais e comunitárias. Na Camada 4, estão representados os determinantes intermediários, como as condições de vida e trabalho, disponibilidade de alimentos, acesso aos ambientes e serviços essenciais, como saúde, educação, saneamento e habitação. Finalmente, na Camada 5, estão os macrodeterminantes distais que são as condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade, além dos determinantes supranacionais, como a globalização⁽¹²⁾.

Entende-se que a identificação e análise dos DSS modificáveis constituem estratégias para formulação de políticas e a assistência à saúde voltadas para adequada implementação da IHAC nos hospitais públicos brasileiros, destacando-se o CPP nas duas primeiras horas de vida, tendo em vista evidências científicas de benefícios a curto e longo prazo para mães e RN. O CPP, quarto item Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, ainda é pouco explorado, e estudos associados aos DSS são inexistentes, o que justifica a importância deste estudo.

Todos os profissionais que atuam na sala de parto são responsáveis pelo CPP, como o profissional de enfermagem. Cabe a esse profissional o papel de facilitador, especialmente ao fornecer informações e auxiliar no manejo do CPP e AM na sala de parto. O enfermeiro tem a possibilidade de estimular os demais profissionais de saúde presentes na assistência ao nascimento no tocante à sensibilização e intervenção dos DSS modificáveis, informação e integração destes ao programa de incentivo, promoção e apoio ao CPP e ao AM na primeira hora de vida. Para alcançar essa meta, faz-se necessária a aquisição de conhecimento científico, habilidade técnica e comunicação em conjunto⁽¹⁴⁾.

OBJETIVO

Analisar se há associação da não realização do contato pele a pele na sala de parto com as variáveis das camadas dos Determinantes Sociais da Saúde do binômio materno infantil.

MÉTODOS

Aspectos éticos

A pesquisa obteve parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa da instituição, via plataforma Brasil, respeitando a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Desenho, período e local do estudo

Estudo observacional, transversal, descritivo, retrospectivo, de abordagem quantitativa. Para a construção deste estudo, seguiram-se

as diretrizes e recomendações da Rede EQUATOR, o *STrengthening the Reporting of OBServational studies in Epidemiology* (STROBE).

A coleta de dados foi realizada pelas próprias pesquisadoras em um alojamento conjunto (AC) de maternidade de atenção terciária em capital do Nordeste do Brasil. Uma IHAC recebeu o Prêmio Dr. Pinotti – Hospital Amigo da Mulher em 2019 pela Câmara dos Deputados em Brasília, sendo um Hospital Sentinela pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) desde 2006 e reconhecido pelo Ministério da Saúde (MS) desde 2016 como Centro de Apoio às Boas Práticas de Obstetria e Neonatologia. O período da coleta foi em junho de 2017, pois um mês de parto nessa maternidade atende o cálculo amostral, pois nela há um grande volume de partos. Em 2016, foram 5.163 partos. Nos primeiros quatro meses de 2017, foram 1.572 partos, com média de 393 partos mensais. Durante a coleta, as fontes secundárias consultadas foram os prontuários de RN e os registros do livro de admissão da unidade do mês de maio de 2017.

População ou amostra; critérios de inclusão e exclusão

O cálculo amostral foi de toda a população, utilizando 219 prontuários de RN admitidos no AC no mês de maio de 2017, com 5% de margem de erro e nível de confiança de 95%, totalizando uma amostra de 140 prontuários, mas as pesquisadoras optaram por compor a amostra com toda a população, ou seja, por todos os 219 prontuários. Assim, os critérios de elegibilidade adotados foram prontuários contendo as fichas do RN na sala de parto preenchida pelo neonatologista contendo o registro de boas práticas de obstetria e neonatologia, entre elas a realização de CPP e AM na primeira hora de vida. Foram excluídos prontuários de RN com mães soropositivas, impossibilitados de amamentar (n=2) e RN que foram transferidos do AC para Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) por complicações clínicas do RN (n=10) ou alta hospitalar (n=20), cujos prontuários não se encontravam disponíveis no AC durante a coleta de dados. Portanto, após as perdas amostrais (n=32), a amostra foi composta por 187 prontuários de RN, permanecendo um erro amostral de 5%. Não houve viés de amostragem.

Protocolo do estudo

As informações foram extraídas dos prontuários dos RN e do livro de admissão do AC. Utilizou-se um instrumento de elaboração própria, validado por dois especialistas na área e realizado teste piloto em cinco prontuários de RN admitidos em junho de 2017, os quais não compuseram a amostra. A categorização dos dados se deu pelas variáveis conforme o modelo de Dahlgren e Whitehead⁽¹²⁾, disposto em quatro camadas: Camada 1 – Mãe: idade, RN: peso ao nascer, classificação da idade gestacional (IG) e Apgar do 1º minuto; Camada 2 – Mãe: escolaridade e estado civil; Camada 3 – Mãe: número de filhos; Camada 4 – Mãe: realização de pré-natal, número de consultas, tipo de parto, histórico gestacional, paridade e aborto, RN: saúde ao nascer.

Considerou-se RN saudáveis aqueles que, ao nascer, não necessitaram ir para Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) ou a UCINCo ou a Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa). Nessa última, são atendidos RN com peso superior a 1.000 g, estáveis, sem acesso venoso central, em nutrição enteral plena, para acompanhamento clínico e ganho de peso, ou com alta da UTIN, porém ainda necessitando de cuidados complementares, com

desconforto respiratório leve, mas que não precisam de ventilação mecânica ou RN submetidos à cirurgia de médio porte, estáveis, após o pós-operatório imediato em UTIN⁽¹⁵⁾. A rotina de CPP na maternidade, em todas as suas unidades, é conforme o preconizado pelos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno.

Análise dos resultados e estatística

Devido à pouca literatura nacional referente ao CPP e DSS, utilizaram-se na discussão estudos internacionais sobre CPP ou AM, por serem uma consequência do CPP, pois, neste estudo, foram excluídos os RN que não realizaram CPP em suas mães, assim, não estavam em AM.

Realizou-se uma análise estatística descritiva e inferencial. Os dados obtidos foram organizados em planilha no *Microsoft Excel* por meio de dupla digitação e posterior validação, a fim de controlar possíveis erros. Foram exportados e processados pelo *software Statistical Package for Science Social (SPSS)*, versão 20.0, licença número 10101131007 e apresentados em tabelas, com as frequências absolutas e relativas, além das médias e desvios padrão das variáveis quantitativas. Para verificar a associação entre a variável de interesse, o CPP apenas entre a mãe e o RN e as variáveis independentes, alguns DSS presente nos prontuários, aplicou-se o teste qui-quadrado. A força das associações foi calculada pela razão de chances (RC) e o intervalo de confiança a 95% (IC), sendo essas consideradas estatisticamente significantes se $p < 0,05$.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta os DDS em: Camada 1 - determinantes individuais; Camada 2 - determinantes proximais ou microdeterminantes; Camada 3 - influência das relações sociais e comunitárias; e Camada 4 - determinantes intermediários, ambas versus a não realização do CPP entre mãe e RN.

Conforme a Tabela 1, dentre os 62% dos RN que fizeram CPP imediatamente ao nascer com a mãe, constatou-se, nos determinantes individuais, que 39,6% das mães tinham faixa etária de 20 a 34 anos; 57,8% dos RN pesaram de 2.500 a 3.999 g; 58,8% eram a termo; 62% nasceram com Apgar no 1º minuto de sete a nove.

A respeito dos determinantes proximais, 33,7% das mães concluíram ensino médio; 49,7% eram casadas ou viviam em união estável. Na camada influência das relações sociais, 28,3% das puérperas referiram não ter tido outros filhos, ou seja, o RN atual, à época da pesquisa, era o primeiro filho vivo.

Nos determinantes intermediários, 61% das mães fizeram pré-natal; 49,7% realizaram de seis a 14 consultas no pré-natal; 49,7% tiveram parto vaginal; 35,3% eram multigestas; 33,7% eram múltiparas; 51,9% não tinham história de abortos; 58,8% dos RN foram admitidos diretamente na sala de parto.

Conforme mostra a Tabela 2, houve significância estatística entre a não realização do CPP entre mãe-RN e os DSS, sendo influenciado pelos DSS: peso do RN < 2.500 g (RC=3,2; IC: 1,04-10,11, $p: 0,034$), classificação IG pré-termo (RC=7,2; IC: 2,72-18,98, $p < 0,001$), Apgar no 1º minuto entre três e seis (RC=2,9; IC: 2,38-3,06 $p < 0,001$), cesárea (RC=8,4; IC: 4,29-16,57, $p < 0,001$) e RN, que, ao nascer, precisaram de cuidados complementares e foram para a UCINCo (RC=12,7; IC: 4,9-32,67, $p < 0,001$).

Tabela 1 - Camadas dos Determinantes Sociais da Saúde de Dahlgren e Whitehead e o contato pele a pele entre mãe e recém-nascido em uma maternidade terciária, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2017

	Realização de contato pele a pele				Média ± DP
	Sim, n=116		Não, n=71		
	n°	%	n	%	
1. Determinantes individuais					
Faixa etária (ano) das mães					26,2±7,3
20 - 34	74	39,6	48	25,7	
11 - 19	27	14,4	11	5,9	
35 - 46	15	8,0	12	6,4	
Peso (grama) do recém-nascidos					3112±444
2.500 - 3.999	108	57,8	60	32,1	
<2.500	5	2,7	9	4,7	
>4.000	3	1,6	2	1,1	
Classificação da idade gestacional do recém-nascido					
A termo	110	58,8	51	27,3	
Pré-termo	6	3,2	20	10,7	
APGAR 1º minuto do recém-nascido					8,3±1,1
7 - 9	116	62,0	56	29,9	
3 - 6			11	5,9	
Não registrado			4	2,2	
2. Determinantes proximais das mães:					
Escolaridade					
Ensino superior	5	2,7	4	2,1	
Ensino fundamental	48	25,7	31	16,5	
Ensino médio	63	33,7	36	19,3	
Estado civil					
Casada/união consensual	93	49,7	57	30,5	
Solteira/viúva/divorciada	23	12,3	13	7,0	
Não registrado			1	0,5	
3. Influência das relações sociais das mães:					
Nº de filhos vivos					0,9±1,2
0	53	28,3	37	19,8	
1	37	19,8	13	7,0	
≥2	26	13,9	21	11,2	
4. Determinantes intermediários da gravidez e parto atual:					
Pré-natal					
Realizou consultas pré-natal	114	61,0	69	36,8	
Não realizou consultas pré-natal	2	1,1	2	1,1	
Número consultas pré-natal					7,3±2,7
6 - 14	93	49,7	52	27,8	
≥ 5	23	12,3	19	10,2	
Tipo de parto					
Vaginal	93	49,7	23	12,3	
Cesárea	23	12,3	48	25,7	
Histórico gestacional					
Primigesta	50	26,7	32	17,1	
Multigesta	66	35,3	39	20,9	
Histórico de paridade					1,8±1,1
Múltipara (1 - 6)	62	33,7	34	18,2	
Primípara	54	28,9	37	19,2	
Aborto					0,23±0,5
Não	97	51,9	53	28,3	
Sim (1 - 3)	19	10,2	18	9,6	
Saúde do recém-nascido ao nascer					
Saudável- transferido para alojamento conjunto	110	58,8	42	22,5	
Precisa de cuidados complementares no Cuidado Intermediário Neonatal	6	3,2	29	15,5	

Mesmo não tendo constatado significância estatística com as demais camadas dos DSS, pôde-se verificar na Camada 1 que a idade materna de 35 a 46 anos aumentou o risco em duas vezes mais de o RN não realizar o CPP. Na Camada 2, mães com ensino superior apresentaram 1,4 vezes mais chances de não realizarem o CPP.

Na Camada 3, foi observado que mães sem filhos ou com dois ou mais filhos vivos tiveram 2 e 2,3 vezes mais chance de não realizarem o CPP. Na Camada 4, mães que não realizaram

pré-natal ou com menos de seis consultas ou que tinham histórico de aborto apresentaram, respectivamente, 1,7, 1,5 e 1,7 mais chances de não realizarem CPP logo após o nascimento do RN.

A associação da força dos DSS com a não realização do CPP na sala de parto ficou evidente nos pré-termos com Apgar < 7 no 1º minuto, ambas da 1ª camada dos determinantes individuais não modificáveis; e cesárea e RN não saudável ao nascer, ambas da camada 4ª camada dos determinantes intermediários dos serviços de saúde.

Tabela 2 - Análise da força de associação entre a não realização do contato pele a pele na sala de parto e os Determinantes Sociais de Saúde em uma maternidade terciária, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2017

	RC	IC (95%)	ρ
1. Determinantes individuais			
Faixa etária (ano) das mães			
11 - 19	1		
20 - 34	1,6	0,72 - 3,51	0,246
35 - 46	2,0	0,70 - 5,52	0,198
Peso (grama) do recém-nascidos			
2.500 - 3.999	1		
<2.500	3,2	1,04 - 10,11	0,034
>4.000	1,2	0,20 - 7,38	0,845
Classificação da idade gestacional do recém-nascido			
A termo	1		
Pré-termo	7,2	2,72 - 18,98	<0,001
Apgar 1º minuto do recém-nascido			
7 - 9	1		
3 - 6	2,9	2,38 - 3,06	<0,001
2. Determinantes proximais das mães			
Escolaridade			
Ensino médio	1		
Ensino fundamental	1,1	0,61 - 2,08	0,694
Ensino superior	1,4	0,35 - 5,55	0,631
Estado civil			
Solteira/viúva/divorciada	1		
Casada/união consensual	1,1	0,51 - 2,31	0,834
3. Influência das relações sociais das mães			
Nº de filhos vivos			
0	2,0	0,93 - 4,24	0,074
1	1		
≥2	2,3	0,98 - 5,40	0,054
4. Determinantes intermediários da gravidez e parto atual			
Pré-natal			
Realizou consultas pré-natal	1		
Não realizou consultas pré-natal	1,7	0,22 - 11,99	0,616
Número consultas pré-natal			
6 - 14	1		
≥ 5	1,5	0,73 - 2,96	0,270
Tipo de parto			
Vaginal	1		
Cesárea	8,4	4,29 - 16,57	<0,001
Aborto			
Não	1		
Sim (1 - 3)	1,7	0,96 - 4,48	0,060
Saúde do recém-nascido ao nascer			
Saudável- transferido para alojamento conjunto	1		
Precisa de cuidados complementares no Cuidado Intermediário Neonatal	12,7	4,90 - 32,67	<0,001

Nota: *Teste qui-quadrado de Pearson; *Razão de verossimilhança.

DISCUSSÃO

O CPP imediato e ininterrupto, por pelo menos uma hora, está entre as estratégias mais eficazes para promoção do AME⁽¹⁶⁾. Assim, estudos acerca dos DSS são fundamentais para conhecer sua associação com a prática do CPP. Na literatura nacional e internacional, constatam-se estudos na qual houve uma associação estatística na realização do CPP com melhora nas taxas de AME, em comparação com mães e RN que não foram submetidos ao CPP logo após o parto⁽¹⁷⁾.

Com a prática do CPP logo após o nascimento, pôde-se observar, com relação aos determinantes individuais, que mães com faixa etária acima de 20 anos tiveram maior chance de não realizar o CPP. Estudos na Nigéria, Bangladesh, Itália e em outros 24 países (sete na África, oito na América Latina e nove na Ásia)

observaram que mães com mais de 35 anos são menos propensas a amamentar seus RN⁽¹⁸⁻¹⁹⁾ e a fazer CPP logo após o parto⁽¹⁸⁾, em comparação com mães mais jovens. Um resultado semelhante foi encontrado em uma metrópole brasileira com 12.283 mães; as adolescentes têm maior probabilidade de realizar CPP que as demais faixas etárias. Não realizar CPP foi maior em mães com 40 anos ou mais^(5,10). No entanto, estudos mostraram que mães mais jovens, quando comparadas a mais velhas, têm maior risco de interrupção precoce do AME provavelmente devido ao baixo nível educacional da mãe, menor poder aquisitivo e por ser solteira⁽²⁰⁾.

Um estudo realizado no sudoeste de Sydney, com 1.035 mães-RN, constatou que não houve associação entre a idade materna e o início do AM⁽²¹⁾. O efeito da idade avançada com o sucesso do AM ainda não está esclarecido, mas, nos últimos 20 anos, há registros de aumento da idade materna no primeiro parto na

maioria dos países desenvolvidos⁽²²⁾. Em geral, mães com idade avançada têm maior probabilidade de iniciar o AM e mantê-la por mais tempo⁽²³⁾, contrapondo os achados do nosso estudo. Vale ressaltar que apesar da primeira camada ser considerada não modificável para o CPP, engravidar ou ter parto jovem pode ser um reflexo das más políticas de planejamento familiar, da educação formal e do incentivo à iniciação sexual precoce nos últimos anos e que esses DSS para gestação, parto e aborto nessa faixa etária podem ser modificáveis com políticas públicas de qualidade.

Com relação ao peso ao nascer, RN com baixo peso tiveram 3,2 vezes chance maior de não realizar o CPP, corroborando um estudo desenvolvido em Valência, na Espanha, com 1.071 RN, em que foi constatado que o baixo peso ao nascer (<2.500 g) contribui como fator determinante para interrupção do AME até os seis meses de idade⁽²⁴⁾.

Um estudo em uma metrópole do Brasil revela que o RN com peso adequado e a termo teve, respectivamente, 23 e 18 vezes maior chance de fazer CPP⁽¹⁰⁾; isso se deve ao fato de que, geralmente, RN pré-termos apresentam instabilidades clínicas ao nascer, impossibilitando a realização do CPP, tendo em vista que os mesmos precisam de cuidados imediatos para estabilização, caso contrário, podem apresentar complicações no quadro hospitalar e evoluir para óbito.

Em países desenvolvidos, o CPP é considerado tecnologia no método canguru e pode ser utilizado por longos ou curtos períodos em RN menos estáveis e por ambos os pais. Contudo, esse método ainda não foi associado à redução na mortalidade neonatal, embora os dados atualmente sejam insuficientes para determinar um efeito⁽²⁵⁾.

Na área da neonatologia, esforços vêm sendo realizados para melhorar o cuidado de RN prematuros e vários são os métodos utilizados para reduzir o estresse a qual esses RN são submetidos durante o tempo de internação. Nessa perspectiva, o CPP também pode ser praticado nas unidades de internação neonatais, tanto pela mãe como pelo pai, com intuito de amenizar o sofrimento do qual esses RN são submetidos, além de promover o envolvimento proativo dos pais e o fortalecimento de vínculos⁽²⁶⁾.

Estudos com prematuros internados em UTIN constataram que o CPP reduz a ansiedade materna, a depressão pós-parto, facilitando a lactação⁽²⁷⁾, aumentando a incidência de AME, melhorando o ganho de peso, promovendo a alta hospitalar precoce⁽²⁵⁾, facilitando o AM em RN muito prematuros⁽²⁸⁾, reduzindo o estresse parental, promovendo a interação materno-infantil⁽²⁵⁾ e aumentando o vínculo⁽⁵⁾, o AM e a autoestima dos pais⁽⁶⁾. Apesar dos benefícios constatados, sabe-se que há subutilização do CPP contínuo nas UTIN, e essa prática não é implementada como deveria⁽²⁶⁻²⁷⁾.

Com relação ao índice de Apgar, RN com índice menor que 7 tiveram RC maior de não fazer CPP, o que pode ser justificado pela sua instabilidade clínica ao nascer. Corroborando o nosso estudo, uma pesquisa, realizada em outra maternidade, em 2018, constatou que a pontuação do Apgar no primeiro minuto influenciou a iniciação do AM precoce no grupo de mulheres submetidas ao parto vaginal; no entanto, sugere-se uma investigação mais profunda para se determinar os motivos pelos quais o Apgar não influencia o AM precoce de RN nascidos de cesárea⁽¹⁾.

Na Camada 2, os determinantes proximais, oriundos de comportamentos e estilos de vida, as mães com ensino superior tiveram

maiores chances de não realizarem CPP. Em contrapartida, um estudo de coorte realizado no sudoeste de Sydney, em maternidades públicas, com 935 puérperas, constatou que os níveis mais altos de escolaridade e status ocupacional materno foram associados com o aumento da chance de iniciar o AM, enquanto que ser mãe solteira foi associada à diminuição da chance de iniciar o AM precoce⁽²¹⁾. Contrapondo o estudo acima, um ensaio clínico randomizado, realizado no Irã, com 68 gestantes, evidenciou que a escolaridade, o número de gestações e os abortos não influenciaram o CPP⁽²⁹⁾. No Brasil, em um estudo com mais de 12 mil prontuários, os DSS para a não realizarem CPP prevalentes foram mães que têm alta escolaridade, profissão remunerada, casadas, em uso de medicamentos, gestação múltiplas, complicações no parto. O CPP foi muito mais prevalente em analfabetas⁽¹⁰⁾.

Na Camada 3, relações sociais, observou-se que mães que não tinham nenhum filho vivo ou tinham dois ou mais filhos tiveram chance maior de não realizar o CPP após o parto. Um levantamento em Bangladesh constatou que mães com dois a três filhos eram significativamente mais propensas a realizar CPP em comparação com mães com até um filho ou mais de três filhos. Ainda no mesmo estudo, constatou-se que, na Nigéria, o início precoce do AM foi significativamente associada à paridade, pois mães com dois a três filhos tiveram aumento de 23% nas chances de CPP, comparadas com mães com apenas um filho⁽¹⁸⁾.

Enfatiza-se que mães com outros filhos têm maior probabilidade de realizar o CPP e manter o AME, principalmente por ter vivenciado experiências anteriores, 1,07 vezes mais chance de CPP⁽¹⁰⁾ favoráveis ao AM⁽³⁰⁾.

Na Camada 4 dos DSS, mesmo não havendo associação do pré-natal (PN) com o CPP, comprovou-se que a maioria das mães foi aderente ao que é preconizado pelo MS do Brasil em relação ao número mínimo de seis consultas de PN⁽³¹⁾. Uma pesquisa realizada em 2016 em um banco de leite, com 12.823 prontuários de mães atendidas entre 2009 e 2012, com o objetivo de identificar fatores intervenientes na realização do CPP, atestou que a realização do PN, com no mínimo seis consultas, favoreceu 1,5 vezes mais chance do CPP. Associando-se positivamente à prevalência do AME⁽¹⁰⁾, o CPP foi realizado mais vezes entre as que receberam orientação sobre AM no PN^(5,10) e sobre a importância de amamentar na primeira hora de vida ($p=0,007$)⁽³²⁾. Sinaliza-se que o acesso ao PN pode ser influenciado por outros DSS, incluindo condições individuais e estruturais locais, principalmente o acesso à unidade de saúde, como o transporte⁽³³⁾.

O tipo de parto é reflexo da assistência prestada às puérperas nas redes de saúde e podem influenciar consideravelmente o CPP. Na presente pesquisa, puérperas submetidas à cesárea fizeram menos CPP do que as submetidas ao parto vaginal, corroborando um estudo no nordeste do Brasil, que avaliou os dez passos do AM e que a não realização de CPP foi associada ao parto cesáreo ($p<0,01$)⁽³²⁾. Em outro estudo em uma metrópole brasileira, no parto vaginal, teve 34 vezes mais chance de acontecer o CPP quando comparado à cesárea e fórceps⁽¹⁰⁾. Tais achados são coincidentes com outros estudos, no qual se identificaram que a cesárea está relacionado ao início tardio do AM^(24,31). No entanto, sabe-se que, após a cesárea, o CPP imediato pode ser realizado normalmente, no caso do bloqueio espinhal ou epidural, tendo em vista que mãe e RN permanecem alertas e responsivos⁽³⁴⁾.

Além disso, foram verificados, a partir de revisão sistemática, os benefícios do CPP imediato após cesárea, como estabilidade fisiológica da mãe e RN, bem-estar emocional, aprimoramento das capacidades de comunicação, potencial da redução da dor materna e promoção do início precoce do AM⁽³⁵⁾. Em um estudo qualitativo, realizado em uma maternidade pública no sul do Brasil com profissionais de saúde da obstetrícia, nas falas é referido que, no CPP na implantação pós-cesárea, observou-se dificuldades das puérperas, como náusea após a anestesia; para o RN, maior risco de queda; da instituição e profissionais da saúde, o RN durante o CPP atrapalharia o cuidado da puérpera e precisaria de um espaço maior para os cuidados pós-cesárea e circulação dos profissionais e a temperatura do ar-condicionado divergente para aos profissionais e a puérpera. Como fatores facilitadores para o CPP, foi relatado fazer o PN na mesma instituição do parto, a presença de um acompanhante e treinamento dos profissionais de saúde⁽³⁶⁾.

Aponta-se que é alto o percentual de partos cesáreos na instituição estudada, se comparada com a taxa aceitável pela OMS (10-15%)⁽³⁷⁾; no entanto, isso se deve ao fato de a maternidade ser de referência terciária, atendendo a gestantes de alto risco de todo o Estado.

Com relação à paridade, a maioria das múltiparas realizou o CPP, indo ao encontro de estudos que demonstraram que mulheres múltiparas têm melhor aderência ao AME do que primíparas⁽²⁰⁾, estando associadas ao aumento da probabilidade do AM precoce⁽³³⁾, contrapondo um estudo realizado em uma metrópole brasileira, que houve maior número de CPP em mães primíparas⁽¹⁰⁾.

Em um estudo prospectivo, observacional e unicêntrico, em berçário em Milão, Itália, com 640 RN, foi verificado que as experiências maternas anteriores (vicárias) estão relacionadas à paridade, e se a experiência anterior é negativa, é pouco provável que a mãe amamente em comparação com mães de primeira viagem⁽¹⁹⁾. Também foi relatado que a experiência vicária pode direcionar mães inexperientes para AM e obter ajuda de outras mães com experiência positiva, permitindo que elas tenham um modelo a seguir⁽³⁰⁾. Acredita-se que o aborto, por ser uma consternação materna, possa dificultar o vínculo da mãe com o novo RN, dificultando o CPP.

Houve predominância na realização do CPP com mães sem histórico prévio de aborto, sendo que o mesmo achado foi encontrado em ensaio um clínico randomizado no Irã, com 96 mães-RN (38 em rotina e 38 em CPP)⁽⁸⁾. Contudo, no Brasil, um estudo longitudinal com 50 RN realizado no nordeste e na atenção básica constatou que não houve correlação positiva entre o índice de abortamento de mulheres com a eficácia do AM⁽³⁰⁾.

Neonatos advindos da UCINCo têm 12,7 vezes chance maior de não realizarem CPP, comparados aos admitidas da sala de parto. Tal fato pode ser explicado pelas condições maternas e de nascimento do RN, pois a necessidade de internação em UCINCo se justifica por intercorrências clínicas maternas ou neonatais, impossibilitando a realização do CPP.

Destacando a importância do CPP na estabilização do RN, um estudo com 2.841 RN, realizado em maternidade no sudoeste dos Estados Unidos, dois anos antes da implementação do CPP durante a cesárea (2011-2012) (n= 1.070 RN) e três anos após a implementação do CPP durante a cesárea (2013-2015) (n= 1.771

RN), evidenciou significativa redução na proporção de RN internados nas UTIN após implementação do CPP depois da cesárea. Assim, conclui-se que um dos efeitos benéficos para esses RN foi a estabilização clínica⁽³⁸⁾.

Uma revisão Cochrane aponta que há evidências para o CPP para promover o AM, contudo são necessários estudos com grandes tamanhos amostrais para confirmar os benefícios dessa intervenção sobre a fisiologia dos RN durante sua transição para a vida extrauterina para estabelecer possíveis efeitos dose-resposta e o momento ideal de sua iniciação. Ressalta-se ainda que a qualidade metodológica dos estudos sobre CPP continua sendo um problema, pois os benefícios do CPP para os RN é limitada devido os estudos clínicos randomizados (ECRs) serem pequenos, relatando diferentes desfechos, medidos em diferentes escalas e com dados limitados⁽⁷⁾.

Em uma IHAC nordestina, no Brasil, constatou-se o baixo cumprimento do quarto passo do AM, e a equipe de enfermagem e os pediatras foram os principais responsáveis por concretizar o CPP⁽³²⁾. Há uma forte tendência, na década atual, de promover políticas de saúde que abordem os DSS, definidas como as características sociais que ocorrem individualmente ou por condições sociais. Essas definições expressam a intenção de abordar as causas de doenças, de desigualdades em saúde e das condições sociais que afetam a saúde. No presente estudo, analisamos o CPP. É importante estudá-las para promover medidas específicas relacionadas aos DSS, como renda, educação, ocupação, estrutura familiar e saúde. A qualidade da disponibilidade de serviços públicos são ofertados: higiene, minimizar riscos de doenças, ocupação, estrutura familiar, redes e apoio social, discriminação social e acesso a ações preventivas de saúde⁽³⁹⁾. Assim, é importante traçar estratégias que modifiquem os DSS relacionados a não realização de CPP na sala de parto.

Limitações do estudo

A Camada 5, última dos DSS, representada pelas condições econômicas, culturais, ambientais e das políticas vigentes no país para a mãe⁽¹²⁾, não estava documentada na ficha da sala de parto do RN ou do registro do livro de admissão do AC (bolsa família ou outros projetos sociais e condição socio econômica), impossibilitando sua coleta, constituindo uma limitação importante desta pesquisa. Os dados secundários limitaram, também, precisar o tempo exato da duração do CPP logo após o parto, pois, na ficha de sala de parto, apenas informa se o CPP foi realizado ou não. Considerou-se, neste estudo, que o CPP aconteceu durante as primeiras duas horas de vida, ou seja, imediato pós-parto, conforme recomendação da IHAC reformulada em 2018. Ademais, inúmeras são as políticas sociais de incentivo ao AM, como direito à licença maternidade e à IHAC, implantadas e implementadas nas instituições de saúde, ambas com impacto significativamente positivo no sucesso do CPP e do AM⁽³³⁾.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

O estudo dos DSS se mostra favorável para mensuração da efetividade das estratégias da Política Nacional de Atenção Integral

à Saúde da Criança, com vistas à maior cobertura PN com orientações sobre CPP⁽⁵⁾ e AM, para favorecer o CPP e promoção do AM por todos os profissionais da saúde, em especial os enfermeiros, que trabalham com a assistência, promoção e educação em saúde, diretamente no manejo do PN, parto, pós-parto, puerpério, puericultura e planejamento familiar nos três níveis de atenção à saúde, em um dos programas do MS: método canguru⁽⁴⁰⁾, Humanização do Pré-Natal e Nascimento⁽⁴¹⁾, qualificação da atenção neonatal⁽⁴²⁾ e alta qualificada do RN⁽⁴³⁾. O CPP é um instrumento importante para o estabelecimento do vínculo mãe-filho, embora ainda seja pouco explorado pelos profissionais e gestantes. Essa situação pode resultar de informações erradas sobre o direito de amamentação e CPP na sala de parto. Assim, o PN é a ocasião ideal para divulgação de tais práticas⁽⁵⁾. Tal desinformação poderia justificar a relação negativa entre CPP na sala de parto e mulheres mais velhas, múltiparas, com poucas ou nenhuma consulta de PN.

O CPP na sala de parto também pode ser influenciado por normas e rotinas rígidas de serviços de saúde, pouco investimento em treinamento e tradição institucional⁽⁴⁴⁾, que são macrodeterminantes dos DDS, ou seja, Hospitais Amigos da Crianças que ainda não alcançaram ampla divulgação e/ou implementação dos dez passos do AM⁽⁵⁾. Estudos dessa natureza são pertinentes para entender o contexto das gestantes que buscam atendimento em Unidades Básicas de Saúde e hospitais. Assim, as intervenções,

considerando os DSS, devem ser trabalhadas para realização mais efetiva do CPP.

CONCLUSÕES

Os resultados desta pesquisa permitem inferir associação com significância estatística dos seguintes DSS com o CPP: classificação da idade gestacional, Apgar no 1º minuto, tipo de parto e condições de saúde do RN ao nascer. Nessa perspectiva, enfermeiros devem ter conhecimento sobre o impacto dos DSS na realização do CPP, pois podem executar estratégias nacionais da assistência ao parto e às crianças, como o método canguru, Humanização do Pré-Natal e Nascimento, qualificação da atenção neonatal e alta qualificada do RN para promover tal prática nas maternidades brasileiras.

Por fim, assinala-se a importância da realização de orientações ainda no pré-natal acerca do CPP e AM nas primeiras horas de vida, conforme recomenda a IHAC, objetivando sensibilização dessa clientela sobre os benefícios de tal prática para a mãe e o RN a curto e longo prazo. Sugere-se que pesquisas longitudinais sejam realizadas, acompanhando-se o momento do parto até a interrupção do CPP. Evidencia-se, também, a necessidade de mais pesquisas sobre a temática, tendo em vista a escassa literatura encontrada acerca da associação dos DSS com o CPP.

REFERÊNCIAS

1. Lau Y, Tha PH, Ho-Lim SST, Wong LY, Lim PI, Citra Nurfarah BZM, et al. An analysis of the effects of intrapartum factors, neonatal characteristics, and skin-to-skin contact on early breastfeeding initiation. *Matern Child Nutr.* 2018;14(1):e12492. <https://doi.org/10.1111/mcn.12492>
2. World Health Organization (WHO). UNICEF. Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-Friendly Hospital Initiative. Geneva: WHO; 2018. 56 p.
3. Ministério da Saúde (BR). Resolução no 1,130, agosto, 05, 2015. Institutes the National Policy for Comprehensive Child Health Care (PNAISC) within the scope of the Unified Health System (SUS). Brasil: Diário Oficial da União; Aug 6, 2015.
4. Victora CG, Bahl R, Barros AJDD, França GVAA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet.* 2016;387(10017):475–90. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)
5. Silva CME, Pellegrinelli ALR, Pereira SCL, Passos IR, Santos LC, Silva CM, et al. Educational practices in accordance with the “Ten steps to successful breastfeeding” in a Human Milk Bank. *Ciênc Saúde Colet.* 2017;22(5):1661–71. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.14442015>
6. Baley J, Committee on fetus and newborn. Skin-to-Skin care for term and preterm infants in the neonatal ICU. *Pediatrics.* 2015;136(3):596–9. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-2335>
7. Moore ER, Bergman N, Anderson GC. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;11(11):CD003519. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4>
8. 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;2014:846486. <https://doi.org/10.1155/2014/846486>
9. Vittner D, McGrath J, Robinson JA, Lawhon G, Cusson R, Eisenfeld L, et al. Increase in Oxytocin From Skin-to-Skin Contact Enhances Development of Parent–Infant Relationship. *Biol Res Nurs.* 2018;20(1):54–62. <https://doi.org/10.1177/1099800417735633>
10. Silva CM, Pereira SCL, Passos IR, Santos LC. Factors associated with skin to skin contact between mother/son and breastfeeding in the delivery room. *Rev Nutr.* 2016;29(4):457–71. <https://doi.org/10.1590/1678-98652016000400002>
11. Ogbo FA, Eastwood J, Page A, Arora A, McKenzie A, Jalaludin B, et al. Prevalence and determinants of cessation of exclusive breastfeeding in the early postnatal period in Sydney, Australia. *Int Breastfeed J.* 2017;12(1). <https://doi.org/10.1186/s13006-017-0110-4>
12. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health: background document to WHO – Strategy paper for Europe [Internet]. Vol. 14, Institute for futures studies. 2007 [cited 2018 Sep 17]. 67 p. Available from: <https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>
13. Buss PM, Pellegrini Filho A. Health and its social determinants. *Physis.* 2007;17(1):77–93. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312007000100006>

14. Silva JLP, Linhares FMP, Barros AA, Souza AG, Alves DS, Andrade PON, et al. Factors associated with breastfeeding in the first hour of life in a baby-friendly hospital. *Texto Contexto Enferm*. 2018;27(4):4190017. <https://doi.org/10.1590/0104-07072018004190017>
15. Machado LG. Fatores associados à transferência de recém-nascidos elegíveis para a unidade de cuidados intermediários canguru em maternidades brasileiras [Dissertação] [Internet]. Rio de Janeiro. Fundação Oswaldo Cruz; 2017 [cited 2018 Aug 2]. Available from: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/25228/2/luiza_machado_iff_mest_2017.pdf
16. Crenshaw JT. Healthy Birth Practice #6: Keep Mother and Baby Together: it's best for mother, baby, and breastfeeding. *J Perinat Educ*. 2014;23(4):211–7. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.23.4.211>.
17. Guala A, Boscardini L, Visentin R, Angellotti P, Grugini L, Barbaglia M, et al. Skin-to-Skin contact in cesarean birth and duration of breastfeeding: a cohort study. *Sci World J*. 2017;2017:1–5. <https://doi.org/10.1155/2017/1940756>
18. Singh K, Khan SM, Carvajal-Aguirre L, Brodish P, Amouzou A, Moran A. The importance of skin-to-skin contact for early initiation of breastfeeding in Nigeria and Bangladesh. *J Glob Health*. 2017;7(2). <https://doi.org/10.7189/jogh.07.020505>
19. Colombo L, Crippa BL, Consonni D, Bettinelli ME, Agosti V, Mangino G, et al. Breastfeeding determinants in healthy term newborns. *Nutrients*. 2018;10(1):48. <https://doi.org/10.3390/nu10010048>
20. Sipsma HL, Jones K, Nickel NC. Hospital practices to promote breastfeeding: the effect of maternal age. *Birth*. 2017;44(3):272–80. <https://doi.org/10.1111/birt.12284>
21. Arora A, Manohar N, Hayen A, Bhole S, Eastwood J, Levy S, et al. Determinants of breastfeeding initiation among mothers in Sydney, Australia: findings from a birth cohort study. *Int Breastfeed J*. 2017;12:39. <https://doi.org/10.1186/s13006-017-0130-0>
22. Kitano N, Nomura K, Kido M, Murakami K, Ohkubo T, Ueno M, et al. Combined effects of maternal age and parity on successful initiation of exclusive breastfeeding. *Prev Med Reports*. 2016;3:121–6. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2015.12.010>
23. Tarrant M, Fong DY, Wu KM, Lee IL, Wong EM, Sham A, et al. Breastfeeding and weaning practices among Hong Kong mothers: a prospective study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2010;10(1):27. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-10-27>
24. Vila-Candel R, Duke K, Soriano-Vidal FJ, Castro-Sánchez E. Effect of early skin-to-skin mother–infant contact in the maintenance of exclusive breastfeeding: experience in a health department in Spain. *J Hum Lact*. 2018;34(2):304–12. <https://doi.org/10.1177/0890334416676469>
25. Conde-Agudelo A, Díaz-Rossello JL. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. Conde-Agudelo A, (Ed.). *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;(8):CD002771. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002771.pub4>
26. Angelhoff C, Blomqvist YT, Sahlén Helmer C, Olsson E, Shorey S, Frostell A, et al. Effect of skin-to-skin contact on parents' sleep quality, mood, parent-infant interaction and cortisol concentrations in neonatal care units: study protocol of a randomised controlled trial. *BMJ Open*. 2018;8(7):e021606. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-021606>
27. Stikes R, Barbier D. Applying the plan-do-study-act model to increase the use of kangaroo care. *J Nurs Manag*. 2013;21(1):70–8. <https://doi.org/10.1111/jonm.12021>
28. Nyqvist KH, Rosenblad A, Volgsten H, Funkquist E-L, Mattsson E. Early skin-to-skin contact between healthy late preterm infants and their parents: an observational cohort study. *Peer J*. 2017;5:e3949. <https://doi.org/10.7717/peerj.3949>
29. Adeli M, Aradmehr M. A comparative study of maternal-neonate abdominal and kangaroo (skin-to-skin) skin contact immediately after birth on maternal attachment behaviors up to 2 months. *J Educ Health Promot*. 2018;7:42. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_46_16
30. Uchoa JL, Gomes AL, Joventino ES, Oriá MOB, Ximenes LB, Almeida PC, et al. Sociodemographic and obstetric history in maternal self-efficacy in nursing: a study in panel. *O Braz J Nurs*. 2014;13(4). <https://doi.org/10.5935/1676-4285.20144708>
31. Uchoa JL, Peripolli RA, Joventino ES, De APC, Oriá MOB, Ximenes LB. The self-efficacy in breastfeeding of women in the prenatal and postpartum: longitudinal study. *Rev Enferm UFSM*. 2016;6(1). <https://doi.org/10.5902/2179769217687>
32. Sampaio ÁRR, Bousquat A, Barros C. Skin-to-skin contact at birth: a challenge for promoting breastfeeding in a “Baby Friendly” public maternity hospital in northeast Brazil. *Epidemiol Serv Saude*. 2016 Jun;25(2):281–90. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742016000200007>
33. Kim D, Saada A. The social determinants of infant mortality and birth outcomes in western developed nations: a cross-country systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2013;10(6):2296–335. <https://doi.org/10.3390/ijerph10062296>
34. World Health Organization (WHO). UNICEF, Wellstart International. Section 1, Background and implementation. Produced. In: *Baby-friendly hospital initiative : revised, updated and expanded for integrated care*. Geneva: WHO; 2009. p. 80. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43593/9789241594967_eng.pdf?sequence=1
35. Stevens J, Schmied V, Burns E, Dahlen H. Immediate or early skin-to-skin contact after a Caesarean section: a review of the literature. *Matern Child Nutr*. 2014;10(4):456–73. <https://doi.org/10.1111/mcn.12128>
36. Kologeski TK, Strapasson MR, Schneider V, Renosto JM. Skin to skin contact of the newborn with its mother in the perspective of the multiprofessional team. *Rev Enferm UFPE*[Internet]. 2017 [cited 2019 Nov 2];11(1):94–101. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11882/14341>
37. World Health Organization (WHO). HRP. WHO Statement on Caesarean Section Rates [Internet]. Geneva, Switzerland; 2015 [cited 2019 Jun 14]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf?sequence=1
38. Schneider LW, Crenshaw JT, Gilder RE. Influence of immediate skin-to-skin contact during cesarean surgery on rate of transfer of newborns to NICU for observation. *Nurs Womens Health* [Internet]. 2017;21(1):28–33. <https://doi.org/10.1016/J.NWH.2016.12.008>

39. Geib LTC. Social determinants of health in the elderly. *Ciênc Saude Colet*. 2012;17(1):123–33. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000100015>
 40. Ministério da Saúde (BR). Resolução no 1,683, of jul 12, 2007. Approves, in the form of the Annex, the Guidelines for the Implementation of the Kangaroo Method. *Brasil: Diário Oficial da União*; n o 134.
 41. Ministério da Saúde (BR). Resolução no 569, of jun 01, 2000. Establish the Humanization Program in Prenatal and Birth, within the scope of the Unified Health System. *Brasil: Diário Oficial da União*; Jun 8, 2000 p. 4–6.
 42. Ministério da Saúde (MS). Resolução no 3,389, of dec 30, 2013. Amends, adds and revokes provisions of Ordinance no. 930/GM/MS, of may 10, 2012, which defines the guidelines and objectives for the organization of comprehensive and humanized care for serious or potentially serio. *Brasil: Diário Oficial da União*; Dec 31, 2013 p. 54.
 43. Ministério da Saúde (BR). Resolução no 2,068, of oct 21, 2016. Institutes guidelines for the organization of comprehensive and humanized care for women and newborns in Joint Housing. 204 Brasília, Brasil: *Diário Oficial da União*; 2016 p. 120.
 44. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC. Factors associated with exclusive breastfeeding in the first six months of life in Brazil: a systematic review. *Rev Saude Publica*. 2015;49:91. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005971>
-