

## **CONTATO PELE A PELE E MAMADA PRECOCE: FATORES ASSOCIADOS E INFLUÊNCIA NO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO**

Márcia Carneiro Saco<sup>1</sup>   
Kelly Pereira Coca<sup>2</sup>  
Karla Oliveira Marcacine<sup>2</sup>  
Érika de Sá Vieira Abuchaim<sup>2</sup>  
Ana Cristina Freitas de Vilhena Abrão<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro Universitário São Judas Tadeu. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Santos, São Paulo, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Enfermagem. São Paulo, São Paulo, Brasil.

### **RESUMO**

**Objetivo:** verificar os fatores associados à prática do contato pele a pele com amamentação na primeira hora de vida e sua influência no aleitamento materno exclusivo no primeiro mês.

**Método:** estudo transversal, retrospectivo, com prontuários de um ambulatório especializado em aleitamento materno em São Paulo, Brasil. Fizeram parte da amostra todos os prontuários das duplas mãe-filho que passaram em consulta com enfermeiras entre os anos de 2004 e 2010. A coleta de dados nos prontuários ocorreu entre 2014 e 2015.

**Resultados:** identificaram-se 1.030 prontuários, 71 foram excluídos e a amostra final foi de 959. A prevalência do contato pele a pele com amamentação na primeira hora foi de 37,2%. A nota do Apgar entre 8 e 10 no 1º minuto de vida e o maior peso ao nascimento do recém-nascido foram fatores protetores do contato com a amamentação precoce; já a menor idade materna e os partos cesárea e fórceps foram fatores de risco para esta prática. O aleitamento materno exclusivo foi estatisticamente maior no grupo dos recém-nascidos que realizaram o contato com a amamentação na primeira hora, no entanto, não houve associação com o tempo de aleitamento materno exclusivo.

**Conclusão:** as boas condições de nascimento da criança foram fatores protetores para a realização do contato pele a pele com amamentação na primeira hora, enquanto a menor idade materna e os partos cirúrgicos demonstraram-se como fatores de risco. O aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de vida da criança não esteve associado ao contato e amamentação precoce.

**DESCRITORES:** Aleitamento materno. Período pós-parto. Recém-nascido. Parto. Promoção da saúde. Enfermagem obstétrica.

**COMO CITAR:** Saco MC, Coca KP, Abrão ACFV, Marcacine KO, Abuchaim ESV. Contato pele a pele e mamada precoce: fatores associados e influência no aleitamento materno exclusivo. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2019 [acesso MÊS ANO DIA]; 28:e20180260. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0260>

# SKIN-TO-SKIN CONTACT FOLLOWED BY BREASTFEEDING IN THE FIRST HOUR OF LIFE: ASSOCIATED FACTORS AND INFLUENCES ON EXCLUSIVE BREASTFEEDING

## ABSTRACT

**Objective:** to verify the factors associated with the practice of skin-to-skin contact with breastfeeding in the first hour of life and its influence on exclusive breastfeeding in the first month.

**Method:** a retrospective cross-sectional study with medical records from a breastfeeding outpatient clinic in São Paulo, Brazil. The sample included all the medical records of the mother-baby dyad who had been consulted by nurses between 2004 and 2010. Data were collected from the medical records between 2014 and 2015.

**Results:** 1,030 medical records were identified, 71 were excluded and the final sample was 959. The prevalence of skin-to-skin contact with breastfeeding in the first hour was 37.2%. The Apgar score between 8 and 10 in the first minute of life and the higher birth weight of the newborn were protective factors of contact with early breastfeeding; lower maternal age and cesarean delivery and forceps were risk factors for this practice. Exclusive breastfeeding was statistically higher in the group of newborns who had contact with breastfeeding in the first hour; however, there was no association with duration of exclusive breastfeeding.

**Conclusion:** good birth conditions were protective factors for breastfeeding followed by skin-to-skin contact in the first hour, while younger maternal age and surgical deliveries proved to be risk factors. Exclusive breastfeeding in the baby's first month of life was not associated with skin-to-skin contact followed by breastfeeding in the first hour of life.

**DESCRIPTORS:** Breastfeeding. Postpartum period. Newborn. Childbirth Health promotion. Obstetric nursing.

# CONTACTO CON LA PIEL Y LA MAMA PRECOZ: FACTORES ASOCIADOS E INFLUENCIA EN LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

## RESUMEN

**Objetivo:** verificar los factores asociados con la práctica del contacto piel con piel con la lactancia materna en la primera hora de vida y su influencia en la lactancia materna exclusiva en el primer mes.

**Método:** estudio transversal retrospectivo con registros médicos de un servicio de lactancia en São Paulo, Brasil. La muestra incluyó todos los registros médicos de las parejas madre-hijo que consultaron con enfermeras entre 2004 y 2010. Los datos se recopilaron de los registros entre 2014 y 2015.

**Resultados:** han detectado 1.030 registros médicos, se excluyeron 71 y la muestra final fue 959. La prevalencia del contacto piel a piel con la lactancia materna en la primera hora fue del 37,2%. El puntaje de Apgar entre 8 y 10 en el primer minuto de vida y el mayor peso al nacer del recién nacido fueron factores protectores del contacto con la lactancia materna precoz; La menor edad materna, el parto fórceps y la cesárea fueron factores de riesgo para esta práctica. La lactancia materna exclusiva fue estadísticamente mayor en el grupo de recién nacidos que tuvieron contacto piel con piel y amamantar en la lactancia materna en la primera hora; sin embargo, no hubo asociación con la duración de la lactancia materna exclusiva.

**Conclusión:** las buenas condiciones de nacimiento del bebé fueron factores protectores contacto piel con piel con la lactancia materna en la primera hora, mientras que la edad materna más joven y los partos por cesárea y fórceps resultaron ser factores de riesgo. La lactancia materna exclusiva en el primer mes de vida no se asoció con el contacto y la lactancia materna precoz.

**DESCRIPTORES:** Lactancia. Período posparto. Recién nacido. Parto Promoción de la salud. Enfermería obstétrica.

## INTRODUÇÃO

O contato pele a pele precoce (CPP) e a amamentação na primeira hora de vida (APH) entre a mãe e seu filho têm sido difundidos como práticas de humanização do atendimento à mulher no parto, com o objetivo de promover a qualidade da assistência na sala de parto e o aleitamento materno (AM).<sup>1</sup> É recomendação estabelecida no quarto passo dos “Dez Passos para o Sucesso da Amamentação”, promovidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e a União das Nações Unidas (UNICEF), desde a criação do título Hospital Amigo da Criança (IHAC).<sup>1</sup>

A prática do CPP é definida atualmente como contato direto (despido) e imediato do recém-nascido com sua mãe, dentro dos primeiros cinco minutos de nascimento, e continuado por pelo menos uma hora sem separação da dupla.<sup>1</sup> No passo quatro também está incluso o estímulo para a mamada precoce: incentivar a mãe a identificar se a criança mostra sinais de que está querendo ser amamentada, oferecendo ajuda, se necessário.<sup>1</sup>

Dentre os benefícios do CPP, estudos demonstraram maior probabilidade de amamentação imediatamente após o parto,<sup>2</sup> favorecimento da colonização da pele do recém-nascido advinda de sua mãe, melhor controle da glicose sanguínea do neonato,<sup>3</sup> controle de temperatura corporal, estabilização da dinâmica cardiovascular, menor perda de peso corporal e satisfação materna.<sup>4</sup> Assim como o CPP, a amamentação precoce também reflete uma série de vantagens como a diminuição do risco de hemorragia pós-parto,<sup>5</sup> menor risco de infecções e morte neonatal.<sup>6</sup>

Apesar dos benefícios, estudos brasileiros mostraram baixa prevalência do contato e amamentação precoce, como observado em uma maternidade de São Paulo, em que apenas 7% (n=118/1787) das crianças nascidas em um Hospital Amigo da Criança tiveram contato precoce nos primeiros 30 minutos de vida e 24% (n=431/1787) entre 30 e 60 minutos;<sup>7</sup> enquanto em uma maternidade do Rio de Janeiro, 16% das mulheres praticaram a APH.<sup>8</sup> Em 2015, a prevalência nacional de aleitamento precoce foi de 43%, ao passo que dados mundiais variaram de 42% na América Latina e Ásia e 49% na Europa Central e Oriental.<sup>9</sup> Na última pesquisa nacional, realizada em 2008, identificou-se aumento da prática do APH para 67,7%, mostrando avanços nas taxas ao longo dos anos.<sup>10</sup>

O CPP e a APH são recomendados pela OMS<sup>1</sup> visto o seu impacto na proteção da morte neonatal e dos inúmeros benefícios que a amamentação oferece, tanto para a mãe quanto para a criança.<sup>6</sup>

Um estudo que analisou o início precoce da amamentação, definido como dentro da primeira hora, demonstrou que esta prática esteve negativamente associada à complicações maternas durante a gestação, parto cesariana e falta de protocolos institucionais, no entanto, não foram encontradas associações com as características sociodemográficas da mulher.<sup>11</sup>

Quanto à duração do aleitamento materno, uma recente revisão sistemática demonstrou que o CPP parece aumentar o tempo de amamentação nos primeiros quatro meses e contribuir no aleitamento materno exclusivo (AME), no entanto, os estudos analisados apresentam limitações.<sup>3</sup>

Os baixos índices desta prática têm sido um desafio a ser enfrentado e, para tanto, é necessário compreender os fatores que protegem ou impedem esta prática, bem como, conhecer outras características que possam interferir no contato pele a pele com a amamentação na primeira hora. Neste sentido, o presente estudo teve como objetivo verificar os fatores associados à prática do contato pele a pele com amamentação na primeira hora de vida e a sua influência no aleitamento materno exclusivo no primeiro mês.

## MÉTODO

Estudo transversal retrospectivo realizado em ambulatório especializado em aleitamento materno de São Paulo, Brasil. O serviço atende mulheres em fase de lactação e que desejam amamentar seus filhos. A maioria da população é procedente de um Hospital Universitário, instituição de grande porte e alta complexidade, vinculado à Universidade Federal de São Paulo, como continuidade do suporte à prática ao aleitamento materno na maternidade. A unidade obstétrica do hospital atende gestantes e parturientes, majoritariamente de alto risco, que ficam internadas em sistema de alojamento conjunto no período pós-parto e recebem agendamento para o ambulatório no dia da alta hospitalar.

A população do estudo foi composta por prontuários de mulheres e respectivos filhos atendidos no ambulatório. Fizeram parte da amostra todos os prontuários das duplas mãe-filho que passaram em consulta com enfermeiras, entre janeiro de 2004 e dezembro de 2010, e que apresentaram registro de seguimento no mínimo até o primeiro mês de vida da criança. Excluíram-se os registros referentes às mulheres com gestação múltipla, aqueles não realizados em formulário padrão, preconizados pela instituição ou com registro incompleto dos dados relacionados aos principais objetivos do estudo.

A coleta de dados teve início em dezembro de 2014 e foi concluída em janeiro de 2015. Utilizou-se um instrumento desenvolvido especificamente para o presente estudo e a digitação dos dados foi realizada por duas enfermeiras obstetras treinadas.

Estabeleceu-se como variável dependente o tipo de aleitamento materno, e como independente: dados sociodemográficos (idade, escolaridade, ocupação e situação conjugal), e obstétricos da mulher (paridade, experiência anterior em AM e tipo de parto); e dados neonatais (sexo da criança, Apgar no 1º e no 5º minuto, CPP com APH, peso ao nascer, peso na alta hospitalar, tipo de aleitamento materno e uso de chupeta no primeiro mês de vida).

Definiu-se como CPP ao nascer com aleitamento materno precoce a prática de colocar a criança no tórax ou barriga de sua mãe após o nascimento (sim ou não) seguida da criança sugar a mama de sua mãe dentro da primeira hora após o seu nascimento.<sup>1</sup> O tipo de aleitamento materno foi classificado em: exclusivo (apenas leite materno), misto (oferta de leite materno e artificial), predominante (oferta de leite materno e água/chás) e artificial (apenas fórmula infantil).<sup>12</sup>

A análise estatística foi realizada no *software* Minitab 16.1. As variáveis numéricas de caracterização foram calculadas pela média e desvio padrão, enquanto as categóricas por frequência e porcentagem. A comparação entre os grupos com e sem CPP/APH foi feita pelo teste *t-Student* ou teste de *Mann-Whitney* e Qui-quadrado ou exato de Fisher para variáveis quantitativas e categóricas, respectivamente. O modelo de regressão logística foi usado para estimar o *odds ratio* (OR) e seu intervalo de confiança de 95% (IC) para avaliar a associação univariada entre o CPP / APH com as variáveis do estudo. Para o modelo inicial de regressão logística, todas as variáveis apresentaram significância de  $p \leq 0,20$  na análise univariada. Utilizou-se o processo *backward*, ou seja, as variáveis não significantes foram removidas do modelo inicial, uma a uma, até que no modelo final permaneceram apenas as variáveis com significância de  $p < 0,05$ .

Respeitaram-se todos os princípios éticos que regem estudos envolvendo seres humanos, estabelecidos na Resolução N° 466 de 12 de dezembro de 2012. O termo de consentimento foi dispensado por tratar-se de estudo com dados secundários.

## RESULTADOS

O total de 1.030 prontuários foi identificado entre o período do estudo. Destes, 71 foram excluídos em acordo com os critérios estabelecidos. A amostra final foi constituída por 959 prontuários de mulheres e seus respectivos filhos. As mulheres apresentaram uma idade média de 28,6 anos (DP 7,1;  $n=949^*$ ). As Tabelas 1 e 2 mostram as demais características das mulheres e os dados das crianças, respectivamente, cujos prontuários foram estudados.

**Tabela 1** – Características sociodemográficas e obstétricas das mulheres. São Paulo, SP, Brasil, 2015.

| Variáveis                                     | n   | %    |
|---|-----|------|
| Escolaridade (N=948)*                         |     |      |
| Não alfabetizado                              | 05  | 0,5  |
| Ensino Fundamental completo/incompleto        | 369 | 38,9 |
| Ensino Médio completo/incompleto              | 478 | 50,4 |
| Ensino Superior completo/incompleto           | 96  | 10,1 |
| Situação conjugal (N=951)*                    |     |      |
| Sem companheiro                               | 189 | 19,8 |
| Com companheiro                               | 762 | 80,2 |
| Ocupação (N=939)*                             |     |      |
| Trabalha fora do lar                          | 558 | 59,4 |
| Não trabalha                                  | 381 | 40,6 |
| Paridade (N=957)*                             |     |      |
| Primípara                                     | 443 | 46,3 |
| Multípara                                     | 514 | 53,7 |
| Experiência anterior com amamentação (N=939)* |     |      |
| Sim   | 430 | 45,7 |
| Não   | 509 | 54,2 |
| Tipo de parto (959)*                          |     |      |
| Normal  | 403 | 42,1 |
| Cesárea                                       | 482 | 50,2 |
| Fórceps                                       | 74  | 7,7  |

\*Variação de amostra devido à perda de dados.

As crianças apresentaram peso médio ao nascer de 3.051 gramas (DP=521; n=958\*) e peso de alta hospitalar 2.895,73 gramas (DP=481; n=939\*).

Na análise univariada observou-se diferença significativa entre os grupos para as variáveis relacionadas à mulher: idade, tipo de parto; e à criança: Apgar no 1º e 5º minutos de vida, peso ao nascer, peso de alta hospitalar e tipo de aleitamento no 1º mês de vida. A análise multivariada, na Regressão logística, identificou que a nota do Apgar entre 8 e 10 no 1º minuto de vida e maior peso ao nascimento do recém-nascido foram fatores protetores para o CPP com APH, ao passo que a menor idade materna e a ocorrência dos partos cesariana e fórceps demonstraram-se como fatores de risco para essa prática (Tabela 3).

**Tabela 2** – Características das crianças. São Paulo, SP, Brasil, 2015.

| Variáveis                | n   | %    |
|--------------------------|-----|------|
| Sexo (N=956)*            |     |      |
| Feminino                 | 483 | 50,5 |
| Masculino                | 473 | 49,5 |
| Apgar 1º minuto (N=924)* |     |      |
| ≤7                       | 148 | 15,2 |
| 8 a 10                   | 784 | 84,8 |

**Tabela 2 – Cont.**

| Variáveis  | n   | %    |
|--|-----|------|
| Apgar 5° minuto (N=924)*                                     |     |      |
| ≤7   | 14  | 1,5  |
| 8 a 10   | 910 | 98,5 |
| Contato pele a pele com aleitamento materno precoce (N=959)* |     |      |
| Sim  | 357 | 37,2 |
| Não  | 602 | 62,8 |
| Tipo de AM aos 30 dias de vida (N=957)*                      |     |      |
| Exclusivo  | 718 | 75,0 |
| Predominante   | 54  | 5,6  |
| Misto  | 168 | 17,6 |
| Artificial   | 17  | 1,8  |
| Uso de chupeta aos 30 dias de vida (N=899)*                  |     |      |
| Sim  | 346 | 38,5 |
| Não  | 553 | 61,5 |

\*Variação de amostra devido à perda de dados.

**Tabela 3 – Associação entre contato pele a pele e variáveis materna e da criança, São Paulo, SP, Brasil, 2015. (N=959).**

| Variáveis da mulher                      | Contato pele-a-pele com mamada na primeira hora |      |            |      | p*           | OD <sup>†</sup> (IC 95%)† | p‡           |
|--|---|------|------------|------|--------------|---------------------------|--------------|
|  | Sim   |      | Não        |      |              |                           |              |
|  | N   | %    | N          | %    |              |                           |              |
| Idade (anos)                             |   |      |            |      | <b>0,002</b> |                           |              |
| Média (DP)                               | 27,7 (7,0)                                      |      | 29,2 (7,1) |      |              | <b>1,02 (1,00-1,04)</b>   | <b>0,000</b> |
| Situação conjugal                        |   |      |            |      | <b>0,552</b> | -                         | -            |
| Sem companheiro                          | 68  | 19,2 | 121        | 20,3 |              |                           |              |
| Com companheiro                          | 287   | 80,8 | 475        | 79,7 |              |                           |              |
| Escolaridade                             |   |      |            |      | <b>0,129</b> | -                         | -            |
| Ensino Fundamental                       | 142   | 39,7 | 227        | 38,4 |              |                           |              |
| Ensino Médio                             | 182   | 51,2 | 296        | 50   |              |                           |              |
| Ensino Superior                          | 28  | 7,9  | 68         | 11,4 |              |                           |              |
| Analfabeto                               | 4   | 1,2  | 1          | 0,2  |              |                           |              |
| Ocupação                                 |   |      |            |      | <b>0,054</b> | -                         | -            |
| Trabalha fora do lar                     | 192   | 55,3 | 360        | 61,7 |              |                           |              |
| Não trabalha                             | 155   | 44,7 | 223        | 38,3 |              |                           |              |
| Experiência anterior aleitamento materno |   |      |            |      | <b>0,463</b> | -                         | -            |
| Sim                                      | 168   | 47,3 | 262        | 44,9 |              |                           |              |
| Não                                      | 187   | 52,7 | 322        | 55,1 |              | -                         | -            |
| Tipo de parto                            |   |      |            |      | <b>0,000</b> |                           |              |
| Normal                                   | 203   | 56,9 | 200        | 33,2 |              |                           |              |
| Cesárea                                  | 129   | 36,1 | 353        | 58,6 |              | <b>2,82 (2,09-3,81)</b>   | <b>0,000</b> |
| Fórceps                                  | 25  | 7,0  | 49         | 8,2  |              | <b>1,82 (1,04-3,18)</b>   | <b>0,037</b> |

Tabela 3 – Cont.

| Variáveis da mulher                   | Contato pele-a-pele com mamada na primeira hora |      |             |      | p*           | OD <sup>†</sup> (IC 95%) <sup>†</sup> | p‡           |
|---------------------------------------|---|------|-------------|------|--------------|---------------------------------------|--------------|
|                                       | Sim   |      | Não         |      |              |                                       |              |
|                                       | N   | %    | N           | %    |              |                                       |              |
| Variáveis da criança                  |   |      |             |      |              |                                       |              |
| Sexo                                  |   |      |             |      | <b>0,610</b> | -                                     | -            |
| Feminino                              | 184   | 51,5 | 298         | 49,8 |              |                                       |              |
| Masculino                             | 173   | 48,5 | 300         | 50,2 |              |                                       |              |
| Apgar 1º minuto                       |   |      |             |      | <b>0,000</b> | -                                     | -            |
| ≤7                                    | 21  | 6,1  | 118         | 20,5 |              |                                       |              |
| 8 a 10                                | 326   | 93,9 | 458         | 79,5 |              | <b>0,27 (0,16-0,45)</b>               | <b>0,000</b> |
| Apgar 5º minuto                       |   |      |             |      | <b>0,018</b> |                                       |              |
| ≤7                                    | 1   | 0,3  | 13          | 2,3  |              | -                                     | -            |
| 8 a 10                                | 346   | 99,7 | 563         | 97,7 |              |                                       |              |
| Peso ao nascer                        |   |      |             |      | <b>0,000</b> |                                       |              |
| Média (SD)                            | 3.138 (450)                                     |      | 3.000 (554) |      |              | <b>0,99 (1,00-1,00)</b>               | <b>0,000</b> |
| Peso na alta hospitalar               |   |      |             |      | <b>0,000</b> | -                                     | -            |
| Média (SD)                            | 2.966 (429)                                     |      | 2.854 (505) |      |              |                                       |              |
| Tipo de aleitamento materno no 1º mês |   |      |             |      | <b>0,002</b> | -                                     | -            |
| Exclusivo                             | 267   | 82,1 | 402         | 73,9 |              |                                       |              |
| Predominante                          | 18  | 5,5  | 24          | 4,4  |              |                                       |              |
| Misto                                 | 34  | 10,5 | 111         | 20,4 |              |                                       |              |
| Artificial                            | 6   | 1,9  | 07          | 1,3  |              |                                       |              |
| Uso chupeta no 1º mês                 |   |      |             |      | <b>0,056</b> | -                                     | -            |
| Sim                                   | 114   | 34,4 | 233         | 40,9 |              |                                       |              |
| Não                                   | 217   | 65,6 | 337         | 59,1 |              |                                       |              |

\*Valor de p na análise univariada; ‡Valor de p na análise multivariada; †OR<sup>†</sup> = Odds Ratio, regressão logística ajustada na análise multivariada.

## DISCUSSÃO

A prevalência CPP com APH encontrada neste estudo (37,2%) está abaixo da média nacional identificada em 2008 (67,7%),<sup>10</sup> no entanto, próximo da média mundial (43%) apresentado pela UNICEF<sup>9</sup> e por uma publicação recente, que analisou a taxa de amamentação na primeira hora (31 a 60%) entre 2000 e 2013 de 57 países.<sup>13</sup> A baixa prevalência pode estar relacionada com a característica da maternidade, que atende mulheres de alto risco, elevando a ocorrência de parto cesariana e as condições de nascimento da criança.<sup>14</sup>

Os tipos de parto, cesariana e fórceps, apresentaram-se como fatores de risco para a prática do CPP com APH, assim como a menor idade materna. A análise multivariada mostrou que uma mulher exposta ao parto cesáreo tem quase três vezes mais risco de não realizar o CPP com APH, em relação às mulheres que tiveram parto normal. Este achado vai ao encontro de uma revisão sistemática que, em 11 dos 14 estudos investigados, identificou o parto cesáreo como o fator mais consistentemente associado a não realização do APH.<sup>15</sup> Os estudos têm confirmado este resultado mesmo em hospitais que adotam práticas que promovem o aleitamento materno.<sup>16-18</sup> Já em relação ao parto fórceps, observou-se maior risco da não realização do CPP/AHP, provavelmente devido à presença de analgesia, que pode interferir no tempo de amamentação precoce.<sup>19</sup>

As altas taxas de cesariana no país e intervenções no parto como: uso de ocitocina, rompimento da membrana amniótica precoce e outros procedimentos desnecessários têm sido uma preocupação nacional devido às consequências para a mulher e para a criança.<sup>20</sup> Assim, torna-se importante destacar a necessidade de discutir a assistência obstétrica quando se trata do incentivo ao CPP e APH.

Quanto à idade materna, a mulher mais jovem esteve associada a não realizar o CPP/APH, resultado também confirmado na literatura, em que as idades extremas estiveram ocasionalmente associadas ao maior risco de não amamentar, e a idade materna menor que 25 anos foi identificada como fator de risco para a não amamentação precoce.<sup>15</sup> É possível que esse achado esteja relacionado à maior inexperiência e insegurança entre essas mulheres, apesar de a mulher ter pouco ou nenhum poder de decisão acerca do CPP/APH e depender das rotinas das instituições e profissionais envolvidos.<sup>18</sup>

Um atual obstáculo a ser enfrentado no Brasil, devido à rotina institucional, para possibilitar o CPP/APH, por exemplo, é o desconhecimento do status sorológico do HIV, identificado como fator de risco para o início da amamentação que, apesar das normatizações nacionais para a prevenção e o controle dessa enfermidade, ainda ocorrem falhas e equívocos na prática assistencial.<sup>21</sup> O risco de transmissão do vírus por meio da amamentação é bem estabelecido, e a prática é contraindicada para as mulheres com diagnóstico confirmado.<sup>22</sup> Apesar disso, o desafio tem sido a promoção do aleitamento precoce para as mulheres que não foram acompanhadas no pré-natal e/ou **não realizaram** exames que comprovem a negatividade para a doença durante a gestação.<sup>23</sup> O teste rápido é usado como ferramenta para a identificação inicial da doença logo antes do parto, mas a rotina hospitalar pode atrasar o diagnóstico e interferir na prática da APH.<sup>21</sup>

Em relação aos fatores de proteção, o Apgar entre 8 e 10 no 1º minuto de vida da criança e maior peso ao nascer foram relacionados à prática do CPP com APH. O resultado coincide com aqueles identificados em uma revisão sistemática, no qual as intercorrências imediatas com o recém-nascido e consequente declínio da nota do boletim de Apgar aumentam o intervalo de tempo para a primeira mamada.<sup>24</sup>

Da mesma forma, o peso ao nascer da criança, quando adequado, esteve relacionado com a prática do CPP/APH e,<sup>24</sup> corroborando com esses achados, pesquisa realizada na Nigéria<sup>25</sup> e Nepal<sup>26</sup> também identificaram a relação de maior peso com a prática do aleitamento precoce. O peso ao nascer maior que 2.500 gramas mostra-se como fator protetor para amamentar na primeira hora.<sup>27</sup>

Sabe-se que a imaturidade pode limitar as habilidades necessárias para a adaptação da vida extrauterina da criança, o que diminui a chance do AM precoce<sup>15</sup> e aumenta a necessidade de intervenções para garantir a estabilidade da criança ao nascer.<sup>28</sup>

É no momento do nascimento e no pós-parto imediato que as práticas hospitalares podem interferir diretamente na construção da expectativa da mulher em ter sucesso e habilidade para amamentar.<sup>29</sup> Entende-se, portanto, que a assistência obstétrica tem impacto na viabilidade do CPP/APH, assim como a organização dos serviços de saúde que atende a mulher no parto,<sup>13</sup> e a necessidade de prepará-la para esta prática, que ainda mostra-se deficiente.<sup>30</sup> Nesse contexto, cabe ressaltar que a atuação dos profissionais de enfermagem merece destaque, pois tem participação constante e direta no cuidado e encaminhamento do binômio mãe-filho, durante e após o parto.<sup>30</sup>

No que se refere ao tipo de AM praticado, o AME foi estatisticamente maior no grupo dos recém-nascidos que realizaram o CPP/APH, quando comparado àquele com crianças que não realizaram essa prática. Esses dados corroboram com os achados de estudos internacionais, que identificaram que o CPP e a APH estiveram positivamente associados ao sucesso da primeira mamada, e o CPP viabilizou menor tempo para atingir o AM efetivo na primeira hora de vida, melhorando o nível de satisfação materna.<sup>3</sup>

No que se refere à continuação do AME, este tipo de AM no 1º mês de vida não teve impacto com a prática do contato e aleitamento precoce. Ao contrário do que foi identificado neste estudo, pesquisas mostram que o CPP e a APH estiveram associados à maior duração do AME no 1º mês de vida<sup>3,15</sup> e aos quatro meses de vida.<sup>3</sup> O estímulo precoce da criança na mama e em contato com a sua mãe favorece o estabelecimento de uma sucção efetiva,<sup>31</sup> em consequência positiva de sua continuidade na maternidade, e prolongamento do tempo de AME.<sup>15</sup>

Considerou-se como limitação do estudo a perda de alguns dados, devido à utilização de dados secundários. Por outro lado, a análise histórica das consultas realizadas no serviço de aleitamento especializado ofereceu maior volume de dados em menor tempo quando a realização de estudos prospectivos. Os dados possibilitaram a identificação de outros fatores associados ao CPP e a APH, além dos encontrados na literatura, que permitirão comparações em pesquisas futuras, assim como a atuação em estratégias para melhorar a prevalência desta prática no serviço.

Assim, apesar dos obstáculos para a efetivação do CPP e a APH, a atuação de uma equipe capacitada promovendo o CPP e o auxílio à primeira mamada, imediatamente após o parto, é essencial para o sucesso da implementação do 4º passo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, ou mesmo para instituições que não tenham o título, visto seu impacto na saúde materna e da criança a curto, médio e longo prazo.

## CONCLUSÃO

A prevalência do CPP com aleitamento na primeira hora (37,2%) está dentro da média mundial. As boas condições de nascimento da criança foram fatores protetores para a realização desta prática, enquanto a menor idade materna e os partos cesárea e fórceps demonstraram-se como fatores de risco. O AME no primeiro mês de vida da criança não teve impacto com a prática do contato e aleitamento precoce.

O preparo da equipe de saúde para atender a mulher na sala de parto é primordial para que a indicação de intervenções ao parto e as avaliações da condição de nascimento da criança sejam pertinentes para garantir o contato pele a pele e a amamentação na primeira hora de vida e, conseqüentemente, promover o estabelecimento do AME.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. WHO [Internet] 2017 [acesso 2018 Mai 26]. Disponível em: <http://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/breastfeeding-facilities-maternity-newborn/en/>
2. 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 Global Health* [Internet] 2017 [acesso 2018 Mai 26];7(2):020505. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.7189/jogh.07.020505>
3. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2016 [acesso 2018 Jun 02];11:CD003519
4. 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* [Internet] 2014 Jan-Mar [acesso 2015 Jan 05];58(1):22-6. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.4103/0019-557X.128160>
5. Saxton A, Fahy K, Rolfe M, Skinner V, Hastie C. Does skin-to-skin contact and breast feeding at birth affect the rate of primary postpartum haemorrhage: Results of a cohort study. *Midwifery* [Internet] 2015 [acesso 2018 Jun 02];31(11):1110-7. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2015.07.008>

6. Group NS. Timing of initiation, patterns of breastfeeding, and infant survival: prospective analysis of pooled data from three randomised trials. *Lancet Global Health* [Internet]. 2016 [acesso 2018 Jun 02];4(4):e266-75. Disponível em: [https://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(16\)00040-1](https://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(16)00040-1)
7. Siqueira FPC, Colli M. Prevalence of early contact between mother and newborn in a hospital Child Friend. *J Nurs UFPE online* [Internet] 2013 [acesso 2018 Mai 26];7(11):6455-61. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5205/reuol.3794-32322-1-ed.0711201319>
8. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MI, Vasconcellos AG. Factors associated with breastfeeding in the first hour of life. *Rev Saude Publica* [Internet] 2011 [acesso 2018 Mai 26];45(1):69-78. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010005000051>
9. United Nations International Children Emergency Fund (UNICEF). UNICEF data: monitoring the situation of children and women. The state of the world's children report. [Internet];UNICEF;2015 [acesso 2018 Mai 26]. Disponível em: <http://data.unicef.org/resources/the-state-of-the-worlds-children-report-2015-statistical-tables/>
10. Venancio SI, Escuder MM, Saldiva SR, Giugliani ER. Breastfeeding practice in the Brazilian capital cities and the Federal District: current status and advances. *J Pediatr* [Internet] 2010 [acesso 2018 Dez 28];86(4):317-24. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572010000400012>
11. Takahashi K, Ganchimeg T, Ota E, Vogel JP, Souza JP, Laopaiboon M, et al. Prevalence of early initiation of breastfeeding and determinants of delayed initiation of breastfeeding: secondary analysis of the WHO Global Survey. *Scientific Reports* [Internet] 2017 [acesso 2018 Mai 26];7:44868. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1038/srep44868>
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Estratégicas. DdAP. Bases para a discussão da política nacional de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Brasília, DF(BR): Ministério da Saúde;2017.
13. Oakley L, Benova L, Macleod D, Lynch CA, Campbell OMR. Early breastfeeding practices: Descriptive analysis of recent Demographic and Health Surveys. *Matern Child Nutr* [Internet] 2018 [acesso 2018 Mai 26];14(2):e12535. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1111/mcn.12535>
14. Reis ZS, Lage EM, Aguiar RA, Gaspar Jde S, Vitral GL, Machado EG. Association between risk pregnancy and route of delivery with maternal and neonatal outcomes. *Rev Bras Gineco Obstetrícia* [Internet] 2014 [acesso 2018 Mai 26];36(2):65-71. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032014000200004>
15. Esteves TM, Daumas RP, Oliveira MI, Andrade CA, Leite IC. Factors associated to breastfeeding in the first hour of life: systematic review. *Rev Saude Publica* [Internet] 2014 Ago [acesso 2018 Mai 26];48(4):697-708. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005278>
16. Sampaio AR, 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. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [Internet] 2016 [acesso 2018 Mai 26];25(2):281-90. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742016000200007>
17. Dudeja S, Sikka P, Jain K, Suri V, Kumar P. Improving First-hour Breastfeeding Initiation Rate After Cesarean Deliveries: A Quality Improvement Study. *Indian Pediatrics*. [Internet] 2018 [acesso 2018 Dez 28];55(9):761-4. Disponível em: <https://www.indianpediatrics.net/sep2018/761.pdf>
18. Antunes MB, Demitto MO, Soares LG, Radovanovic CAT, Higarashi IH, Ichisato SMT, et al. Amamentação na primeira hora de vida: conhecimento e prática da equipe multiprofissional. *Avances en Enfermería*. [Internet] 2017 [acesso 2018 Dez 28];35(1):19-29. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v35n1.43682>
19. Brimdyr K, Cadwell K, Widstrom AM, Svensson K, Neumann M, Hart EA, et al. The association between common labor drugs and suckling when skin-to-skin during the first hour after birth. *Birth*. [Internet] 2015 [acesso 2018 Dez 28];42(4):319-28. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1111/birt.12186>

20. Leal MDC, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cadernos de Saúde Pública*. [Internet] 2014 [acesso 2018 Dez 28];30: S17-S32. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151513>
21. Possolli GT, Carvalho ML, Oliveira MI. HIV testing in the maternity ward and the start of breastfeeding: a survival analysis. *J Ped*. [Internet] 2015 [acesso 2018 Dez 28];91(4):397-404. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1016/j.jpmed.2014.11.004>
22. Domingues R, Saraceni V, Leal MDC. Mother to child transmission of HIV in Brazil: Data from the "Birth in Brazil study", a national hospital-based study. *Public Library of Science one*. [Internet] 2018 [acesso 2018 Dez 28];13(2): e0192985. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0192985>
23. Oliveira MIC, Silva KSD, Gomes DM. Factors associated with submission to HIV rapid test in childbirth care. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet] 2018 [acesso 2018 Mai 26];23(2):575-84. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018232.11612016>
24. 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* [Internet] 2016 [acesso 2018 Mai 26];29(4):457-71. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1678-98652016000400002>
25. Berde AS, Yalcin SS. Determinants of early initiation of breastfeeding in Nigeria: a population-based study using the 2013 demographic and health survey data. *BMC Pregnancy and Childbirth*. [Internet] 2016 [acesso 2018 Mai 26];16:32. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1186/s12884-016-0818-y>
26. Khanal V, Scott JA, Lee AH, Karkee R, Binns CW. Factors associated with Early Initiation of Breastfeeding in Western Nepal. *Int J Environ Res Public Health*. [Internet] 2015 [acesso 2018 Mai 26];12(8):9562-74. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.3390/ijerph120809562>
27. Haghighi M, Taheri E. Factors associated with breastfeeding in the first hour after birth, in baby friendly hospitals, Shiraz-Iran. *Int J Pediatrics* [Internet] 2015 [acesso 2018 Dez 28];3(21):889-92. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.22038/IJP.2015.4720>
28. Arnon S, Dolfin T, Reichman B, Regev RH, Lerner-Geva L, Boyko V, et al. Delivery room resuscitation and adverse outcomes among very low birth weight preterm infants. *J Perinatol* 2017 [acesso 2018 Dez 28];37(9):1010-6. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1038/jp.2017.99>
29. Guimarães CMS, Conde RG, Brito BC, Gomes-Sponholz FA, Oriá MOB, Monteiro JCS. Comparison of breastfeeding self-efficacy between adolescent and adult mothers at a maternity hospital in Ribeirão Preto, Brazil. *Texto Contexto Enfermagem* [Internet] 2017 [acesso 2018 Jul 15];26(1): e4100015. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017004100015>
30. D'Artibale EF, Bercini LO. Early contact and breastfeeding: meanings and experiences. *Texto Contexto Enfermagem* [Internet] 2014 [acesso 2018 Jul 15];23(1):109-17. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072014000100013>
31. 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 and Childbirth*. [Internet]. 2014 Jan [acesso 2017 Jan 05];14:20. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-14-20>

## NOTAS

### ORIGEM DO ARTIGO

Artigo extraído da dissertação - O contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida e sua influência na prática da amamentação, apresentado ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, em 2015.

### CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Saco MC, Abrão ACFV.

Coleta de dados: Saco MC, Abrão ACFV.

Análise e interpretação dos dados: Saco MC, Coca KP, Abrão ACFV.

Discussão dos resultados: Saco MC, Coca KP, Abrão ACFV.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Saco MC, Coca KP, Abrão ACFV, Marcacine KO, Abuchaim ESV.

Revisão e aprovação final da versão final: Saco MC, Coca KP, Abrão ACFV, Marcacine KO, Abuchaim ESV.

### AGRADECIMENTO

Para a enfermeira Bárbara Tideman Sertório Camargo, que contribuiu com a coleta de dados. Estudo realizado no Ambulatório de aleitamento materno da UNIFESP – Centro Ana Abrão - Assistência, Ensino e Pesquisa em Aleitamento Materno e Banco de Leite Humano, São Paulo, Brasil.

### FINANCIAMENTO

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

### APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo sob o número 907.103/14, CAAE: 37542414.2.0000.5505

### CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

### HISTÓRICO

Recebido: 17 de julho de 2018

Aprovado: 08 de março de 2019

### AUTOR CORRESPONDENTE

Márcia Carneiro Saco

ma\_boaro@yahoo.com.br

