






Contato imediato entre mãe e recém-nascido na primeira hora de vida: um estudo transversal*

Immediate contact between mother and newborn in the first hour of life: a cross-sectional study

Como citar este artigo:

Monteiro BR, Silva VGF, Bezerra CDS, Pinto ESG, Souza NL. Immediate contact between mother and newborn in the first hour of life: a cross-sectional study. Rev Rene. 2023;24:e81594. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20232481594>

 Bruna Rodrigues Monteiro¹
 Valéria Gomes Fernandes da Silva¹
 Cinthia Daniele da Silva Bezerra¹
 Erika Simone Galvão Pinto¹
 Nilba Lima de Souza¹

*Extraído da dissertação “Fatores intervenientes no contato pele a pele entre mãe e bebê na hora dourada”, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2019.

¹Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN, Brasil.

Autor correspondente:

Bruna Rodrigues Monteiro
Rua Monsenhor José Edson Monteiro, 36
Vale do Sol. CEP: 59143-042.
Parnamirim, RN, Brasil.
E-mail: brunarenfermeira@gmail.com

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

EDITOR CHEFE: Ana Fatima Carvalho Fernandes

EDITOR ASSOCIADO: Renan Alves Silva

RESUMO

Objetivo: comparar as características populacionais e assistenciais de adesão ao contato imediato entre mãe e recém-nascido na primeira hora de vida em duas maternidades públicas de risco habitual. **Métodos:** trata-se de um estudo transversal, do qual participaram 105 mães que tiveram parto normal e seus respectivos recém-nascidos na primeira hora de vida em duas maternidades com unidades de Pré-parto, Parto e Puerpério. Para a pesquisa, utilizou-se um instrumento com 36 questões baseadas nas Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. A análise foi baseada no teste Qui-quadrado de homogeneidade e teste Exato de Fisher, para comparar a assistência prestada nas maternidades. **Resultados:** ambas as maternidades atenderam aos binômios de risco habitual. Quanto à assistência prestada, apenas a maternidade federal promoveu o incentivo ao contato imediato entre mãe e recém-nascido na primeira hora de vida, além de favorecer 7,1% (n=3) dos binômios com a hora dourada de forma correta e significativa (p=0,037). **Conclusão:** apesar da similaridade do perfil da assistência, apenas uma maternidade realizou a hora dourada, sendo necessária a inserção das boas práticas nas maternidades. **Contribuições para a prática:** por meio da observação direta da assistência prestada ao binômio, identificaram-se lacunas no formato e durabilidade do contato imediato nas maternidades. **Descritores:** Relações Mãe-Filho; Maternidades; Recém-Nascido; Atenção à Saúde.

ABSTRACT

Objective: to compare population and care characteristics of adherence to immediate contact between mother and newborn in the first hour of life in two public maternity hospitals at usual risk. **Methods:** cross-sectional study with 105 mothers after normal delivery and their respective newborns in the first hour of life in two maternity hospitals with Prepartum, Labor, and Puerperium units. We used an instrument with 36 questions based on the National Guidelines of Assistance to Normal Birth. Analysis was based on the chi-square test for homogeneity and Fisher's exact test to compare the assistance provided in maternity hospitals. **Results:** both maternity hospitals attended the usual risk binomials. Regarding the assistance provided, only the federal maternity promoted encouragement of immediate contact between mother and newborn in the first hour of life, besides favoring 7.1% (n=3) of the binomials with the golden hour in a correct and significant way (p=0.037). **Conclusion:** despite the similarity of the assistance profile, only one maternity hospital performed the golden hour, being necessary the insertion of good practices in maternity hospitals. **Contributions to practice:** direct observation of the assistance provided to binomial identified gaps in the format and durability of the immediate contact in maternity hospitals. **Descriptors:** Mother-Child Relations; Hospitals, Maternity; Infant, Newborn; Delivery of Health Care.

Introdução

O contato pele a pele imediato entre mãe e recém-nascido na primeira hora de vida, denominada hora dourada, é uma prática recomendada em nível internacional pela Organização Mundial da Saúde e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância⁽¹⁾. Visa à redução do número de intervenções e se trata de uma tecnologia leve livre de danos conforme evidências científicas no eixo parto e nascimento⁽²⁾.

Entre os benefícios, o contato pele a pele favorece a promoção do aleitamento materno, a regulação dos sinais vitais e do metabolismo, o vínculo com a genitora, a redução do choro e fatores estressores no parto/nascimento⁽²⁻³⁾. Como facilitador do contato pele a pele, é possível elencar o parto de risco habitual e a presença de profissionais habilitados para as boas práticas no cenário da assistência⁽²⁾.

No Brasil, como forma de aprimorar a assistência e inovar em relação ao cuidado da obstetrícia e da neonatologia, a existência de projetos voltados para o aprimoramento da prática passaram a existir, entre eles, o projeto de Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (Apice ON)⁽²⁾, existente desde 2017 cujo objetivo é voltado para a mudança da assistência prestada pelos profissionais de saúde na sala de parto.

Apesar das evidências retratarem o benefício da prática e estímulos governamentais, a assistência à mãe e ao recém-nascido é caracterizada pela sobrecarga das rotinas hospitalares, número reduzido de profissionais na assistência e desconhecimento do profissional de saúde, da parturiente e família sobre a prática e a importância do contato pele a pele⁽⁴⁻⁵⁾. No mesmo seguimento, a dificuldade de as maternidades registrarem no prontuário a execução da prática, a sua duração e o segmento do cuidado desenvolvido na hora dourada, não sendo possível formar um indicador da assistência⁽⁶⁾.

E, quando comparado à assistência prestada nas maternidades em diferentes regiões do Brasil, ve-

rifica-se no contexto geral a desigualdade no atendimento ao parto, principalmente, quando as mães são representadas por mulheres pobres, além de vivenciar a peregrinação na busca da assistência e a violência obstétrica durante a interação gestantes e profissional na assistência ao parto⁽⁷⁾.

É evidente nos achados a fragilidade da assistência prestada no cenário do parto e nascimento no contexto ampliado, além disso, verifica-se a necessidade de compreender se a assistência prestada difere, de acordo com o perfil da população que busca o serviço, com àquele que é associado à prática do contato pele a pele. Como papel imprescindível na assistência à mãe e ao recém-nascido, faz-se necessário o conhecimento detalhado do processo de trabalho prestado ao binômio, de forma a medir a qualidade da assistência prestada à instituição⁽⁸⁾.

Na busca de uma experiência positiva para o parto e nascimento, num modelo de cuidado centrado nas necessidades da mulher no ato de parir e na redução da violência neonatal, fazem-se necessárias investigações que retratem a adesão das maternidades ao estímulo do contato imediato entre mãe e recém-nascido na hora dourada como também à assistência prestada, e, ainda, que possam mostrar se diferem, conforme o perfil da população que busca o serviço.

Com base nessas considerações, o presente estudo questiona: Qual a adesão do contato imediato entre mãe e recém-nascido na primeira hora de vida em duas maternidades públicas? E, teve como objetivo: comparar as características populacionais e assistenciais de adesão ao contato imediato entre mãe e recém-nascido na primeira hora de vida em duas maternidades públicas de risco habitual.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal, sustentado pela ferramenta *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE). A coleta ocorreu entre maio e julho de 2019 em duas materni-

dades de risco habitual, localizadas no Estado do Rio Grande do Norte, Brasil.

Ambas as maternidades foram elegíveis para o estudo por terem características em comum no aspecto da assistência ao parto normal de risco habitual, além de normas voltadas para uma assistência baseada nas boas práticas obstétricas, presença do enfermeiro obstetra no cenário do parto e estrutura física para a assistência no formato de Pré-Parto, Parto e Puerpério (PPP). Em relação às diferenças, as maternidades são de natureza jurídica diferente, sendo uma maternidade estadual, localizada na capital do estado, região metropolitana, enquanto a segunda é considerada como maternidade-escola, integrante do projeto Apice ON e localizada no interior do estado, de natureza jurídica federal.

A pesquisa considerou como população as parturientes em trabalho de parto normal de risco habitual. Para a amostra, houve o levantamento numérico de partos normais inseridos no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) no ano de 2020, correspondente às maternidades participantes da pesquisa. Ao todo, ambas as maternidades, no período correspondente ao tempo da pesquisa de três meses (maio a julho de 2020), tiveram a média de 154 partos na maternidade estadual e 136 partos na federal e, a partir da amostra não probabilística, aferiram-se, ao todo, 105 mães que tiveram parto normal com seus respectivos filhos, sendo 63 da maternidade estadual e 42 da federal.

O estudo adotou como critérios de inclusão: parturientes com idade gestacional ≥ 37 semanas, de risco habitual e puérperas que estavam na primeira hora pós-parto normal. Foram excluídas: parturientes de risco habitual internadas para cesariana e que, na iminência do parto normal, tiveram a necessidade da cesariana.

A coleta ocorreu por conveniência e por meio da observação direta da puérpera no pós-parto normal e do recém-nascido na primeira hora de vida até a finalização da hora dourada por quatro pesquisado-

ras alocadas semanalmente nas unidades de PPP das duas maternidades, as quais foram niveladas quanto ao uso do formulário com base em treinamentos, a fim de evitar vieses de mensuração, e, no seguimento, o uso do teste KAPPA, para confirmar coerência e habilidade, tendo concordância substancial de 0,8 entre as observadoras.

Como forma de evitar um potencial confundidor e modificador dos resultados decorrente da observação, apenas as gerências das maternidades tiveram ciência do objetivo da pesquisa, tendo, inicialmente, desconfiança por parte da equipe que prestava assistência direta ao binômio. Apesar do receio inicial da equipe, os dados evidenciam que, durante o período da coleta, não foram observadas mudanças no perfil da assistência prestada nas unidades de PPP.

Para compor o formulário, utilizaram-se as orientações inseridas nas Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal⁽²⁾, totalizando 36 questões com variáveis que favorecem/retardam o contato imediato entre mãe e recém-nascido na primeira hora de vida. As Diretrizes regem a assistência obstétrica nas maternidades públicas e têm como objetivo fornecer orientações a todos os envolvidos no cuidado, no intuito de incentivar o parto normal e o nascimento sem risco ao binômio.

O instrumento só foi aplicado após ser realizado o pré-teste em uma maternidade de risco habitual e confirmada adequação aos objetivos propostos do estudo. Assim o instrumento consistiu em quatro seções: a primeira voltada para a caracterização socioeconômica e clínica dos participantes (parturientes e recém-nascidos); a segunda referente à caracterização do contato imediato nas maternidades com variáveis voltadas para o tempo do contato (início e duração) e forma do contato, além do período para retorno do recém-nascido ao colo materno; a terceira representa os elementos intervenientes que influenciaram o início/continuidade da hora dourada; e a quarta seção faz referência aos profissionais atuantes no término da hora dourada e início do contato tardio.

A coleta dos dados só iniciou após terem sido informados às participantes o objetivo, risco e benefícios da pesquisa, além da devida assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pela parturiente ou, quando se tratava de a participante ser menor de idade, pelo seu responsável,

Para proceder à análise dos dados obtidos e aos devidos registros, foi utilizado o *software* SPSS. A análise descritiva com frequência percentual foi adotada para caracterizar o perfil socioeconômico e clínico dos participantes. Para a similaridade das maternidades, utilizou-se o teste Qui-quadrado de homogeneidade, e o teste Exato de Fisher para comparar o perfil socioeconômico e clínico das parturientes, a caracterização do contato imediato nas maternidades, os elementos intervenientes que influenciaram o início/durabilidade da hora dourada e os profissionais atuantes no término da hora dourada. Foram considerados fatores significantes àqueles com significância de 5% ($p < 0,05$).

A pesquisa seguiu a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte sob o Parecer nº 3.187.286/2019 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética número 53254521.5.0000.5537.

Resultados

Na caracterização socioeconômica das parturientes, evidencia-se na Tabela 1 que as parturientes tinham idade entre 19 e 30 anos, autodeclararam-se de cor parda, com ensino médio, com companheiro, renda mensal de um salário-mínimo, e que procediam da cidade, sede da maternidade. Ao comparar a distribuição do perfil das maternidades, o teste de homogeneidade foi significativo para procedência ($p < 0,001$) e renda mensal ($p = 0,017$), indicando diferença entre as maternidades quanto à procedência e renda mensal.

Tabela 1 – Caracterização socioeconômica das parturientes (n=105). Natal e Santa Cruz, RN, Brasil, 2019

Variáveis	Maternidades		p-valor
	Estadual n (%)	Federal n (%)	
Idade (anos)			
15 a 18	16(25,4)	7(16,7)	
19 a 30	38(60,3)	28(66,6)	0,568*
31 a 45	9(14,3)	7(16,7)	
Cor da pele			
Branca	19(30,2)	10(23,8)	
Preta	3(4,7)	1(2,4)	0,605†
Parda	41(65,1)	31(73,8)	
Escolaridade			
Analfabeto	0(0,0)	1(2,4)	
Ensino fundamental	23(36,5)	14(33,3)	0,400†
Ensino médio	35(55,6)	26(61,9)	
Ensino superior	5(7,9)	1(2,4)	
Estado civil			
Sem companheiro	11(17,5)	6(14,3)	0,665*
Com companheiro	52(82,5)	36(85,7)	
Renda mensal (salário mínimo)			
Nenhuma	0(0,0)	3(7,1)	
Até 1	48(76,2)	35(83,4)	0,017†
De 2 a 3	15(23,8)	4(9,5)	
Procedência			
Cidade sede	61(96,8)	4(9,5)	<0,001*
Cidade adjacente	2(3,2)	38(90,5)	

*Teste Qui-quadrado para comparação de homogeneidade entre as maternidades; †Teste Exato de Fisher

Na caracterização clínica, 56 (53,3%) das parturientes realizaram de seis a nove consultas de pré-natal, 71 (67,6%) não tiveram intercorrências na gravidez e 100 (95,2%) não apresentaram nenhuma alteração sorológica. Ao comparar as maternidades, não houve significância entre elas ($p > 0,05$), indicando similaridade do perfil do atendimento no teste de homogeneidade.

Com relação à caracterização clínica dos recém-nascidos no nascimento, através do teste Exato de Fisher foi evidenciado que os recém-nascido tiveram APGAR entre 8-10 no primeiro minuto e, APGAR entre 8-10 no quinto minuto de vida. Em relação ao aspecto do peso no intervalo de até duas horas após

o parto, não foi observado o registro do peso, exceto para a maternidade federal que realizou a pesagem dos recém-nascidos neste intervalo de tempo, e, em relação ao aspecto das malformações identificadas na hora do parto, estas foram ausentes para ambas as maternidades. O teste de homogeneidade foi significativo para o peso ($p < 0,001$), indicando diferença entre as maternidades.

Tabela 2 – Caracterização clínica dos recém-nascidos relacionada ao nascimento (n=105). Natal e Santa Cruz, RN, Brasil, 2019

Variáveis	Maternidades		p-valor [†]
	Estadual n (%)	Federal n (%)	
Boletim APGAR 1º minuto			
0 a 3	0 (0,0)	3 (7,1)	0,180
4 a 6	7 (11,1)	3 (7,1)	
7	3 (4,8)	3 (7,1)	
8 a 10	53 (84,1)	33 (78,7)	
Boletim APGAR 5º minuto			
4 a 6	1 (1,6)	0 (0,0)	0,827
7	4 (6,3)	4 (9,5)	
8 a 10	58 (92,1)	38 (90,5)	
Peso (gramas)			
Sem informação	62 (98,4)	18 (42,8)	<0,001
500 a 2.500	0 (0,0)	1 (2,4)	
2.500 a 4.500	1 (1,6)	22 (52,4)	
> 4.500	0 (0,0)	1 (2,4)	
Malformação identificada na hora do parto			
Ausente	50 (79,4)	39 (92,9)	0,118
Dedos extranumerários	1 (1,6)	0 (0,0)	
Não informado	12 (19,0)	3 (7,1)	

[†]Teste Exato de Fisher

Durante a observação da assistência prestada pelos profissionais de saúde no cenário de parto, identificou-se que a maternidade estadual não executava a pesagem do recém-nascido na primeira hora de vida.

Em alusão à caracterização do contato imediato nas maternidades investigadas, a Tabela 3 evidencia que ambas as maternidades iniciaram, imediatamente, o contato entre mãe e recém-nascido, contudo, a forma de execução do contato imediato foi no formato contato pele-pano e com duração de um a cinco mi-

nutos. Depois que ocorre a separação, o tempo de retorno do recém-nascido ao contato foi no intervalo de 31-60 minutos.

Ao comparar as maternidades, o teste Qui-quadrado de homogeneidade foi significativo apenas na duração do contato imediato ($p = 0,037$). Por outro lado, é possível observar na mesma tabela que a maternidade federal, embora tivesse apresentado interferência na duração do contato imediato, apresenta melhores resultados no incentivo à hora dourada entre mãe e recém-nascido, o que favoreceu três (7,1%) recém-nascidos ao contato por 60 minutos no formato pele a pele.

Tabela 3 – Caracterização do contato pele a pele imediato nas maternidades (n=105). Natal e Santa Cruz, RN, Brasil, 2019

Variáveis	Maternidades		p-valor*
	Estadual n (%)	Federal n (%)	
Início do contato imediato (minutos)			
Imediatamente	51 (81,0)	39 (92,8)	0,274
5 – 20	6 (9,5)	2 (4,8)	
>60	6 (9,5)	1 (2,4)	
Forma de execução do contato imediato			
Não executado	6 (9,5)	1 (2,4)	0,302
Contato pele a pele	21 (33,3)	18 (42,8)	
Contato pele-pano	36 (57,2)	23 (54,8)	
Duração do contato imediato (minutos)			
Contato imediato não executado	6 (9,5)	1 (2,4)	0,037
1 a 5	54 (85,7)	33 (78,6)	
6 a 59	3 (4,8)	5 (11,9)	
60	0 (0,0)	3 (7,1)	
Tempo de retorno do recém-nascido para o contato (minutos)			
Até 10	11 (17,5)	6 (14,3)	0,592
11 a 20	17 (27,0)	8 (19,0)	
21 a 30	5 (7,9)	6 (14,3)	
31 a 60	30 (47,6)	22 (52,4)	

*Teste Qui-quadrado para comparação de homogeneidade entre as maternidades

Em relação aos elementos intervenientes na hora dourada, a Tabela 4, por meio do teste Qui-quadrado para homogeneidade, evidencia a ausência de elementos intervenientes para o início da hora doura-

da, contudo, a durabilidade da hora dourada foi interrompida para a execução de procedimentos no recém-nascido e a variável é observada por mais de 50% dos binômios que receberam assistência em ambas as maternidades. Ao comparar as maternidades, verifica-se homogeneidade significativa apenas para elementos que intervieram no início da hora dourada ($p=0,017$), indicando diferença entre as maternidades.

Tabela 4 – Elementos intervenientes que influenciaram o início/continuidade da hora dourada (n=105). Natal e Santa Cruz, RN, Brasil, 2019

Variáveis	Maternidades		p-valor*
	Estadual n (%)	Federal n (%)	
Elementos que intervieram no início da hora dourada			
Ausência de elementos intervenientes	51(81,0)	39(92,8)	
Intercorrências no recém-nascido	6(9,5)	1(2,4)	0,017
Procedimentos no recém-nascido	6(9,5)	0(0,0)	
Outros fatores (Recusa materna)	0(0,0)	2(4,8)	
Elementos que intervieram na durabilidade da hora dourada			
Outros elementos (elementos estruturais)	2 (3,2)	0 (0,0)	
Procedimentos maternos	4 (6,3)	1 (2,4)	
Sem fatores responsáveis	6 (9,5)	5 (11,9)	0,218
Intercorrência no recém-nascido	6 (9,5)	10(23,8)	
Procedimentos no recém-nascido	45 (71,5)	26(61,9)	

*Teste Qui-quadrado para comparação de homogeneidade entre as maternidades

Em relação aos profissionais atuantes no término da hora dourada, verifica-se que em ambas as maternidades o pediatra interveio na durabilidade do contato entre mãe e recém-nascido, sendo o responsável pelo término da hora dourada.

Enquanto que a equipe de enfermagem (enfermeiros obstetra, generalista e técnico de enfermagem) foi a responsável pelo início do contato tardio, seguido da ausência de pessoas que foram favorecidas pelo contato tardio, mantendo o recém-nascido no berço aquecido durante a hora dourada conforme evidenciado na Tabela 5. O teste de homogeneidade da distribuição não foi significativo nos elementos ana-

lisados ($p>0,05$), indicando que as características são semelhantes nos dois hospitais analisados.

Tabela 5 – Profissionais atuantes no término da hora dourada e início do contato tardio nas maternidades (n=105). Natal e Santa Cruz, RN, Brasil, 2019

Variáveis	Maternidades		p-valor
	Estadual n (%)	Federal n (%)	
Responsável pelo término da hora dourada			
Equipe de enfermagem	1 (1,6)	2 (4,8)	
Acompanhante/Pai	2 (3,2)	0 (0,0)	
Obstetrícia	2 (3,2)	2 (4,8)	0,698*
Nenhum profissional	6 (9,5)	5 (11,8)	
Pediatra	52 (82,5)	33 (78,6)	
Responsável pelo início do contato tardio			
Puérpera	2 (3,2)	1 (2,4)	
Acompanhante	3 (4,8)	2 (4,8)	
Pediatra	9 (14,3)	7 (16,6)	0,972†
Não observado	21 (33,3)	16 (38,1)	
Equipe de enfermagem	28 (44,4)	16 (38,1)	

*Teste Qui-quadrado para comparação de homogeneidade entre as maternidades; †Teste Exato de Fisher

Discussão

Em relação às condições socioeconômicas, os resultados evidenciam que as parturientes admitidas nas maternidades diferenciavam no aspecto da renda mensal e procedência. Essa diferença corresponde ao perfil da Região de Saúde⁽⁹⁾, na qual ambas as maternidades estão inseridas, ou seja, enquanto a maternidade federal pertence à Região de Saúde que envolve 21 municípios e tem renda mensal de 1,6 salários mínimos, a maternidade estadual corresponde à Região que integra cinco municípios e tem renda mensal de três salários mínimos⁽¹⁰⁾, tendo, assim, diferença quanto à renda mensal e procedência.

Apesar das diferenças pontuadas entre as maternidades, verifica-se similaridade das parturientes nas condições obstétricas, consideradas gestantes de risco habitual e com média de seis a nove consultas de pré-natal. Relacionado ao pré-natal, o estímulo do contato pele a pele entre os binômios nas maternida-

des se torna favorável quando superior a quatro consultas⁽¹¹⁾. Contudo, existem estudos que evidenciam que, ainda existem lacunas na assistência ao pré-natal e, portanto, na educação e na produção de conhecimento das gestantes⁽¹²⁾. Verifica-se que, apesar de a média de consultas de pré-natal ser superior ao recomendado, a oportunidade de vivenciar o contato pele a pele com seu recém-nascido na primeira hora de vida esteve relacionado à maternidade.

Em contraponto a isso, apesar da ausência de elementos intervenientes para início do contato imediato, verifica-se que a maternidade estadual executa procedimentos no recém-nascido ante o contato imediato, e ambas as maternidades, de forma similar, finalizam a prática para executar procedimentos no recém-nascido. Tal prática é apontada em investigações que evidenciam a execução de procedimentos sem recomendações científicas durante a hora dourada e a realização incorreta da prática no formato pele-pano⁽¹³⁾.

Em um grupo de 108 binômios, 42% dos recém-nascidos que foram submetidos aos cuidados de rotina na maternidade apresentaram hipotermia, enquanto que apenas 2% dos que vivenciaram, imediatamente, o contato pele a pele tiveram hipotermia⁽¹⁴⁾. Já um grupo envolvendo 95 lactantes com idade gestacional de 38 semanas e que vivenciaram a prática na hora dourada não tiveram impactos negativos relacionados à prática, além de apresentarem parâmetro fisiológico estável e vigília⁽¹⁵⁾.

É importante enfatizar que o contato pele a pele imediato entre mãe e recém-nascido na primeira hora de vida corresponde à adaptação do mesmo à vida extrauterina, ou seja, ao “novo mundo” fora do útero⁽⁴⁾. Os que vivenciaram a hora dourada com sua genitora apresentaram estabilidade cardiovascular, manutenção da temperatura corporal, maior nível de glicose no sangue, redução do choro, aumento na taxa da primeira lactação e sucesso nesse processo em longo prazo⁽¹⁶⁻¹⁷⁾, não havendo, assim, necessidade de separar mãe e recém-nascido se ambos têm condições clínicas favoráveis.

Apesar dos inúmeros benefícios da prática, ainda assim se faz presente a interrupção precoce da hora dourada com retorno tardio do recém-nascido ao colo materno conforme evidenciado nesta investigação. Assim se faz necessário executar orientações que estimulem uma assistência que priorize tal prática em vista da necessidade de execução de procedimentos⁽²⁻³⁾. No aspecto profissional, os resultados evidenciam que há homogeneidade entre as maternidades tanto do profissional responsável pelo término da hora dourada, representada pelo pediatra, quanto do responsável pelo início do contato tardio, representado pela equipe de enfermagem, sendo, assim, questionável a existência de paradigmas na assistência neonatal.

A inserção do profissional na assistência imediata ao recém-nascido na primeira hora de vida é essencial, contudo, faz-se necessário executar uma avaliação clínica que difunda e favoreça o contato pele a pele imediato como prática benéfica ao binômio, adiando procedimentos passíveis de serem realizados em recém-nascidos com estabilidade clínica e APGAR >8⁽¹⁸⁾ conforme evidenciado no estudo. Acredita-se que cabe à equipe se sobrepor às questões estruturais que desumanizam o nascimento, e valorizar as recomendações nacionais e internacionais voltadas para a experiência positiva do parto e nascimento⁽²⁾.

Em ambas as maternidades o serviço de enfermagem obstétrica é ofertado, entretanto, os dados evidenciaram uma reduzida participação deste profissional no parto fisiológico e na assistência imediata ao recém-nascido devido à resistência dos serviços de saúde para atuação da Enfermagem Obstétrica e à persistência do modelo hospitalocêntrico. É importante enfatizar que, ao longo dos anos, a presença da enfermagem obstétrica⁽¹⁹⁾ e do acompanhamento de escolha da própria rede de apoio da gestante⁽²⁰⁾ na assistência ao parto e nascimento favorecem a prática do contato pele a pele imediato.

Apesar dos benefícios da presença do acompanhante⁽²⁰⁾, verifica-se, de acordo com os resultados do estudo, a atuação em maior quantidade dos profissio-

nais de saúde no cenário do nascimento fisiológico. O que condiz com a hegemonia dos profissionais na assistência ao parto/nascimento em maternidades, e, quando associado ao desconhecimento dos direitos reprodutivos, as mulheres ficam vulneráveis à rotina das maternidades e com sua autonomia reduzida no processo parturitivo, o que favorece a descontinuidade da hora dourada^(5,17).

No presente estudo, destaca-se que apenas a maternidade integrante do projeto Apice On foi a única que possibilitou a hora dourada em três recém-nascidos. Treinamentos em serviço baseados em simulação realística e educação continuada dos profissionais de saúde geram mudanças significativas na assistência e na implementação de práticas baseadas em evidências⁽²¹⁾, atuando, assim, como uma atividade que possa favorecer o contato pele a pele entre mãe e recém-nascido nas realidades das maternidades.

Limitações do estudo

No estudo, foram identificadas limitações relacionadas à equipe atuante na assistência, a qual, inicialmente, manifestou atitudes de desconfiança em relação aos investigadores do estudo. Ante tal situação, todas as observações foram mantidas com a mesma postura dos observadores de forma a não intervir na assistência. Em relação aos pesquisadores, não foi possível observar partos simultâneos e permanecer na maternidade em sistema de plantão devido à quantidade reduzida de observadores. Voltado para o binômio, o estudo evidenciou, ainda, o contato pele a pele executado incorretamente e no intervalo reduzido. E, no seguimento, o envolvimento da maternidade como integrante do projeto Apice ON, o qual requer a necessidade de produções de evidências, a fim de retratar um novo modelo de assistência que vem sendo implementado nas maternidades-escolas.

Contribuições para a prática

Como relevância, o estudo atuou de forma pioneira, por ter realizado, de forma transversal, a ob-

servação direta da assistência prestada ao binômio em duas maternidades públicas de risco habitual, no intervalo de uma hora, de forma ininterrupta. Através da observação direta da assistência prestada ao binômio identificou lacunas no formato do contato e o baixo percentual de recém-nascidos que vivenciaram o contato pele a pele imediato na íntegra, com isso possibilita aos profissionais discussões sobre a execução da prática do contato pele a pele entre mãe e recém-nascido nas maternidades e a inserção de profissionais no cenário do parto e nascimento que contribua na prática.

Conclusão

O estudo, através da observação direta da assistência prestada ao binômio, identificou, de forma pontual, tentativas de estímulo ao contato imediato, nas maternidades, com unidades de Pré-parto, Parto e Puerpério, além disso foi observado que, apesar da diferença entre as maternidades quanto à procedência e renda mensal das mães, a oportunidade do contato esteve relacionada à maternidade, e não ao perfil das mães e dos recém-nascidos que estiveram na maternidade. Os achados reafirmaram que apenas uma maternidade cumpriu a hora dourada conforme recomendações ministeriais. Espera-se que essa pesquisa possa suscitar discussões e revisões sobre boas práticas executadas na maternidade.

Agradecimentos

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) – Código de Financiamento 00.

Contribuição dos autores

Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; Concordância em ser responsável por todos os aspectos relacionados à precisão ou integridade de qualquer parte do manuscrito a serem investigadas e resolvidas adequadamente: Monteiro BR.

Redação do manuscrito; Concordância em ser responsável por todos os aspectos do manuscrito relacionados à precisão ou integridade de qualquer parte do manuscrito a serem investigadas e resolvidas adequadamente: Silva VGF.

Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados: Bezerra CDS.

Revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e Aprovação final da versão a ser publicada: Pinto ESG, Souza NL.

Referências

- World Health Organization (WHO). Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-friendly Hospital Initiative [Internet]. 2018 [cited Dec. 21, 2022]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272943/9789241513807eng.pdf?sequence=19&isAllowed=y>
- Mendes YMMB, Rattner D. Structure and practices in hospitals of the Apice ON Project: a baseline study. *Rev Saúde Pública*. 2020;54:23. doi: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001497>
- Widström AM, Brimdyr K, Svensson K, Cadwell K, Nissen E. Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. *Acta Paediatr*. 2019;108(7):1192-204. doi: <https://doi.org/10.1111/apa.14754>
- Alenchery AJ, Thoppil J, Britto CD, Onis JV, Fernandez L, Rao PNS. Barriers and enablers to skin-to-skin contact at birth in healthy neonates - a qualitative study. *BMC Pediatr*. 2018;18(1):48. doi: <https://doi.org/10.1186/s12887-018-1033-y>
- Mbalinda S, Hjelmstedt A, Nissen E, Odongkara BM, Waiswa P, Svensson K. Experience of perceived barriers and enablers of safe uninterrupted skin-to-skin contact during the first hour after birth in Uganda. *Midwifery*. 2018;67:95-102. doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.09.009>
- Alcântara NAS, Pereira TJ. Obstetric practices in childbirth care and usual risk birth. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2021;21(3):761-71. doi: <https://doi.org/10.1590/1806-93042021000300003>
- Moraes LMV, Simões VMF, Carvalho CA, Batista RFL, Alves MTSSB, Thomaz EBAF, et al. Fatores associados à peregrinação para o parto em São Luís (Maranhão) e Ribeirão Preto (São Paulo), Brasil: uma contribuição da coorte BRISA. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(11):e00151217. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151217>
- Oliveira O, Reges RC, Capiche S. Bem-estar da puérpera no atendimento ao parto em uma maternidade municipal no norte do Brasil. *Rev Eletr Acervo Saúde*. 2022;15(2):e9452. doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e9452.2022>
- Ferreira IRS, Simões TC, Resende EB, Rodrigues WTS, Silva PEF, Santos J, et al. Homicídios femininos no estado do Rio Grande do Norte e suas regiões de saúde no período de 2000 a 2016. *Cad Saúde Coletiva*. 2021;29(spe):92-102. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X202199010361>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades: Rio Grande do Norte [Internet]. 2022 [cited Dec 5, 2022]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rn/natal/panorama>
- 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. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0138>
- Amorim TS, Backes MTS. Managing nursing care to puerperae and newborns in primary health-care. *Rev Rene*. 2020;21:e43654. doi: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202143654>
- Sanchez-Espino LF, Zuniga-Villanueva G, Ramirez-Garcialuna JL. An educational intervention to implement skin-to-skin contact and early breastfeeding in a rural hospital in Mexico. *Int Breastfeed J*. 2019;14:8. doi: <https://doi.org/10.1186/s13006-019-0202-4>
- Safari K, Saeed AA, Hasan SS, Moghaddam-Banaem L. The effect of mother and newborn early skin-to-skin contact on initiation of breastfeeding, newborn temperature and duration of third stage of labor. *Int Breastfeed J*. 2018;13:32. doi: <https://doi.org/10.1186/s13006-018-0174-9>
- Ayala A, Christensson K, Christensson E, Cavada G, Erlandsson K, Velandia M. Newborn infants who received skin-to-skin contact with fathers after

- caesarean sections showed stable physiological patterns. *Acta Paediatr.* 2021;110(5):1461-7. doi: <https://doi.org/10.1111/apa.15685>
16. Karimi FZ, Sadeghi R, Maleki-Saghooni N, Khadivzadeh T. The effect of mother-infant skin to skin contact on success and duration of first breastfeeding: a systematic review and meta-analysis. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2019;58(1):1-9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2018.11.002>
 17. Mukherjee D, Shaw SC, Venkatnarayan K, Dudeja P. Skin-to-skin contact at birth for vaginally delivered neonates in a tertiary care hospital: a cross-sectional study. *Med J Armed Forces India.* 2020;76(2):180-4. doi: <https://doi.org/10.1016/j.mjafi.2018.11.008>
 18. Santos APS, Lamy ZC, Koser ME, Gomes CMRP, Costa BM, Gonçalves LLM. Skin-to-skin contact and breastfeeding at childbirth: women's desires, expectations, and experiences. *Rev Paul Ped.* 2022;40:e2020140. doi: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2022/40/2020140>
 19. Inagaki ADM, Cardoso NP, Lopes RJPL, Ribeiro CJN, Feitosa LM, Oliveira SS. Picture of midwifery practices at a public maternity hospital. *Cogitare Enferm.* 2019;24:e56121. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.56121>
 20. Monguilhott JJC, Brüggemann OM, Freitas PF, D'Orsi E. Nascer no Brasil: the presence of a companion favors the use of best practices in delivery care in the South region of Brazil. *Rev Saúde Pública.* 2018;52:1. doi: <http://dx.doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052006258>
 21. Cogo ALP, Lopes EFS, Perdomini FRI, Flores GE, Santos MRR. Building and developing realistic simulation scenarios on safe drug administration. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019;40(esp):e20180175. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180175>



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons