

Tânia Vaz



Contacto pele-a-pele e amamentação na primeira hora de vida

IPV - ESSV | 2015

Instituto Politécnico de Viseu
Escola Superior de Saúde de Viseu

Tânia Alexandra Guimas Vaz

Contacto pele-a-pele e amamentação na primeira hora de vida

Agosto de 2015

Tânia Alexandra Guimas Vaz

Contacto pele-a-pele e amamentação na primeira hora de vida

Relatório Final

Mestrado em Enfermagem Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia

Trabalho efetuado sob a orientação de
Professora Doutora Manuela Ferreira
Professor Doutor João Duarte



Ao meu filho e marido.

Agradecimentos

Deixo aqui expresso o meu profundo agradecimento à minha Orientadora, Professora Doutora Manuela Ferreira, pelos conhecimentos transmitidos, pelas críticas construtivas, pela clareza e rigor na condução deste trabalho, pelo esforço e empenho, pelo seu profissionalismo e pela amizade e carinho, que foi além da concretização deste percurso académico.

Agradeço também ao Professor Doutor João Duarte pela disponibilidade de ajuda imprescindível no tratamento estatístico, sem o qual não teria sido possível a realização do estudo empírico.

Agradeço, de igual modo, à Professora Doutora Madalena Cunha pelas orientações metodológicas em relação à revisão sistemática da literatura.

Ao meu marido, pelo incentivo, apoio e por ser um grande companheiro de todas as horas, pela compreensão dos muitos momentos de ausência. Esse trabalho é uma conquista nossa. Tu és o meu porto seguro.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para a concretização deste trabalho.

Muito obrigada.

Resumo

Enquadramento – O contacto pele-a-pele na primeira hora de vida tem benefícios para a mãe e para o recém-nascido, bem como um papel importante no estabelecimento da amamentação.

Objetivos – Analisar a evidência científica dos benefícios do contacto pele-a-pele e amamentação na primeira hora de vida; determinar a prevalência do contacto pele-a-pele e da amamentação na primeira hora de vida; verificar quais são os fatores (variáveis sociodemográficas, contextuais da gravidez e do parto, e variáveis relativas ao recém-nascido) que interferem nas práticas do contacto pele-a-pele e amamentação na primeira hora de vida.

Método – Revisão sistemática da literatura no estudo empírico I. Efetuou-se uma pesquisa na PUBMED, The Cochrane Library, Scielo e Google Académico, estudos publicados entre janeiro de 2011 e dezembro de 2014. Destes foram selecionados 4 estudos, posteriormente analisados, que tiveram em consideração os critérios de inclusão previamente estabelecidos. Dois revisores avaliaram a qualidade dos estudos a incluir utilizando a grelha para avaliação crítica de um estudo descrevendo um ensaio clínico prospetivo, aleatório e controlado de Carneiro (2008). No estudo empírico II seguiu-se um tipo de estudo quantitativo e descritivo simples, de coorte transversal, desenvolvido no serviço de Obstetrícia do Centro Hospitalar Cova da Beira, segundo um processo de amostragem não probabilística por conveniência (n = 382). A recolha de dados efetuou-se através da consulta dos processos clínicos, entre janeiro e dezembro de 2014, das mulheres com idade \geq 18 anos que tiveram um parto vaginal com feto vivo após as 37 semanas de gestação.

Resultados – Evidência de que o contacto precoce pele-a-pele, imediatamente após o parto, é um potencial estímulo sensorial, que abrange o aquecimento do recém-nascido e a estimulação tátil e olfativa, maior estabilização da temperatura, frequência respiratória e nível de glicémia, com diminuição do choro. Está associado à promoção espontânea da amamentação. Na amostra constituída por 382 mulheres, dos 18 aos 46 anos, verificou-se que o contacto pele-a-pele ocorreu em apenas 26,6% da amostra. Cerca de 92,6% da amostragem deu de mamar na primeira hora de vida. No grupo de mulheres em que houve contacto pele-a-pele e amamentação, prevalecem as que têm idade igual ou inferior a 34 anos (66,3%) e predomínio das mulheres que tiveram 5 ou mais consultas (95,9%) de vigilância da gravidez.

Conclusão – Face a estes resultados e com base na evidência científica disponível que recomenda o contacto pele-a-pele imediatamente após o parto e promoção da amamentação na primeira hora de vida, assume-se como indispensável que os profissionais invistam na sua formação e assumam um papel importante para a realização deste contacto, estimulando e facilitando esta prática, assim como a realização de mais estudos científicos com contributos para o estabelecimento e manutenção desta prática.

Palavras-chave: Contacto pele-a-pele; amamentação; primeira hora de vida.

Abstract

Background - The skin-to-skin contact in the first hour of life has benefits for the mother and the newborn, as well as a major role in establishing breastfeeding.

Objectives - To analyze the scientific evidence of the benefits of skin-to-skin contact and breastfeeding in the first hour of life; determine the prevalence of skin-to-skin contact and breastfeeding within the first hour of life; check which are factors (sociodemographic variables, contextual pregnancy and childbirth, variables related to the newborn) that interfere with the contact practices skin-to-skin contact and breastfeeding in the first hour of life.

Method - A systematic review of literature on the empirical study I. We conducted a search in PubMed, The Cochrane Library, Scielo and Google Scholar, studies published between January 2011 and December 2014. Of these 4 studies were selected subsequently analyzed, which had into account the inclusion criteria previously established. Two reviewers assessed the quality of studies to include using the grill for critical evaluation of a study describing a prospective, random and controlled Carneiro (2008). In the empirical study II was followed by a kind of quantitative and simple descriptive, cross-sectional cohort, developed in Obstetrics Service Hospital Cova da Beira, according to a non-probability sampling process for convenience (n = 382). Data collection was made through consultation of medical records between January and December 2014, women aged ≥ 18 years who have had a vaginal delivery with a live fetus after 37 weeks of gestation.

Results - Evidence that early skin-to-skin contact immediately after birth, is a potential sensory stimulus, which covers the newborn warm and tactile and olfactory stimulation, greater stabilization of temperature, respiratory rate and level of blood glucose, with a reduction of crying. It is associated with spontaneous promotion of breastfeeding. In the sample of 382 women, 18 to 46, it was found that the skin-to-skin occurred in only 26.6% of the sample. About 92.6% of the sample gave suck in the first hour of life. In the group of women where there was skin-to-skin contact and breastfeeding, prevail those with old or less than 34 years (66.3%) and predominance of women who had five or more visits (95.9%) of surveillance of pregnancy.

Conclusion - In view of these results and based on the available scientific evidence to recommend the skin-to-skin contact immediately after delivery and promotion of breastfeeding in the first hour of life, it is assumed as indispensable that professionals invest in their training and take an important role in the realization of this contact, stimulating and facilitating this practice, as well as conducting further scientific studies with contributions to the establishment and maintenance of this practice.

Keywords: Contact skin-to-skin contact; feeding; first hour of life.

Lista de Tabelas

| | |
|--|----|
| Tabela 1 – Critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos estudos..... | 42 |
| Tabela 2 – Teste de Relevância I..... | 45 |
| Tabela 3 – Teste de Relevância II..... | 46 |
| Tabela 4 – Regras para avaliação crítica de uma revisão sistemática | 48 |
| Tabela 5 – Resumo da análise do estudo de Moore et al. (2012) | 50 |
| Tabela 6 – Resumo da análise do estudo de Mahmood et al. (2011)..... | 51 |
| Tabela 7 – Resumo da análise do estudo de Gabriel et al. (2012)..... | 52 |
| Tabela 8 – Resumo da análise do estudo de Cantrill et al. (2014) | 53 |
| Tabela 9 – Estatísticas relativas à idade | 64 |
| Tabela 10 – Distribuição da situação profissional em função do grupo etário | 64 |
| Tabela 11 – Estatísticas relativas à idade gestacional..... | 69 |
| Tabela 12 – Distribuição da idade gestacional em função do grupo etário..... | 70 |
| Tabela 13 – Matriz de Correlação de Pearson entre o grupo etário e a idade gestacional... | 70 |
| Tabela 14 – Distribuição da vigilância durante a gravidez em função do grupo etário..... | 70 |
| Tabela 15 – Estatísticas relativas ao número de consultas de vigilância..... | 71 |
| Tabela 16 – Distribuição do número de consultas de vigilância em função do grupo etário . | 71 |
| Tabela 17 – Distribuição do número de consultas vs vigilância em função do grupo etário . | 72 |
| Tabela 18 – Distribuição da presença de patologias associadas à gravidez por grupos etários..... | 72 |
| Tabela 19 – Distribuição da proveniência para o bloco de parto por grupos etários..... | 73 |
| Tabela 20 – Distribuição da rotura prematura de membranas por grupos etários | 73 |
| Tabela 21 – Distribuição da duração do período expulsivo do parto por grupos etários..... | 74 |
| Tabela 22 – Distribuição do tipo de parto por grupos etários | 74 |
| Tabela 23 – Tipo de parto em função da idade gestacional | 75 |
| Tabela 24 – Grupo etário em função do risco na gravidez | 75 |
| Tabela 25 – Vigilância na gravidez em função do risco de gravidez | 75 |

| | |
|--|----|
| Tabela 26 – Idade gestacional em função do risco na gravidez | 76 |
| Tabela 27 – Estatísticas relativas ao peso do recém-nascido por idade da mãe..... | 77 |
| Tabela 28 – Distribuição do sexo do recém-nascido por grupo etário da mãe | 77 |
| Tabela 29 – Estatísticas relativas ao Apgar nos três momentos de avaliação..... | 78 |
| Tabela 30 – Distribuição do APGAR no 1º minuto por sexo do recém-nascido | 78 |
| Tabela 31 – Distribuição do APGAR no 5º minuto por sexo do recém-nascido | 79 |
| Tabela 32 – Distribuição do APGAR no 10º minuto por sexo do recém-nascido | 79 |
| Tabela 33 – Distribuição do APGAR no 1º minuto vs tipo de parto | 79 |
| Tabela 34 – Distribuição do APGAR no 5º minuto vs tipo de parto | 80 |
| Tabela 35 – Distribuição do APGAR no 10º minuto vs tipo de parto | 80 |
| Tabela 36 – Mamada/Amamentação na primeira hora de vida por grupo etário da mãe..... | 81 |
| Tabela 37 – Contacto pele a pele por grupo etário da mãe | 81 |
| Tabela 38 – Contacto pele a pele em função da mamada na primeira hora de vida | 82 |
| Tabela 39 – Contacto pele a pele vs amamentação por grupo etário da mãe | 82 |
| Tabela 40 – Contacto pele a pele vs amamentação por situação profissional..... | 83 |
| Tabela 41 – Contacto pele a pele vs amamentação por número de consultas de vigilância | 83 |
| Tabela 42 – Contacto pele a pele vs amamentação por APGAR ao 1º minuto..... | 84 |
| Tabela 43 – Contacto pele a pele vs amamentação por APGAR ao 5º minuto..... | 84 |
| Tabela 44 – Contacto pele a pele vs amamentação por APGAR ao 10º minuto..... | 85 |
| Tabela 45 – Contacto pele a pele vs. amamentação por tipo de parto..... | 85 |
| Tabela 46 – Contacto pele a pele vs. amamentação em função do consentimento informado | 86 |
| Tabela 47 – Contacto pele a pele vs. amamentação em função da informação sobre os riscos/benefícios do contacto pele a pele..... | 86 |
| Tabela 48 – Informação acerca dos riscos/benefícios do contacto pele a pele po grupo etário da mãe..... | 87 |
| Tabela 49 – Consentimento de realização do contacto pele-a-pele por grupo etário da mãe | 87 |

Lista de Figuras

| | |
|---|----|
| Figura 1 – Processo de seleção dos estudos..... | 47 |
| Figura 2 – Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas.. | 63 |

Sumário

| | |
|---|-----------|
| Lista de Tabelas | I |
| Lista de Figuras | II |
| INTRODUÇÃO | 19 |
| I PARTE – Enquadramento Teórico..... | 23 |
| 1. A PELE E O TOQUE..... | 25 |
| 2. CONTACTO PRECOCE PELE-A-PELE..... | 27 |
| 3. AMAMENTAÇÃO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA..... | 31 |
| 4. AMAMENTAÇÃO E CONTACTO PELE-PELE..... | 33 |
| II PARTE – Estudo empírico..... | 37 |
| ESTUDO EMPÍRICO I..... | 39 |
| 1. METODOLOGIA..... | 39 |
| 1.1. MÉTODOS..... | 39 |
| 1.2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO | 41 |
| 1.3. ESTRATÉGIA DE PESQUISA ESCOLHIDA/BASES DE DADOS ESCOLHIDAS | 43 |
| 1.4. SELEÇÃO DOS ESTUDOS | 44 |
| 1.5. ANÁLISE CRÍTICA DOS ESTUDOS | 48 |
| 2. RESULTADOS | 49 |
| 3. ANÁLISE CRÍTICA DOS ESTUDOS..... | 55 |
| III PARTE – Estudo empírico..... | 59 |
| ESTUDO EMPÍRICO II | 61 |
| 1. METODOLOGIA..... | 61 |
| 1.1. MÉTODOS..... | 61 |
| 1.2. PARTICIPANTES..... | 63 |
| 1.2.1. Caraterização sociodemográfica da amostra..... | 64 |
| 1.3. INSTRUMENTOS | 65 |

| | |
|---|------------|
| 1.4. PROCEDIMENTOS..... | 65 |
| 1.5. ANÁLISE DE DADOS | 65 |
| 2. RESULTADOS | 69 |
| 2.1. ANÁLISE DESCRITIVA..... | 69 |
| 2.1.1. Variáveis contextuais da gravidez..... | 69 |
| 2.1.2. Variáveis contextuais do parto | 72 |
| 2.1.3. Características do recém-nascido..... | 76 |
| 2.1.4. Amamentação e contacto pele-a-pele..... | 80 |
| 3. DISCUSSÃO | 89 |
| 3.1. DISCUSSÃO METODOLÓGICA | 89 |
| 3.2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS | 90 |
| CONCLUSÃO..... | 95 |
| Referências bibliográficas | 97 |
| Anexos..... | 103 |

Anexo I - Resultado da aplicação da avaliação crítica de uma revisão sistematizada

Anexo II - Pedido de autorização ao Presidente do Conselho da Administração do Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE

Anexo III - Instrumento de recolha de dados

INTRODUÇÃO

Logo após o nascimento, a mulher pode, pela primeira vez, apreciar o seu filho e vivenciar fortes sentimentos e emoções. Estes momentos são caracterizados como um encontro íntimo e profundo entre mãe e filho, que traduz toda a expectativa decorrida da gestação.

O momento do nascimento é um período que se repercute na capacidade de amar do ser humano, pelo que a vinculação deve ser estabelecida o mais precocemente possível.

A amamentação deve ser iniciada na primeira hora de vida, ainda na sala de partos, se a mãe e o recém-nascido estiverem em boas condições de saúde, favorecendo o contacto pele-a-pele de ambos (Organização Mundial de Saúde, 2007). Idealmente, o recém-nascido deve ser colocado em contacto com a sua mãe pele-a-pele logo após o parto, propiciando-se a amamentação de imediato (Martins, 2006).

O contacto pele-a-pele é a colocação do recém-nascido despido em contacto direto com o abdómen ou peito da mãe em decúbito ventral durante pelo menos uma hora (Ordem dos Enfermeiros, 2013). A Organização Mundial de Saúde, recomenda o contacto pele-a-pele após o nascimento do recém-nascido na sala de partos, assim como a continuidade da mesma prática durante o internamento da díade e até aos 2-3 meses de vida do recém-nascido. A realização do contacto precoce pele-a-pele entre a mãe e o recém-nascido está intrinsecamente relacionada com a iniciação do aleitamento materno na primeira hora de vida e o seu sucesso ou manutenção como forma de alimentação exclusiva do recém-nascido (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

O contacto pele-a-pele é definido como o ato de segurar o bebé nu contra a pele do da mãe, perto do peito. Alguns autores têm realizado estudos de modo a demonstrarem os benefícios do contacto pele-a-pele, imediatamente após parto, ao nível do início e duração do aleitamento materno, controlo da temperatura do corpo, efeito analgésico durante os procedimentos dolorosos, estabilização fisiológica do recém-nascido, bem como ao nível da competência da própria mãe, tendo igualmente diminuído a incidência de depressão pós-parto nas mães (Carfoot, Williamson & Dickson, 2005). Os mesmos autores referem ainda que o contacto pele-a-pele precoce aumenta os níveis de oxitocina no sangue materno, com relevância nas contrações uterinas e ejeção do leite materno, para além do processo emocional que se estabelece entre a díade mãe/recém-nascido.

As vantagens do leite humano para a saúde e conseqüente desenvolvimento da criança estão comprovadas cientificamente em termos de proteção contra doenças, como fonte nutricional e pelo fator imunológico que dispõe. Por outro lado, o aleitamento materno consolida o vínculo mãe e filho, o que se constitui como uma das bases fundamentais da personalidade da criança (Suzuki, 2013).

O cuidado em relação ao recém-nascido é de grande importância para a redução da mortalidade infantil, já que os óbitos neonatais correspondem a 60% a 70% das mortes infantis, sendo que 25% acontecem no primeiro dia de vida e estão associadas a infecções, asfixia e prematuridade (Organização Mundial de Saúde, 2010). Entre os cuidados a serem dispensados, destaca-se a amamentação precoce que tem como benefícios imediatos a prevenção da morbidade e da mortalidade neonatal e maior duração do aleitamento materno exclusivo (Organização Mundial de Saúde, 2010).

O aleitamento materno promove o desenvolvimento sensorial e cognitivo do recém-nascido, protege-o de doenças infecciosas e crônicas, além de estar associado à redução da mortalidade, na medida em que se relaciona com a prevenção de doenças diarreicas, principal causa de morbidade e da mortalidade de crianças até aos cinco anos de idade (Boccolini, Carvalho, Oliveira & Vasconcellos, 2011). Para o estabelecimento e manutenção da amamentação exclusiva, por pelo menos 6 meses, a Organização Mundial de Saúde e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) recomendam o início da amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido, o aleitamento materno exclusivo e a amamentação em horário livre (Góes, Rangel & Borges, 2012).

Face ao exposto, procura-se subsidiar este estudo, inicialmente, com o recurso a uma revisão da literatura sobre a prática da amamentação no contexto de institucionalização do nascimento e parto, bem como aprofundar conhecimentos sobre as bases científicas que sustentam o aleitamento materno na primeira hora pós-parto e o contacto pele-a-pele, visando-se especificar os seus benefícios, sobretudo para o recém-nascido.

Surge assim a necessidade de realizar um estudo que dê resposta à seguinte questão de investigação geral: Quais os benefícios do contacto pele-a-pele e amamentação na primeira hora de vida?

De modo a dar resposta a esta inquietação, o presente trabalho estrutura-se em três partes. Na primeira, foi realizado um enquadramento teórico acerca da temática da dissertação. Na segunda parte, estudo empírico I, apresenta-se uma revisão sistemática da literatura sobre a temática, com o recurso a vários motores de busca científica: Google Académico, Scielo, PUBMED; Cochrane Central Register of Controlled Trials Data base of Abstracts of Reviews of Effects, Business Source Complete, Cochrane Methodology

Register, Cochrane Data base of Systematic Reviews (via EBSCO). Foram selecionados estudos publicados entre 2008 e 2013. Os estudos foram avaliados de acordo com os critérios de inclusão e de exclusão previamente designados. Na terceira parte, estudo empírico II, faz-se uma descrição dos procedimentos metodológicos e apresentam-se os dados acerca da realidade do Serviço de Obstetrícia do Centro Hospitalar Cova da Beira, relativamente à prevalência do contacto pele-a-pele e amamentação na primeira hora de vida, cuja recolha de dados decorreu entre janeiro e abril de 2015, em mulheres que tiveram um parto vaginal, com feto vivo durante o ano de 2014. Estes dados são tratados com o recurso à análise descritiva simples.

Finalmente serão apresentadas as referências bibliográficas consultadas, assim como os anexos que incluem o resultado da aplicação da avaliação crítica de uma revisão sistemática da literatura, o instrumento de recolha de dados utilizado no estudo empírico II e a autorização da instituição hospitalar necessária à sua aplicação.

I PARTE – Enquadramento Teórico

1. A PELE E O TOQUE

A pele é considerada o maior e mais pesado órgão do corpo humano e tem como principais funções, a proteção dos tecidos subjacentes, a regulação da temperatura, a reserva de nutrientes e, ainda, contém terminações nervosas sensitivas (Phipps, Sands & Marek, 2003).

Metaforicamente é uma autêntica tela cutânea, sendo nesta tela que se pode desenhar um quadro de amor entre dois seres: mãe/recém-nascido. Este quadro denomina-se contacto precoce pele-a-pele entre mãe/recém-nascido, imediatamente após o nascimento e tem sido objeto de vários trabalhos científicos que comprovam os inúmeros benefícios fisiológicos e psicossociais para ambos (Santos, 2011).

O toque é a forma mais rudimentar de estabelecer uma relação humana, pois constitui um meio de transmissão de várias necessidades básicas, como a segurança e o afeto. Sendo assim, o contacto precoce pele-a-pele entre mãe e recém-nascido, imediatamente após o parto, deve ser uma prioridade para os profissionais de saúde (Santos, 2011).

Ao contrário do que se argumentava até o início do século passado, o recém-nascido, quando nasce, não é como uma tábua rasa, ou seja, destituído de qualquer experiência sensorial. Pelo contrário, já possui um determinado número de sistemas comportamentais, prontos para serem ativados por estímulos, como o contacto pele-a-pele (toque), o olhar, a audição, o odor (cheiros) e a amamentação. Este apresenta um conjunto de competências sensoriais que indicam a sua prontidão para a interação social, utilizando reações comportamentais para estabelecer os seus primeiros diálogos (Lowdermilk & Perry, 2008).

O desenvolvimento do recém-nascido implica um ambiente familiar, logo, nos momentos iniciais pós-parto, este quer ser tocado, abraçado, sentir-se bem recebido. Desses primeiros momentos, ele vai extrair o alimento para a sua autoestima futura e para o seu desenvolvimento saudável. O contacto precoce pele-a-pele é uma forma prática e simples, que permite vivenciar um momento que jamais se repetirá traduzindo a essência do amor genuíno entre mãe e recém-nascido, favorecendo o estabelecimento do vínculo entre a díade (Lowdermilk & Perry, 2008).

A importância dos momentos imediatos do pós-parto no estabelecimento da ligação afetiva mãe-recém-nascido deve-se não só à elevada sensibilidade da mãe durante esse período, como também ao facto de o recém-nascido estar, no decorrer das primeiras 24 horas de vida, particularmente atento e disponível para a interação com o meio (Santos, 2011).

O recém-nascido está particularmente alerta e disponível para a formação do vínculo com a mãe durante as primeiras horas de vida, particularmente 20 a 30 minutos depois do parto. Este período de alerta ativo pode estar envolvido na promoção do bonding inicial entre o recém-nascido e a mãe. Logo depois do nascimento, na primeira hora de vida, os recém-nascidos normais passam por um período prolongado de alerta calmo que dura em média quarenta minutos, durante o qual olham diretamente para o rosto e os olhos da mãe e do pai e podem responder às vozes que escutam (Erlandsson, 2007).

Apoiando esta teoria, Walley (1989) referenciado por Almeida e Filho (2004), refere que é nos primeiros 30 minutos de vida que a criança permanece em estado de alerta, chorando vigorosamente e apresentando o reflexo de sucção tão desenvolvido a ponto de sugar violentamente a sua própria mão. Neste momento, os olhos do recém-nascido permanecem abertos, sugerindo uma ótima oportunidade para que a díade estabeleça contacto visual e vinculação.

2. CONTACTO PRECOCE PELE-A-PELE

Em termos históricos, após o parto, mãe e filho ficavam juntos, na medida em que esse contacto ajudava o recém-nascido a sentir-se seguro, quente e possibilitava o estabelecimento de um vínculo entre ambos (Lamaze, 2003). Todavia, a partir do século XX, com a medicalização do parto e com práticas intervencionistas, a separação entre a mãe e o recém-nascido após o nascimento passou a ser uma rotina dentro do modelo médico ocidental (Lowdermilk & Perry, 2008)

Neste âmbito Santos (2011) refere que, entre os animais mamíferos, o ser humano é o único que separa o recém-nascido da sua mãe, podendo esta separação despoletar malefícios e deixar fugir um momento precioso desta díade.

O parto é um processo natural, nascer é um ato fisiológico e ecológico, assumindo-se como um ritual de passagem e de crescimento para o ser humano. Contudo, permanecem normas e rotinas hospitalares rígidas que intervêm no processo natural e fisiológico que compreende o ato de nascer (Santos, 2011).

Lowdermilk e Perry (2008) mencionam que Klaus e Kennel foram pioneiros na proposta da hipótese, posteriormente seguida por diversos autores, de que existe um período sensível logo após o parto, tido como muito relevante para as ligações afetivas entre a mãe e o recém-nascido, sendo o contacto pele-a-pele indispensável para asseverar este vínculo. Assim, a separação da díade neste momento pode predispor alterações nas respostas afetivas.

No que se refere ainda à interação entre a mãe e o recém-nascido, o estímulo sensorial está igualmente presente. No parto, o recém-nascido já está familiarizado com o odor da mãe, assumindo esta variável como de extrema importância na adaptação à vida extrauterina (Odent, 2013). Por outro lado, em conformidade com o mesmo autor, o feto pode reconhecer a voz da mãe antes do nascimento, porquanto apreende as vibrações do som através do ouvido e pode sentir as vibrações do corpo da mãe através da pele. Imediatamente antes do parto, o recém-nascido liberta um elevado nível de noradrenalina, a qual pode presumivelmente coadjuvar a aprendizagem olfativa, ajudando, de igual modo, a dilatar as suas pupilas.

Apesar de haver a necessidade de maiores estudos acerca da influência das perceções sensoriais na vinculação mãe e recém-nascido, Odent (2013) sustenta que estes

sentidos são importantes para o recém-nascido de modo a haver o reconhecimento da mãe. Neste contexto, faz-se referência ao resultado de uma meta-análise realizada por Anderson Moore, Hepworth e Bergman (2004), a qual revela que o contacto precoce pele-a-pele tem um resultado positivo na duração do aleitamento materno, porque os recém-nascidos se encontram mais atentos nas primeiras duas horas após o parto e, caso não ocorra nenhum problema, os mesmos procuram e sugam o mamilo da mãe em cinquenta e cinco minutos pós-parto.

Atualmente é reconhecido que o melhor para a mãe e para o recém-nascido consiste na promoção do contacto entre ambos, o mais precocemente possível. Este contacto consiste numa técnica simples, que deve ser realizada e vivida plenamente na sala de partos. Imediatamente após o parto, o recém-nascido saudável deve ser seco em cima do peito da mãe, de modo a reduzir o arrefecimento por evaporação, permanecendo em decúbito ventral sobre o peito ou abdómen da mãe, sem qualquer interposição da roupa (Lamaze, 2003). Mãe e filho devem ser tapados com um lençol, podendo colocar-se um gorro, para evitar a rápida perda de calor pela cabeça. A temperatura da sala de partos deve igualmente ser adequada, rondando os 24°C (Lowdermilk & Perry, 2008).

É precisamente com base em todos os pressupostos mencionados que a Organização Mundial de Saúde, conforme salienta Santos (2011), arbitra que se deve realizar precocemente o contacto pele a pele, entre mãe e filho, considerando-a uma conduta a ser estimulada tendo em conta a sua extrema utilidade. Esta intervenção é igualmente sustentada por Lamaze (2003), que a considera uma das práticas de atenção e cuidados que promovem o parto natural.

Embora ainda sejam reduzidas as publicações científicas que abarcam este tema, sabe-se que o contacto pele-a-pele precoce promove a libertação de ocitocina no período pós-parto. Importa referir que, no decorrer das interações sociais, a ocitocina pode ser libertada pelo estímulo sensorial, nomeadamente o toque, o calor e o odor (Moore, Anderson & Bergman, 2007). De acordo com os mesmos autores, a redução da atividade simpático-adrenal e o aumento da atividade parasimpático-vagal, resultantes das interações sociais, também podem ser mediadas pela ocitocina.

O estímulo sensorial do contacto precoce pele-a-pele, como o toque, o calor e o odor, assume-se, deste modo, como um forte estimulante vagal que, entre outros efeitos, liberta ocitocina materna, aumentando a temperatura no peito da mãe o que mantém o recém-nascido aquecido. Por outro lado, a ocitocina é opositora da adrenalina, resultando na diminuição da ansiedade materna, isto é, tem o poder de acalmar a mulher (Moore, Anderson & Bergman, 2007). Os mesmos autores referem que o papel da ocitocina durante

este período é essencial e deve ser ressaltado. Esta desempenha um papel importante durante todos os períodos clínicos do parto. Durante o terceiro período do parto, denominado de dequitação e que se inicia logo após a expulsão do feto cujo *terminus* ocorre com a expulsão total da placenta, a ocitocina também está presente. Assim, Moore, Anderson e Bergman (2007) referem que a ocitocina pode estar relacionada com o estabelecimento do vínculo entre mãe e filho.

A corroborar, Lowdermilk & Perry (2008) atestam que o toque, o cheiro e a temperatura são estímulos vagais da mãe que levam à libertação de ocitocina, o que estimula as respostas sociais, diminui a ansiedade e aumenta a temperatura em redor das mamas. As mães evidenciam mais comportamentos de apego, designadamente, gestos carinhosos durante a amamentação, utilizam mais a posição face-a-face, seguram, beijam e tocam mais os seus recém-nascidos.

Não obstante o referido, a quantidade elevada de adrenalina, libertada normalmente no organismo do recém-nascido, faz com que este fique alerta, desenvolvendo reflexos de procura da mama e início da amamentação (Lamaze, 2003). Esta fase de alerta tem uma duração aproximada de quarenta minutos, na qual se deve estabelecer o contacto pele-a-pele possibilitando, assim, a exploração do corpo da mãe pelo recém-nascido, enquanto este mantém o estado de vigília (Matos, Souza, Santos, Velho, Seibert & Martins, 2010).

Em suma, o contacto pele-a-pele ajuda na adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina. Este cuidado refere-se ao recém-nascido ser colocado despido em contato direto com a pele nua da mãe, sendo que a mesma transmite calor diretamente ao seu recém-nascido, através do princípio da condução. Idealmente recomenda-se o contacto pele-a-pele no mínimo durante a primeira hora. Esta prática deve ser iniciada imediatamente após o nascimento, ser contínua, prolongada e estabelecida entre todas as mães e respetivos recém-nascidos, em boas condições de vitalidade. A separação do recém-nascido deve ser evitada na primeira hora após o nascimento, de modo a que não se obtenha, inclusive, um APGAR baixo ou outras intercorrências clínicas (Moore, Anderson & Bergman, 2007).

Importa ressaltar que alguns resultados fisiológicos infantis, com exceção do tempo a que o recém-nascido está exposto ao contacto pele-a-pele imediatamente após o parto, cujo contributo em termos de valores da glicemia, redução do choro do recém-nascido e manutenção de parâmetros fisiológicos, demonstram ainda pouca ou nenhuma diferença clinicamente significativa com ou sem contacto pele-a-pele, ou seja, ainda não foram totalmente comprovados os efeitos negativos a curto ou os efeitos a longo prazo. Com base nas evidências disponíveis, o contacto precoce pele-a-pele entre a mãe e o recém-nascido

parece ter algum benefício clínico, especialmente no que se refere à temperatura e à estabilidade cardiorrespiratória (Matos et al., 2010).

3. AMAMENTAÇÃO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA

As vantagens do aleitamento materno são inúmeras e reconhecidas, quer a curto prazo quer a longo prazo, subsistindo um consenso mundial de que a sua prática exclusiva é a melhor maneira de alimentar as crianças até aos 6 meses de vida (Levy & Bértolo, 2012).

Em conformidade com vários autores, nomeadamente Levy e Bértolo (2012), o aleitamento materno tem vantagens para a mãe e para o recém-nascido, prevenindo infeções gastrointestinais, respiratórias e urinárias, bem como tem um efeito protetor em termos de alergias. Para a mãe, coadjuva a involução uterina mais precoce, associa-se a uma menor probabilidade de ter cancro de mama e possibilita-lhe sentir o prazer único de amamentar. Para além de todas estas vantagens, constitui o método mais barato e seguro de alimentar os recém-nascidos (Levy & Bértolo, 2012). Assim, de acordo com os referidos autores, o sucesso do aleitamento materno pode também ser definido pela qualidade da interação entre a mãe e o recém-nascido durante a mamada, porquanto é um ato que facultava a oportunidade de contacto físico e visual e a vivência da colaboração mútua entre a mãe e o recém-nascido.

Atualmente estão comprovados os benefícios imunológicos, nutricionais e psicossociais da amamentação quer para a mulher, quer para a criança, o que tem resultado em múltiplos esforços para promover, proteger e apoiar a prática do aleitamento materno, evidenciando-se a implementação de políticas e ações que propiciam à criança o melhor início de vida possível (Santos, 2011). Destaca-se, a este nível, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, surgida em 1991 e adotada por mais de 20.000 hospitais credenciados em mais de 156 países nos últimos 15 anos (Santos, 2011).

Os “Dez Passos para o Sucesso no Aleitamento Materno” são a base da Iniciativa Hospital Amigo da Criança da OMS/UNICEF, que resumem as práticas necessárias a serem desenvolvidas nas maternidades, para o apoio ao aleitamento materno. Dentro dessas práticas, encontram-se no quarto passo: ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento (Santos, 2011).

A preocupação da Organização Mundial de Saúde (2007) consiste na redução dos significativos índices de desmame precoce, com o recurso à mobilização e à consciencialização dos profissionais de saúde, o que requer modificações de rotina, indo ao

encontro do crucial estímulo do aleitamento materno na primeira hora de vida, com continuidade ao longo dos meses. O mesmo organismo supracitado destaca que, apesar das inúmeras evidências científicas da superioridade do leite materno em relação a outros tipos de leite, ainda é diminuto o número de mulheres que amamentam os seus filhos de forma exclusiva até os seis meses de vida e complementar até vinte e quatro meses de idade ou mais.

Neste âmbito, as ações em prol da amamentação conformam-se na implementação, no aperfeiçoamento e na dilatação de estratégias educativas que foquem o aleitamento materno como comportamento social universal das mulheres.

O início da amamentação na primeira hora de vida associa-se a uma maior duração do aleitamento materno e à diminuição das mortes infantis, sobretudo nos países subdesenvolvidos (Esteves, Daumas, Oliveira, Andrade & Leite, 2014). De acordo com os mesmos autores, os efeitos positivos sobre a saúde do recém-nascido podem ser mediados pelos componentes do leite materno e pelo contacto mãe/recém-nascido. O colostro, leite dos primeiros dias, contém o fator epidérmico de crescimento, que acelera a maturação da mucosa intestinal, e fatores imunológicos bioativos que concedem a proteção imunológica ao lactente, prevenindo a colonização intestinal por microorganismos patogénicos (Esteves et al., 2014).

4. AMAMENTAÇÃO E CONTACTO PELE-PELE

A amamentação destaca-se como benefício do contacto imediato ao tornar a sucção eficiente e eficaz, dilata a prevalência e duração da lactação, para além de influenciar de forma positiva a relação mãe-filho.

O contacto pele-a-pele entre a mãe e seu recém-nascido imediatamente após o parto reduz o choro e ajuda a mãe a amamentar com sucesso. Como já foi referido anteriormente, tem-se sugerido que as rotinas hospitalares podem perturbar significativamente as primeiras interações entre a mãe e o recém-nascido, com efeitos nocivos (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

O contacto precoce pele-a-pele durante as, consideradas, “2 horas de ouro” imediatas ao nascimento parece fortificar a vinculação e aumentar o sucesso e a duração do aleitamento materno. Se este contacto se prolongar por mais de cinquenta minutos após o nascimento, aumenta cerca de oito vezes a amamentação espontânea e pode ser um fator decisivo no sucesso do aleitamento materno (Lowdermilk & Perry, 2008). Em conformidade com os mesmos autores, muitos recém-nascidos, quando colocados no contacto pele-a-pele com a mãe, procuram instintivamente a mama, através do cheiro, começando a mamar com bons reflexos de procura, sucção e deglutição, normal e preferencialmente, na primeira hora de vida.

O contacto pele-a-pele deve iniciar-se logo após o nascimento, devendo ser contínuo e prolongado entre mães e recém-nascidos saudáveis. Este contacto proporciona benefícios quer a nível do aleitamento materno, quer a nível fisiológico do recém-nascido, o que consubstancia a importância do contacto pele-a-pele para a contribuição do início do aleitamento materno e para o aumento da sua duração e exclusividade (Santos, 2011). Deste modo, os profissionais de saúde devem promover este contacto, o mais precocemente possível, tentando ultrapassar os obstáculos que dependem muito deles próprios (Moore, Anderson & Bergman, 2007). Almeida e Filho (2004) referem que, nos serviços onde se estabelece o contacto pele-a-pele como rotina pós-parto, tem-se observado a vivência de sentimentos como felicidade, amor, conforto e tranquilidade, compartilhados entre a díade e os próprios profissionais de saúde.

A queda generalizada na amamentação constitui-se como uma preocupação com a saúde. Embora mais mulheres iniciem a amamentação, ainda são muito baixos os índices

de aleitamento materno exclusivo. Com recurso aos dados de um estudo realizado no Reino Unido pela *Food and Drug Administration* entre 2005 a 2007, DiGirolamo, Grummer-Strawn e Fein (2008) verificou que 83% das mães iniciaram amamentação, mas apenas 48% da amamentação durante a sua permanência no hospital. De acordo com o mesmo autor, este comportamento inato pode ser rompido pelas rotinas hospitalares do pós-parto, como mostrou experimentalmente Widström (1990) e os estudos descritivos de Gomez (1998), Jansson (1995) e Righard (1990). Gomez (1998), referenciado por DiGirolamo, Grummer-Strawn e Fein (2008), verificou que os recém-nascidos eram oito vezes mais propensos a amamentar espontaneamente se estivessem mais de 50 minutos em contacto pele-a-pele com as suas mães, imediatamente após o nascimento. Concluiu que o tempo de contacto pele-a-pele pode ser uma componente essencial no que se refere ao sucesso do aleitamento materno.

Bramson, Lee, Moore, Montgomery, Neish, Bahjri et al. (2010) mostraram uma relação dose-resposta clara entre o contacto pele-a-pele nas três primeiras horas pós-parto e uma elevada taxa de aleitamento materno exclusivo num número significativo de mães, através de um estudo de coorte de base hospitalar (*odds ratio* para o aleitamento materno exclusivo = 1.665 no contacto pele-a-pele durante 16 a 30 minutos; *odds ratio* = 3,145 por mais de 60 minutos de contacto pele-a-pele).

González (2004) referencia um estudo realizado por Gómez Papí e seus colaboradores, que constataram um aumento progressivo da temperatura do recém-nascido em contacto pele-a-pele com a mãe, considerando-a a sua melhor fonte de calor, por estar sempre à temperatura constante, sem perigo de arrefecimento ou sobreaquecimento accidental. Na mesma perspetiva, Lamaze (2003), afirma que a temperatura corporal da mãe protege, naturalmente, o recém-nascido do frio, pelo que o contacto pele-a-pele ajuda o recém-nascido a manter-se mais quente do que aquele que vai diretamente para o berço, ainda que seja berço aquecido. O mesmo autor diz que também recém-nascidos que têm uma temperatura corporal mais baixa, abarcando os prematuros, recuperam rapidamente a temperatura corporal quando se encontram em contacto pele-a-pele com a mãe.

Em Portugal, foi realizado um estudo por Abade et al. (2010), onde concluíram que o contacto pele-a-pele, para a maioria dos recém-nascidos, não só favoreceu a manutenção da temperatura corporal, como ainda potenciou o seu aumento.

Outras evidências revelam que os recém-nascidos que realizaram contacto precoce pele-a-pele dormem mais tempo, permanecem mais calmos durante o sono, manifestando movimentos e posturas menos rígidas e tensas, demonstrando que o contacto pele-a-pele

influencia o sistema motor do recém-nascido, logo após a entrega à mãe (Ferber & Makhoul, 2004).

Ainda ao nível dos seus benefícios, Lamaze (2003) refere que o contacto pele-a-pele possibilita expor o bebé às bactérias normais, existentes na pele da mãe, reduzindo o risco de vir a desenvolver doenças causadas por bactérias prejudiciais, ao contrário do que se pensava outrora.

De acordo com Santos (2011), Gray, Watt e Blass (2000) procuraram avaliar a influência do contacto pele-a-pele nos mecanismos de percepção da dor, medindo e comparando parâmetros tais como: o choro, o gemido e os batimentos cardíacos, no momento da administração da Vitamina K intramuscular (Kanakion), tendo observado que o choro e o gemido reduziram 82% e 65%, respetivamente, nos casos em que houve contacto pele-a-pele, tendo diminuído também a frequência cardíaca, consideravelmente.

A reforçar, Martín, Escobar, Villalba, Blanco & Pol (2010), também com base no seu estudo, referiram que o contacto pele-a-pele pode implicar uma melhor regulação térmica, ou seja, ao comparar grupos de bebés, verificaram que no grupo de recém-nascido sujeitos ao contacto pele-a-pele houve um aumento da temperatura nos primeiros minutos de vida, com quase nenhuma alteração nas primeiras duas horas de vida, enquanto aqueles que tiveram o tratamento padrão mostraram uma progressiva redução da temperatura durante o mesmo período.

A sucção da mama, logo após o parto, estimula a secreção de prolactina e ocitocina, hormonas que levam à produção e ejeção do leite. Por seu lado, a ocitocina reduz igualmente o sangramento puerperal e acelera a involução uterina, com benefícios adicionais para a mulher (Esteves et al., 2014).

Como se tem vindo a expor, vários estudos têm demonstrado o efeito benéfico do contacto precoce pele-a-pele no controlo térmico dos recém-nascidos. Desta feita, assume-se como indispensável que os profissionais de saúde invistam na sua formação, não só nos conhecimentos científicos e técnicos, mas igualmente no sentido de aplicarem técnicas educativas e pedagógicas e atribuir à mulher/família o direito de livre escolha e decisão informada sobre como gostariam que fosse o seu parto, o primeiro contacto com o recém-nascido e o início da amamentação (Santos, 2011).

Neste sentido, os profissionais de saúde assumem um papel basilar para a realização deste contacto, estimulando e facilitando esta prática. Todavia, ressalva-se a importância, como afirma Santos (2011), de proporcionar tempo à díade mãe/recém-nascido para este contacto, bem como propiciar-se um ambiente tranquilo, posicionar a mãe confortavelmente, reforçar positivamente o comportamento da mãe, com base na confiança,

e demonstrar os comportamentos de procura da mama, por parte do recém-nascido, evitando as manobras que o forcem na amamentação. O contacto pele-a-pele entre mãe/recém-nascido é único e peculiar, quer no momento do nascimento e estabelecimento do vínculo, quer no relacionamento futuro entre ambos (Santos, 2011). De modo a poder-se incentivar este contacto, imediatamente após o parto, fazendo com que seja uma prática comum, é imprescindível formar os profissionais de saúde que trabalham na área, elucidando-os sobre os seus benefícios e criando condições ambientais favoráveis à sua realização, de maneira a possibilitar que este momento seja vivido entre a díade. É fundamental também a realização de mais estudos científicos cujos contributos sejam uma mais-valia para o estabelecimento e manutenção desta prática.

II PARTE – Estudo empírico

ESTUDO EMPÍRICO I

Neste capítulo apresentamos o estudo empírico I que consta de uma revisão sistemática da literatura, procurando-se dar resposta à seguinte questão de investigação: Quais os benefícios do contacto pele-a-pele e amamentação na primeira hora de vida?

1. METODOLOGIA

Com o intuito de se sistematizar a informação acerca do contacto pele-a-pele e a amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido, procedeu-se a uma revisão sistemática da literatura, que consiste num tipo de estudo secundário que faculta a elaboração de diretrizes clínicas, sendo extremamente útil para as tomadas de decisão na área de saúde. Além disso, as revisões sistemáticas ajudam igualmente no planeamento de pesquisas clínicas (Pocinho, 2008).

1.1. MÉTODOS

As revisões sistemáticas reúnem, de forma organizada, uma significativa quantidade de resultados de pesquisas clínicas e auxiliam na explicação de diferenças encontradas entre estudos primários que investigam a mesma questão (Pocinho, 2008).

Como tal, realizou-se este estudo com base nas premissas metodológicas de uma revisão sistemática da literatura, suportada pelas orientações do Cochrane Handbook, tendo-se seguido os sete passos propostos por Green, Higgins, Alderson, Clarke, Mulrow e Oxman (2011), nomeadamente:

1. Formulação/problema (questões mal formuladas resultam em decisões confusas acerca do que deve ou não ser incluído na revisão. Deste modo, uma pergunta bem formulada, onde são definidos os participantes/doença e a intervenção é o passo inicial na realização da revisão sistemática);
2. Localização e seleção dos estudos (não existe uma única fonte de procura de estudos. Para identificar todos os estudos relevantes, tem de se utilizar as bases de dados eletrónicas, verificar as referências bibliográficas dos estudos relevantes, solicitar estudos de especialistas. Para cada uma das fontes utilizadas deve ser detalhado o método utilizado);

3. Avaliação crítica dos estudos (critérios para determinar a validade dos estudos selecionados e qual a probabilidade das suas conclusões estarem baseadas em dados viciados. Com a avaliação crítica, determina-se quais os estudos válidos que irão ser utilizados na revisão; e os que não preenchem os critérios de validade são citados e explicado o porquê de sua exclusão);
4. Colheita de dados (todas as variáveis estudadas devem ser observadas nos estudos e resumidas, além das características do método, dos participantes e dos desfechos clínicos, pois permitirão determinar a possibilidade de comparar ou não os estudos selecionados);
5. Análise e apresentação dos dados (com base na semelhança entre os estudos, estes serão agrupados. Cada um desses agrupamentos deverá ser preestabelecido, assim como a forma de apresentação gráfica e numérica, para facilitar o entendimento do leitor);
6. Interpretação dos dados (é determinada a força da evidência encontrada, a aplicabilidade dos resultados, determinando-se claramente os limites entre os benefícios e os riscos);
7. Aperfeiçoamento e utilização (uma vez concluída a revisão sistemática sofrerá críticas e receberá sugestões que devem ser incorporadas subsequentemente, podendo, inclusive, ser atualizada cada vez que surjam novos estudos sobre o tema). Tendo-se como ponto de partida estas orientações, foi possível encontrar-se os principais Randomised Controlled Trials (RCT), metanálises de ensaios clínicos e revisões sistemáticas que possibilitassem responder à questão de investigação.

Nas revisões sistemáticas, os “sujeitos” da investigação (unidade de análise) consistem nos estudos primários selecionados através de método sistemático e pré-definido. Os estudos primários podem ser ensaios clínicos aleatórios, estudos de acurácia, estudos coortes ou qualquer outro tipo de estudo (Sousa & Ribeiro, 2009). A escolha do tipo de estudo depende da pergunta que se pretende responder, conforme se apresenta seguidamente.

Em suma, a revisão sistemática consiste numa técnica científica objetiva, eficiente e reproduzível, que possibilita extrapolar achados de estudos independentes, avaliar a consistência de cada um deles e explicar as possíveis inconsistências e conflitos (Sousa & Ribeiro, 2009). Trata-se de uma técnica que amplia a acurácia dos resultados, cujo contributo é a melhoria da precisão das estimativas de efeito de uma determinada intervenção clínica (Mulrow, 1994, cit. por Sousa & Ribeiro, 2009).

Para se proceder à elaboração da questão de investigação, recorreu-se ao método PI[C]OD (Green et al., 2011) e com base nos pressupostos teóricos, definiu-se a questão de investigação:

- Quais os benefícios do contacto pele-a-pele e amamentação na primeira hora de vida?

Nesta revisão sistemática para a formulação da questão de investigação seguiu o método PI[C]OD, considerada uma ferramenta útil nesta formulação.

| | |
|------------------------|--|
| P: <i>Participant</i> | Recém-nascidos a termo |
| I: <i>Intervention</i> | Contacto pele-a-pele e início da amamentação na primeira hora de vida |
| C: <i>Comparisons</i> | Recém-nascidos que realizaram contacto precoce pele-a-pele imediatamente ao parto e com início da amamentação em comparação com recém-nascidos que foram envolvidos em roupa e colocados perto da mãe. |
| O: <i>Outcomes</i> | Benefícios do contacto pele-a-pele (vinculação mãe/recém-nascido, manutenção da temperatura corporal, diminuição do choro, estabilidade dos níveis de glicemia, maior conforto e menos dor aquando da realização de técnicas invasivas). |
| D: <i>Design</i> | Estudos experimentais e quasi-experimentais e revisões sistemáticas com e sem metanálise |

Importa salientar que se fez uma revisão da literatura no motor de busca Google Académico, com o intuito de se proceder à identificação dos termos mais recorrentes nos artigos científicos no âmbito da temática em estudo, procurando-se, deste modo, definir as palavras-chave preliminares ao estudo.

1.2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão consistem nas características da população alvo e acessível. Deste modo, torna-se relevante ter em conta os seguintes critérios: poderem ser usados durante o estudo; generalizados a outras populações; possam caracterizar geográfica e temporalmente a população acessível, abrangendo decisões acerca dos objetivos práticos e científicos (Fortin, 2009). Quanto aos critérios de exclusão, os mesmos

indicam o subgrupo de indivíduos que, apesar de preencherem os critérios de inclusão, têm igualmente características ou manifestações suscetíveis de interferir na qualidade dos dados, bem como na interpretação dos resultados (Fortin, 2009).

Postas estas considerações, estabeleceram-se, para o presente estudo, critérios de inclusão e exclusão, como a seguir se apresentam.

Critério de inclusão: estudos realizados com recém-nascidos a termo submetidos ao contacto pele-a-pele imediatamente após o parto e com início da amamentação na primeira hora de vida.

Critério de exclusão: recém-nascidos que não tenham nascido a termo ou com problema de saúde e todos os estudos que envolvessem apenas a amamentação, sem se reportarem à sua ligação com o contacto pele-a-pele e que não seja na primeira hora de vida. Na Tabela 1 estão representados os critérios de inclusão e de exclusão de acordo com o PICOD.

Tabela 1 - Critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos estudos

| Critérios de seleção | Critérios de inclusão | Critérios de exclusão |
|-----------------------------|---|---|
| Participantes | Estudos que se refiram a recém-nascidos a termo. Recém-nascidos com contacto pele-a-pele imediatamente após o parto e iniciado a amamentação. | - recém-nascidos que não tenham nascido a termo ou com problema de saúde - todos os estudos que envolvam apenas a amamentação, sem se reportarem à sua ligação com o contacto pele-a-pele e que não seja na primeira hora de vida. |
| Intervenções | Contacto pele-a-pele e início da amamentação na primeira hora de vida. | Todos os estudos que não se refiram à aplicação do contacto pele-a-pele imediatamente ao pós-parto e início da amamentação. |
| Comparações | Comparação entre recém-nascido com contacto pele-a-pele imediatamente após o parto e recém-nascidos não sujeitos a esta prática, ou seja, com tratamento de rotina hospitalar. | Todos os estudos que não comparem os grupos dos critérios de inclusão. |
| “Outcomes” | Estudar as variáveis: - redução do choro; - manutenção da temperatura corporal - estabilidade cardiorrespiratória - estimulação dos sentidos (estimulação tátil e olfativa) - conforto do recém-nascido, tornando-se mais calmo; - estabilização da frequência respiratória e do seu nível de glicémia; - ligação mãe/recém-nascido; - minimização das energias; - sucesso e a duração do aleitamento materno. | Todos os estudos que não analisem as variáveis de inclusão. |
| Desenho | Estudos experimentais e quase-experimentais. Revisão sistemáticas com e sem metanálise. | Outros desenhos para além dos de inclusão. |

1.3. ESTRATÉGIA DE PESQUISA ESCOLHIDA/BASES DE DADOS ESCOLHIDAS

A elaboração da estratégia de pesquisa é a componente chave de um estudo de revisão sistemática da literatura. São as definições dos termos apropriados de busca que a tornam mais sensível do que específica, garantindo que se resgate toda a evidência disponível.

O conhecimento dos mecanismos de busca nas várias bases de dados foi indispensável, uma vez que diferem entre si nalguns recursos (Buehler, Figueiró, Moreira et al., 2013).

A elaboração da estratégia de busca deve ser pensada a partir dos componentes da questão de pesquisa estruturada no formato PI[C]OD. Como tal, foi imprescindível ter em conta alguns critérios: a busca das evidências deve ser mais sensível que específica. Neste sentido, não se estabeleceram termos para os componentes do desfecho, sob o risco de se excluir evidências relevantes (Buehler, Figueiró, Moreira et al., 2013). Por outro lado, a definição dos termos para os controlos, que no caso de testes diagnósticos seriam o padrão de referência, também se constituiu como uma questão delicada, já que diferentes estudos avaliam o mesmo teste índice e podem estabelecer padrões de referência diferentes. A definição de termos deve aplicar-se, segundo os critérios apresentados pelos autores citados, apenas para o tipo de amostra e para o teste índice, o que pode tornar a busca muito sensível, a ponto de recuperar um significativo número de referências que possam inviabilizar a triagem. Assim, é necessário ter-se em conta que não existe uma regra para a construção da estratégia de busca, o que resultou em várias tentativas necessárias, a fim de se definir qual a mais adequada para a questão da pesquisa.

Contudo, a estratégia de busca não ficou restrita unicamente aos descritores, na medida em que a mesma tem de ser a mais sensível possível e deve englobar também o vocabulário não controlado (Buehler, Figueiró, Moreira et al., 2013), que requer a utilização de palavras de texto, sinónimos, siglas, termos relacionados, palavras-chave e variações de grafia. Este processo garantiu a recuperação de artigos mais antigos, pois a indexação de alguns assuntos só foi introduzida posteriormente. Para garantir uma boa recuperação das informações, a estratégia de busca foi elaborada com a soma (OR) dos termos nas três línguas que predominam nas bases: português, espanhol e inglês e mais as categorias.

Uma estratégia que permite aumentar a sensibilidade da busca na base de dados consistiu em incluir os denominados “entryterms”, que se encontram dentro da definição do termo MeSH. Estes termos representam sinónimos, indexações preliminares ou derivações

do tema, que possibilitaram a sensibilização da estratégia. A quantidade destes termos varia de termo MeSH para termo MeSH. Com a definição dos termos a serem utilizados, os resultados da busca foram combinados, recorrendo-se aos operadores booleanos, especialmente o “OR” e o “AND”. Os operadores lógicos de pesquisa ou operadores booleanos permitiram relacionar as palavras ou os grupos de palavras no processo de elaboração da pesquisa.

Motores de busca científica: PUBMED, The Cochrane Library, Scielo e Google Académic.

Descritores utilizados: “skin-to-skin contact”; “Early skin-to-skin contact”; “TermNeonates”; “breast-feeding”; tendo sido adotada a seguinte estratégia de pesquisa nas bases de dados atrás referidas:

#1 MeSH descriptor “skin-to-skin” (explode all tress);

#2 MeSH descriptor “skin-to-skin, contact” ” (explode all tress);

#3 MeSH descriptor “Early skin-to-skin contact, term neonates” (explode all tress);

#4 MeSH descriptor “Early skin-to-skin contact; breast-feeding” (explode all tress);

#5 (#1 OR #2 AND #3 OR #4)” (explode all tress).

A estratégia de pesquisa utilizou os termos acima citados, conjugando-os com operadores booleanos na seguinte forma: (skin-to-skin contact OR Early skin-to-skin, contact) AND (Early skin-to-skin contact OR Early skin-to-skin contact, term neonates) nos motores de busca PUBMED, The Cochrane Library, Scielo e Google Académico.

1.4. SELEÇÃO DOS ESTUDOS

A seleção dos estudos foi realizada por 2 investigadores que, por consenso, decidiram quais os estudos a incluir. A busca de estudos nas fontes de dados gerou um número muito maior de artigos do que os que realmente eram elegíveis pelos critérios estabelecidos. Este processo, segundo Buehler, Figueiró, Moreira et al. (2013), ocorre porquanto a estratégia de busca é elaborada com o objetivo de alcançar a sensibilidade em detrimento da especificidade. Assim, fez-se uma leitura do título e do resumo, o que possibilitou realizar uma triagem destas referências e descartar um grande número de referências que não se enquadravam nos critérios de elegibilidade estabelecidos pela revisão, tendo em conta os critérios de inclusão preestabelecidos.

O somatório dos artigos recuperados nas bases de dados foi registado de modo a constar na elaboração do fluxo de seleção dos artigos, parte integrante da apresentação dos resultados. Ressalva-se que um mesmo artigo estava indexado em mais do que uma base de dados, o que resultou em referências duplicadas no arquivo, tendo de ser eliminados os duplicados.

O número de artigos duplicados também é apresentado como resultado no fluxo de seleção dos artigos. Posteriormente, excluíram-se os artigos em duplicado, excluindo-se os artigos que claramente não preenchiam os critérios de elegibilidade, mantendo-se os incluídos. Em alguns casos, o resumo não estava disponível, todavia, como o título era sugestivo de inclusão do artigo, o mesmo acabou por permanecer na base e passou-se para a etapa seguinte, que se tratou da avaliação da elegibilidade pela leitura do artigo completo.

Os motores de busca científica foram identificados como S1, S2, S3, S4, PUBMED, The Cochrane Library, Scielo e Google Académico, respetivamente.

A primeira amostra de estudos foi de 9409 estudos. Porém, devido ao tamanho da amostra inicial foram aplicados limitadores de pesquisa tais como a data de publicação de janeiro de 2011 a dezembro 2014, participantes classificados como adultos e estudos em humanos. Após a aplicação dos limitadores de pesquisa a amostra ficou reduzida a 553 estudos.

De seguida, procedeu-se a nova seleção dos artigos, cujos títulos e resumos foram analisados para refinar todo o processo que tinha sido realizado. Esta seleção teve por base critério de inclusão e exclusão previamente definidos que constituem o teste de relevância I (Tabela 2).

Tabela 2 - Teste de Relevância I

| Identificação do estudo | Perguntas | Sim | Não |
|---|-----------|-----|-----|
| 1. O estudo está de acordo com o tema investigado? | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ○ Critério de Inclusão: <ul style="list-style-type: none"> ○ Recém-nascidos a termo com contacto pele-a-pele imediatamente após o parto e iniciado a amamentação. ○ Critério de Exclusão: <ul style="list-style-type: none"> ○ Recém-nascidos que não tenham nascido a termo ou com problema de saúde; ○ Publicações referentes a cartas de leitores, artigos de opinião e comentários. | | | |
| 2. O estudo foi publicado dentro do tempo estipulado? | | | |
| Estudos publicados entre 1 de janeiro de 2011 a 31 de dezembro de 2014 | | | |
| 3. O estudo foi publicado no idioma estipulado para o projeto? | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Português • Inglês • Espanhol | | | |
| 4. O estudo encontra-se disponível em full text? | | | |
| 5. O estudo envolve seres humanos? | | | |

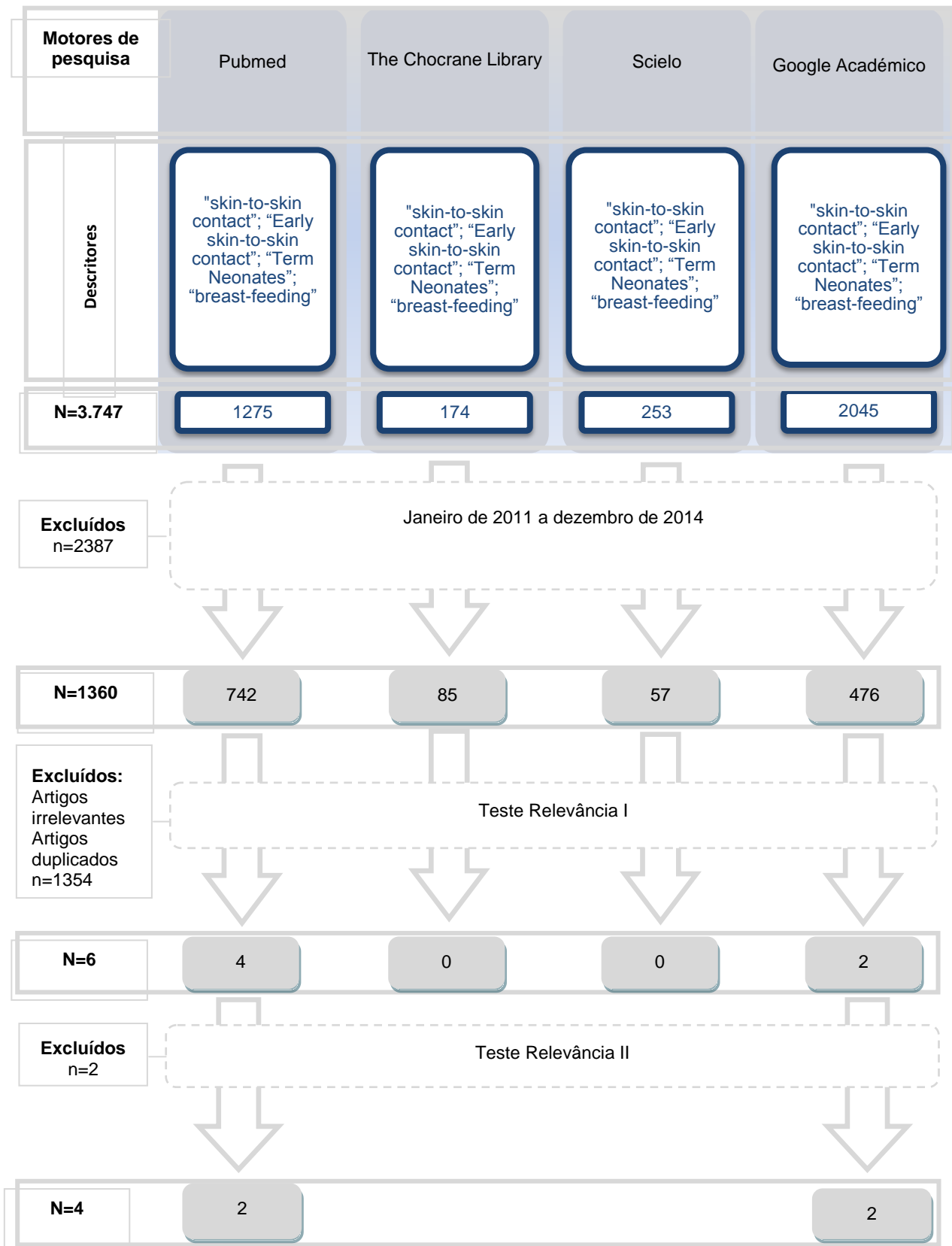
Após a aplicação do teste de Relevância I foram excluídos 547 estudos por serem irrelevantes para o pretendido ou por estarem em duplicado. Nos estudos identificados em duplicado optou-se por escolher a base de dados onde foi primeiramente identificado ou a data de publicação mais recente. Deste modo, nesta fase, os estudos a incluir nesta revisão sistemática foram 6. Estes estudos foram submetidos à aplicação do Teste de Relevância II, igualmente realizado por dois investigadores de forma independente, cujo resultado da aplicação do Teste de Relevância II se encontra em Anexo (1).

O Teste de Relevância II (cf. Tabela 3) é constituído por diversas perguntas às quais se deve responder de forma afirmativa ou negativa. Sempre que em alguma questão a resposta for negativa o estudo deve ser eliminado da revisão (Pereira & Bachion, 2006). Após a aplicação do Teste de Relevância II a amostra ficou reduzida a 4 estudos tendo sido eliminados 2 estudos. No diagrama n.º1 está patente o processo de seleção dos estudos.

Tabela 3 – Teste de Relevância II

| Identificação do estudo: | Perguntas | Sim | Não |
|--|-----------|-----|-----|
| 1. O estudo está de acordo com o tema investigado? | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Critério de Inclusão: <ul style="list-style-type: none"> ○ Estudos que se refiram a recém-nascidos a termo; ○ Recém-nascidos com contacto pele-a-pele imediatamente após o parto e iniciado a amamentação. • Critério de Exclusão: <ul style="list-style-type: none"> ○ Recém-nascidos que não tenham nascido a termo ou com problema de saúde; ○ Todos os estudos que envolvam apenas a amamentação, sem se reportarem à sua ligação com o contacto pele-a-pele e que não seja na primeira hora de vida. | | | |
| 2. O desenho do estudo vai ao encontro do predefinido? | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Incluir <ul style="list-style-type: none"> ○ Estudos experimentais e quasi-experimentais; ○ Revisões sistemáticas com e sem metanálise. • Excluir <ul style="list-style-type: none"> ○ Outros desenhos que não os constantes nos critérios de inclusão. | | | |
| 3. O estudo foi publicado dentro do tempo estipulado? | | | |
| Estudos publicados entre 1 de janeiro de 2011 a 31 de dezembro de 2014. | | | |
| 4. O estudo foi publicado no idioma estipulado para o projeto? | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Português • Inglês | | | |
| 5. O estudo envolve seres humanos | | | |
| 6. Os outcomes do estudo vão de encontro com o predefinido? | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ○ Critérios de inclusão: <ul style="list-style-type: none"> • Estudos com as variáveis <ul style="list-style-type: none"> ○ Redução do choro; ○ Manutenção da temperatura corporal ○ Estabilidade cardiorrespiratória ○ Estimulação dos sentidos (estimulação tátil e olfativa) ○ Conforto do recém-nascido, tornando-se mais calmo; ○ Estabilização da frequência respiratória e do seu nível de glicémia; ○ Ligação mãe/recém-nascido; ○ Minimização das energias; ○ Sucesso e a duração do aleitamento materno. ○ Critérios de exclusão: <ul style="list-style-type: none"> ○ Todos os estudos que não analisem as variáveis de inclusão. | | | |

Figura 1 – Processo de seleção dos estudos



1.5. ANÁLISE CRÍTICA DOS ESTUDOS

Procede-se à análise crítica dos resultados, partindo do pressuposto que a avaliação crítica de uma revisão sistemática abarca dois processos: a análise da qualidade dos estudos e a análise estatística. Todavia, no presente estudo procedeu-se apenas à análise da qualidade dos estudos, tendo em conta a validade interna, a validade externa e o método estatístico usado em cada estudo e no conjunto, uma vez que o trabalho contém um segundo estudo quantitativo e descritivo simples, de coorte transversal, cujos dados foram recolhidos em 382 mulheres do serviço de Obstetrícia do Centro Hospitalar Cova da Beira, durante o ano de 2014.

Neste âmbito, de modo a fazer-se a avaliação da qualidade dos estudos incluídos, teve de se proceder à deteção de semelhanças e diferenças entre eles. Os aspetos analisados envolveram método, participantes, intervenção e os resultados (*outcomes*).

No que se refere à avaliação das revisões sistemáticas, respondeu-se a 10 questões. Cada artigo foi classificado com base nas regras para a avaliação crítica de uma revisão sistemática, como apresentado na Tabela 4.

Tabela 4 – Regras para avaliação crítica de uma revisão sistemática

| Validade dos resultados | Sim | ? | Não | N/A |
|---|-----|---|-----|-----|
| A revisão aborda de forma explícita uma questão clínica sensível? | 2 | 1 | 0 | n/a |
| A pesquisa dos estudos relevantes foi detalhada e exaustiva? | 2 | 1 | 0 | n/a |
| Os estudos primários têm elevada qualidade metodológica? | 2 | 1 | 0 | n/a |
| A interpretação dos estudos é reproduzível? | 2 | 1 | 0 | n/a |
| Importância dos resultados | Sim | ? | Não | N/A |
| Os resultados foram semelhantes entre os estudos? | 2 | 1 | 0 | n/a |
| Quais são os resultados gerais dos estudos? | 2 | 1 | 0 | n/a |
| Quão precisos são os resultados? | 2 | 1 | 0 | n/a |
| Aplicabilidade dos resultados | Sim | ? | Não | N/A |
| Qual é a melhor forma de interpretar os resultados para aplicá-los na prática clínica? | 2 | 1 | 0 | n/a |
| Foram considerados todos os <i>outcomes</i> clinicamente importantes? | 2 | 1 | 0 | n/a |
| Os benefícios do tratamento sobrepõem-se aos potenciais riscos e custos da sua implementação? | 2 | 1 | 0 | n/a |

Fonte: Adaptado de Ascensão, Julião, Fareleira e Carneiro (2009).

Seguidamente apresenta-se a síntese descritiva dos aspetos mais importantes dos principais resultados da análise dos estudos selecionados. Os mesmos foram agrupados e organizados num “quadro de evidências” de modo a responder à questão de investigação enunciada anteriormente.

2. RESULTADOS

Neste capítulo faz-se a avaliação da qualidade dos 4 artigos que constituem o *corpus* amostral, procedendo-se a uma sistematização dos principais conteúdos que cada um deles aborda, o que é apresentado numa tabela síntese para cada um dos estudos, discriminando-se o tipo de estudo/população, os seus resultados, conclusão e resultado da análise crítica da sua qualidade.

A Tabela 5 refere-se ao estudo de Moore, Anderson, Bergman e Dowswell (2012). Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, com meta-análise, que abarcou 34 estudos, perfazendo um total de 2.177 díades (mãe/recém-nascido), para avaliar os efeitos do contacto precoce pele-a-pele no recém-nascido a termo e saudável, lactente, em comparação com o contacto padrão (vestidos, colocados em berços abertos ou em berços aquecidos). As três principais categorias de resultados incluem: i) o estabelecimento e manutenção do aleitamento materno; ii) a fisiologia infantil - termorregulação, respiratória, cardíaca, função metabólica, neuro-comportamento; iii) ligação/fixação materno-infantil. Foram abarcados 34 ensaios clínicos randomizados, envolvendo mãe-recém-nascido a termo. As evidências demonstraram que a intervenção do contacto pele-a-pele imediatamente após o parto parece beneficiar os resultados da amamentação, a estabilidade cardiorrespiratória e diminuir o choro do recém-nascido.

Tabela 5 – Resumo da análise do estudo de Moore et al. (2012)

| | |
|--|---|
| Moore, E.R., Anderson, G.C., Bergman, N. & Dowswell, T. (2012). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Review). The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd. | |
| Tipo de estudo/população | Revisão sistemática da literatura, com meta-análise, que abarcou 34 estudos, perfazendo um total de 2.177 díades (mãe/recém-nascido), para avaliar os efeitos do contacto precoce pele-a-pele no recém-nascido a termo e saudável, lactente, em comparação com o contacto padrão (vestidos, colocados em berços abertos ou em berços aquecidos). Trinta e quatro ensaios clínicos randomizados, envolvendo mãe-recém-nascido a termo. |
| Intervenções | Início do contacto pele-a-pele imediatamente após o parto e início da amamentação. |
| Resultados/outcomes | Efeito positivo e estatisticamente significativo em relação ao início do contacto pele-a-pele no aleitamento materno. Os recém-nascidos tiveram melhor estabilidade cardiorrespiratória com o contacto pele-a-pele logo a seguir ao parto, em 31 participantes. Aumento significativo da glicose no sangue, 75-90 minutos após o nascimento, foi significativamente maior em recém-nascidos com contacto pele-a-pele imediatamente após o parto (dois ensaios clínicos, 94 recém-nascidos). Não foram identificadas diferenças significativas entre os grupos de duração do aleitamento materno e os resultados relativamente à temperatura axilar infantil entre 90 minutos a duas horas após o nascimento, um processo difícil de interpretar devido à elevada heterogeneidade. Encontraram-se efeitos estatisticamente significativos e positivos do contacto pele-a-pele imediatamente após o parto sobre os seguintes desfechos: sucesso da primeira amamentação, variação significativa da temperatura do seio materno nos 30 a 120 minutos após o parto, o recém-nascido não excedeu os parâmetros fisiológicos para a estabilidade, redução do choro bastante significativa durante uma observação de 90 minutos; manutenção da temperatura do recém-nascido, estabilidade da frequência cardíaca nos 75 minutos a 2 horas pós-parto, envolvimento afetivo positivo entre a díade e capacidade de resposta maior por parte do recém-nascido, massagem rítmica na mama materna, com aumento dos níveis de oxitocina na mãe. Manutenção do aleitamento materno (4 meses após o nascimento). |
| Conclusões | A intervenção do contacto pele-a-pele imediatamente após o parto parece beneficiar os resultados da amamentação, a estabilidade cardiorrespiratória e diminuir o choro do recém-nascido, sem aparentes efeitos negativos a curto ou longo prazo. Recomendação de outras investigações. Para facilitar meta-análise, a pesquisa futura deve recorrer a medidas compatíveis com os estudos incluídos no estudo. |
| Análise crítica da qualidade | 87.5% |

Na Tabela 6 encontra-se o resumo do estudo de Mahmood, Jamale Khan (2011) que contou com uma amostra de 183 díades mãe-filho, divididas entre grupo experimental com contacto pele-a-pele imediatamente após o parto (n=92) e grupo de controlo com atendimento convencional (n=91), para avaliar o efeito do contacto pele-a-pele imediatamente sobre o comportamento dos recém-nascidos na amamentação. Os autores concluíram que o início precoce do contacto pele-a-pele mãe/recém-nascido aumenta a taxa de exclusividade de amamentação materna. Este estudo mostrou que o contacto pele-a-pele imediatamente após o parto tem um efeito positivo significativo sobre o sucesso da primeira mamada, ou seja, 26% a mais de casos de recém-nascidos no grupo experimental que teve sucesso na primeira mamada, em comparação com os do grupo de controlo. Os resultados mostraram níveis muito elevados de satisfação materna (97,5%) no grupo experimental com contacto precoce pele-a-pele, em comparação com o grupo de controlo, cuidados convencionais (85%).

Tabela 6 – Resumo da análise do estudo de Mahmood et al. (2011)

| Mahmood, I, Jamal, M.& Khan, N. (2011). Effect of Mother-Infant Early Skin-to-Skin Contact on Breastfeeding Status: A Randomized Controlled Trial. <i>Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan</i>, Vol. 21 (10): 601-605. | |
|---|---|
| Tipo de estudo/população | <i>Randomized Controlled Trial</i> (RTC) Um total de 183 díades mãe-filho (92 do grupo experimental com contacto pele-a-pele imediatamente após o parto, 91 do grupo de controlo com atendimento convencional), para avaliar o efeito do contacto pele-a-pele imediatamente sobre o comportamento dos recém-nascidos na amamentação. |
| Intervenções | Início do contacto pele-a-pele imediatamente após o parto e início da amamentação. |
| Resultados/outcomes | A primeira mamada foi mais bem sucedida nos recém-nascidos com contacto pele-a-pele (58,8% no grupo de contacto pele-a-pele, em comparação com 32,5% no grupo de atendimento convencional com valor de p 0,001). No grupo de SSC, o tempo médio para iniciar primeira mamada foi 61,6 minutos mais curtos do que o grupo CC (40,62 vs. 101,88; p <0,001). O tempo médio para atingir um eficaz aleitamento materno foi de 207 minutos mais cedo no grupo com contacto pele-a-pele (149,69 vs. 357,50; p <0,001). O nível de satisfação nas mães de recém-nascidos com contacto pele-a-pele foi o grupo significativamente elevado em comparação com as do grupo de controlo (56% vs. 6,2%). Da mesma forma, 53,8% das mães do grupo de recém-nascidos com contacto pele-a-pele mostraram preferência por cuidados semelhantes no futuro, em comparação com 5% no grupo de controlo. No grupo de recém-nascidos com contacto pele-a-pele, houve um aumento da temperatura nos primeiros minutos de vida, com quase nenhuma alteração nas primeiras duas horas de vida, enquanto aqueles que tiveram o tratamento padrão mostraram uma progressiva redução da temperatura durante o mesmo período (85,3% vs. 65,7%, p=0,025), estabilizando a sua temperatura, a sua frequência respiratória e o seu nível de glicémia. |
| Conclusões | O contacto precoce pele-a-pele materno-infantil melhorou significativamente o sucesso da primeira mamada e a continuação do aleitamento materno exclusivo até um mês de idade. |
| Análise crítica da qualidade | 90.0% |

Segue-se o resumo da análise do estudo randomizado de Gabriel, Llana, Escobar, Villalba, Blanco e Pol (2012), o qual contou com um grupo de 137 díades (mãe/recém-nascido), subdividas em grupo de controlo (sem contacto pele-a-pele imediatamente após o parto) e grupo experimental (com contacto pele-a-pele imediatamente após o parto). Os resultados revelaram que há uma maior estabilidade térmica no grupo com contacto pele a pele-a-pele imediatamente após o parto, tendo sido encontrada uma temperatura média de 0,07°C, bem como ficou registado um aumento dos níveis de oxitocina no sangue materno e menor tempo médio de expulsão da placenta. Maior taxa de aleitamento materno exclusivo por parte do grupo de contacto pele-a-pele no momento da alta.

Tabela 7 – Resumo da análise do estudo de Gabriel et al. (2012)

| | |
|--|--|
| Gabriel, M.A.M., Llana, I.M., Escobar, A.L., Villalba, F., Blanco, I.R., & Pol, P.T. (2012) Randomized controlled trial of early skin-to-skin contact: effects on the mother and the newborn. <i>Journal Compilation Foundation. Acta Paediatrica/Acta Paediatrica</i>, 99:1630-1634. | |
| Tipo de estudo/população | <i>Randomized Controlled Trial</i> (RTC). Estudo de controlo randomizado realizado com 137 mulheres, divididas entre grupo de controlo (sem contacto pele-a-pele imediatamente após o parto) e grupo experimental (com contacto pele-a-pele imediatamente após o parto). O estudo teve a duração de 4 meses no Hospital Madrid-Torrelodones. Os critérios de inclusão foram: mães saudáveis primíparas, com bebé a termo ou quase a termo (35-42 semanas de gestação). Os critérios de exclusão incluíram mães que apresentaram sinais de sofrimento fetal durante o parto, as mães que necessitaram de cesariana e as crianças que precisavam de qualquer tipo de reanimação, bem como recém-nascidos com líquido amniótico meconial. |
| Intervenções | Início do contacto pele-a-pele imediatamente após o parto e início da amamentação. |
| Resultados/outcomes | Maior estabilidade térmica no grupo com contacto pele-a-pele imediatamente após o parto, tendo sido encontrada uma temperatura média de 0,07°C. Aleitamento materno exclusivo por parte do grupo de contacto pele-a-pele no momento da alta. O tempo para expulsar a placenta média foi menor no grupo de contacto pele-a-pele. O contacto pele-a-pele imediatamente após o parto resultou numa maior libertação de ocitocina materna. Evidências de um maior vínculo afetivo materno-filial, ainda que não se tenha observado que o recurso ao contacto precoce pele-a-pele resulte na diminuição da depressão pós-parto, como documentado em alguns estudos. |
| Conclusões | Este estudo enfatiza o benefício potencial do contacto pele-a-pele imediatamente após o parto na manutenção da temperatura no recém-nascido a termo e aumento do sucesso do aleitamento materno exclusivo aquando da alta hospitalar. |
| Análise crítica da qualidade | 95.0% |

Na tabela 8 encontra-se o estudo de Cantrill et al. (2014). Trata-se de um estudo observacional realizado com puérperas na sala de parto de um hospital metropolitano público de Queensland, Austrália. Foram observadas 78 díades mãe/recém-nascido, com o objetivo de verificar a eficácia da sucção durante sessenta minutos em recém-nascidos com contacto pele-a-pele imediatamente após o parto. Os autores observaram que a duração do contacto pele-a-pele entre as mães e seus recém-nascidos variou amplamente de 1 a 60 minutos, assim como o início da sucção (variação média = 10 a 60 minutos). O contacto pele-a-pele imediatamente após o parto foi ininterrupto durante pelo menos 30 minutos demonstrou uma sucção eficaz na primeira hora após o nascimento. Os recém-nascidos foram quatro vezes mais propensos a sustentar uma profunda sucção rítmica no contacto do queixo com o seio materno, quando se aproximaram do mamilo (OR 3,8; IC 1,03-14), sobretudo em múltiparas (OR 6,7; IC 1,35-33). As crianças sem qualquer aspiração nasoro-faringe no nascimento foram seis vezes menos propensas a mamar efetivamente (OR 0,176, IC 0,04-0,9). Alguns minutos após o parto, os recém-nascidos em contacto pele-a-pele com a mãe abriram os olhos e focaram o seu olhar na face materna e nos mamilos, começando a movimentar as suas mãos, iniciando uma massagem rítmica na mama materna, seguindo-se um aumento dos níveis de oxitocina.

Tabela 8 – Resumo da análise do estudo de Cantrill et al. (2014)

| | |
|---|--|
| Cantrill, R.M., Creedy, D.K., Cooke, M. & Dykes, F. (2014). Effective suckling in relation to naked maternal-infant body contact in the first hour of life: an observation study. Cantrill et al. <i>BMC Pregnancy and Childbirth</i>, 14(20): 2-13. | |
| Tipo de estudo/população | O estudo observacional realizado com puérperas na sala de parto de um hospital metropolitano público de Queensland, Austrália. Foram observadas 78 díades mãe/recém-nascido, com o objetivo de verificar a eficácia da sucção durante sessenta minutos em recém-nascidos com contacto pele-a-pele imediatamente após o parto. |
| Intervenções | Início do contacto pele-a-pele imediatamente após o parto e início da amamentação. |
| Resultados/outcomes | Duração do contacto pele-a-pele entre as mães e seus recém-nascidos variou amplamente de 1 a 60 minutos, assim como o início da sucção (variação média = 10 a 60 minutos). O contacto pele-a-pele imediatamente após o parto foi ininterrupto durante pelo menos 30 minutos demonstrou uma sucção eficaz na primeira hora após o nascimento. Os recém-nascidos foram quatro vezes mais propensos a sustentar uma profunda sucção rítmica no contacto do queixo com o seio materno, quando se aproximaram do mamilo (OR 3,8; IC 1,03-14), sobretudo em múltíparas (OR 6,7; IC 1,35-33). As crianças sem qualquer aspiração naso-orofaringe no nascimento foram seis vezes menos propensas a mamar efetivamente (OR 0,176, IC 0,04-0,9). Alguns minutos após o parto, os recém-nascidos em contacto pele-a-pele com a mãe abriram os olhos e focaram o seu olhar na face materna e nos mamilos, começando a movimentar as suas mãos, iniciando uma massagem rítmica na mama materna, seguindo-se um aumento dos níveis de oxitocina. |
| Conclusões | Sucção eficaz na primeira hora de vida foi associada a um conjunto práticas, incluindo o facto de os latentes posicionados de modo que o seu queixo pudesse instintivamente tocar o lado de baixo do seio da mãe como forma de se aproximarem para agarrar o mamilo e colocar o mamilo na boca. O melhor tipo de assistência prestada na sala de parto. |
| Análise crítica da qualidade | 95.0% |

3. ANÁLISE CRÍTICA DOS ESTUDOS

De seguida procedemos à análise crítica dos resultados, tendo como contexto o facto de uma avaliação crítica de uma revisão sistemática abarcar dois processos: a análise da qualidade dos estudos e a análise estatística. No entanto, no presente estudo procedeu-se somente à análise da qualidade dos estudos, tendo em conta a validade interna, a validade externa e o método estatístico usado em cada estudo e no conjunto, uma vez que o presente estudo contém um estudo prático que envolve uma análise quantitativa e descritiva de resultados relativos à recolha de dados efetuada no Serviço de Obstetrícia do Centro Hospitalar Cova da Beira, de janeiro a abril de 2015.

Neste âmbito, para a avaliação da qualidade dos estudos incluídos, foi necessário fazer-se a deteção de semelhanças e diferenças entre eles. Os aspetos analisados envolveram método, participantes, intervenção e desfechos clínicos.

Com base nos artigos seleccionados, foi possível verificar a importância do contacto pele-a-pele para a promoção do afeto e vínculo mútuo entre mãe e filho, com efetivo sucesso de aleitamento materno exclusivo no momento da alta. A corroborar estes resultados, Bramson (2010) mostrou uma relação dose-resposta clara entre o contacto pele-a-pele nas três primeiras horas pós-parto e uma elevada taxa de aleitamento materno exclusivo num número significativo de mães.

Os estudos demonstraram que o contacto pele-a-pele, imediatamente ao nascimento do recém-nascido, o mesmo foi contínuo, pelo menos 30 minutos, prolongado, com uma variação de 1 a 60 minutos, e foi estabelecido em recém-nascidos a termo e saudáveis. Os recém-nascidos foram quatro vezes mais propensos a sustentar uma profunda sucção rítmica na amamentação (Cantrill et al., 2014).

No estudo de Cantrill et al. (2014) ficaram demonstradas muitas inconsistências na prática do contacto pele-a-pele durante a primeira hora de vida do recém-nascido. O contacto contínuo e ininterrupto durante 60 minutos esteve apenas presente em 33% dos casos analisados; em 6,4% dos casos, as mães e os seus recém-nascidos foram perturbados numa média de 43-56 minutos, desde o momento do nascimento. Apenas as mães com parto eutócico tiveram o contacto pele-a-pele com o seu recém-nascido no primeiro minuto de nascimento (55%). O contacto pele-a-pele foi interrompido nos primeiros 5 minutos em 28% dos casos, em 14% dos recém-nascidos houve o contacto pele-a-pele 2

a 5 minutos após o nascimento, tendo-se mantido durante 34-59 minutos. No estudo de Suzuki (2013), numa amostra de 403 partos, em 67,5% dos casos houve o contacto pele-a-pele precocemente, não correndo o mesmo em 32,5% dos casos.

Verificou-se que o contacto pele-a-pele acalma o recém-nascido e a mãe, entrando esta díade em sintonia única proporcionada pelo momento; auxilia a estabilização sanguínea, os batimentos cardíacos e a respiração do recém-nascido; reduz o choro e o stress do recém-nascido com menor perda de energia e mantém-no aquecido pela transmissão de calor da mãe (Cantrill et al., 2014; Gabbriel et al., Mahmood et al., 2011; Moore et al., 2012).

Os resultados dos estudos evidenciam que o contacto pele-a-pele entre mãe e recém-nascido imediatamente ao parto tem um efeito positivo na duração do aleitamento materno, pois os recém-nascidos apresentam-se mais atentos nas primeiras duas horas após o parto. Estes resultados corroboram o referido por Widstrom et al. (2011), segundo os quais o estabelecimento da sucção pode auxiliar na duração do aleitamento materno, que protege contra as infeções gastrointestinais e respiratórias, entre outras. Os mesmos autores citados referem que o estímulo sensorial do contacto pele-a-pele precoce, estando implicados o calor e o odor maternos, é um poderoso estimulante vagal que, entre outros efeitos, liberta ocitocina materna, elevando a temperatura no peito da mãe, mantendo o recém-nascido aquecido; além disso, a ocitocina é antagonista da adrenalina, o que resulta na diminuição da ansiedade materna, acalmando a mãe, o que ficou demonstrado no estudo de Gabriel et al. (2012). Estes resultados vão ao encontro dos apurados por um estudo referenciado por González (2004), realizado por Gómez Papí e seus colaboradores, que observaram um aumento progressivo da temperatura do recém-nascido em contacto pele-a-pele com a mãe, considerando-a a sua melhor fonte de calor, por estar sempre à temperatura constante, sem perigo de arrefecimento ou sobreaquecimento accidental. Na mesma perspetiva, Lamaze (2003) refere que a temperatura corporal da mãe protege, naturalmente, o recém-nascido do frio, pelo que o contacto pele-a-pele ajuda o recém-nascido a manter-se mais quente do que aquele que vai diretamente para o berço, ainda que seja berço aquecido. O mesmo autor diz que também recém-nascidos que têm uma temperatura corporal mais baixa, abarcando os prematuros, recuperam rapidamente a temperatura corporal quando se encontram em contacto pele-a-pele com a mãe. Em Portugal, o estudo de Abade et al. (2010) demonstrou que o contacto pele-a-pele, para a maioria dos recém-nascidos, favoreceu a manutenção da temperatura corporal e potenciou o seu aumento.

O contacto precoce pele-a-pele, imediatamente ao parto, é um forte estímulo sensorial que compreende o aquecimento do recém-nascido e a estimulação tátil e olfativa

(Cantrill et al., 2014; Moore et al., 2012). Por outro lado, verificou-se que a oxitocina resulta num aumento da temperatura da mama materna, resultando no aquecimento do recém-nascido, com maior estabilização da sua temperatura, da frequência respiratória e do seu nível de glicémia, com diminuição do choro, convergindo para a promoção da adaptação do recém-nascido à vida extra uterina (Mahmood et al., 2011). Desta feita, o contacto pele-a-pele, ao promover o início precoce e espontâneo da amamentação e ao acalmar a mãe e o recém-nascido, associa-se igualmente a um aumento da confiança das mães para cuidar dos seus recém-nascidos (Cantrill et al., 2014).

Em todos os artigos há evidências de as mulheres terem valorizado o contacto pele-a-pele com o seu recém-nascido, vindo no mesmo um contributo significativo para o seu bem-estar e do seu filho. Considerando que o tempo para a realização deste passo é essencial para o seu estabelecimento. Em todos os estudos há unanimidade quanto ao facto de o intercâmbio pelo contacto corporal mãe/recém-nascido imediatamente ao parto afetar positivamente e a longo prazo a qualidade dos cuidados e o envolvimento materno e, conseqüentemente, o desenvolvimento e o bem-estar da criança.

Cantrill et al. (2014) e Moore et al. (2012) também verificaram que as parturientes demonstram mais calma e satisfação, sendo o recém-nascido capaz de reconhecer o odor materno, pelo que o contacto pele-a-pele contribui para o conforto do recém-nascido, tornando-se mais calmo e com menos períodos de choro, sendo estes resultados concordantes com a evidência científica. Ficou demonstrado que o contacto pele-a-pele iniciado no período de alerta do recém-nascido permite o reconhecimento e a exploração pelo recém-nascido do corpo materno, bem como a adaptação saudável à vida extra uterina com o mínimo de procedimentos de rotina, acalmando-o, resultando na promoção de uma maior ligação mãe-recém-nascido e na estabilização cardíaca, respiratória e da temperatura do recém-nascido, bem como diminui o choro e o stresse e minimiza a perda de energia.

Em suma, os artigos analisados demonstram que o contacto pele-a-pele imediatamente após o parto contribui para o bem-estar do recém-nascido por respeitar os mecanismos fisiológicos e para o sucesso científico da amamentação.

III PARTE – Estudo empírico

ESTUDO EMPÍRICO II

De seguida faz-se a descrição dos procedimentos metodológicos do estudo empírico II.

1. METODOLOGIA

No presente capítulo faz-se a descrição dos procedimentos metodológicos inerentes ao estudo empírico, começando-se pela conceptualização do estudo, questões de investigação, objetivos, tipo de investigação e esquema conceptual de base. Segue-se a apresentação dos participantes, tendo em conta o tipo de amostra e a caracterização sociodemográfica da mesma; o instrumento de recolha de dados; os procedimentos na recolha dos dados e éticos e a análise dos dados, onde se especificam os testes estatísticos utilizados.

1.1. MÉTODOS

O toque é considerado a maneira mais elementar que permite estabelecer uma relação humana, na medida em que é um meio de transmissão de várias necessidades básicas, nomeadamente a segurança e o afeto (Santos, 2011). Deste modo, em conformidade com o autor citado, o contacto precoce pele-a-pele entre a mãe e o recém-nascido, imediatamente após o parto, deve ser uma prioridade para os profissionais de saúde. Esta prática tem benefícios físicos promissores, designadamente a manutenção da temperatura corporal, aumento dos níveis de glicemia capilar, diminuição da dor, redução do choro, promoção de conforto e sono, para além dos benefícios relacionais e psicológicos.

As práticas de atenção humanizada ao recém-nascido, como o contacto pele-a-pele na primeira hora de vida e a amamentação, proporcionam benefícios baseados em evidências quer para o recém-nascido, quer para a mãe. O contacto direto após o nascimento tranquiliza a mãe e auxilia o recém-nascido na estabilização dos batimentos cardíacos e da frequência respiratória, bem como mantém o calor corporal, evitando a hipotermia que pode resultar em problemas metabólicos (Carvalho, 2012)

O nascimento é um período que se reflete na capacidade de amar do ser humano, o que requer que a vinculação seja estabelecida o mais precocemente possível. Neste sentido, o contacto precoce pele-a-pele assume-se como uma estratégia prática e simples, potenciadora da vivência de um momento irrepetível, traduzindo analogamente o âmagô do amor genuíno entre a díade mãe/recém-nascido (Carvalho, 2012; Santos, 2011).

É neste contexto que surge naturalmente este estudo e se orientará no sentido de responder às seguintes questões: i) Qual a prevalência do contacto pele-a-pele e da amamentação na primeira hora de vida? ii) Quais são os fatores (variáveis sociodemográficas, variáveis relativas ao recém-nascido, variáveis contextuais da gravidez e contextuais do parto) que influenciam o contacto pele-a-pele e a amamentação na primeira hora de vida?

Os objetivos do estudo são: i) determinar a prevalência do contacto pele-a-pele e da amamentação na primeira hora de vida; ii) verificar se as variáveis sociodemográficas (idade e situação profissional) influenciam as práticas de contacto pele-a-pele e amamentação na primeira hora de vida; iii) averiguar se as variáveis contextuais da gravidez e do parto interferem nas práticas de contacto pele-a-pele e amamentação na primeira hora de vida; iv) verificar se as variáveis relativas ao recém-nascido (APGAR) interferem nas práticas de contacto pele-a-pele e amamentação na primeira hora de vida.

Para a concretização dos objetivos delineados, optou-se pelo tipo de investigação que tem as características dos estudos quantitativos, com corte transversal, descritivos e correlacionais.

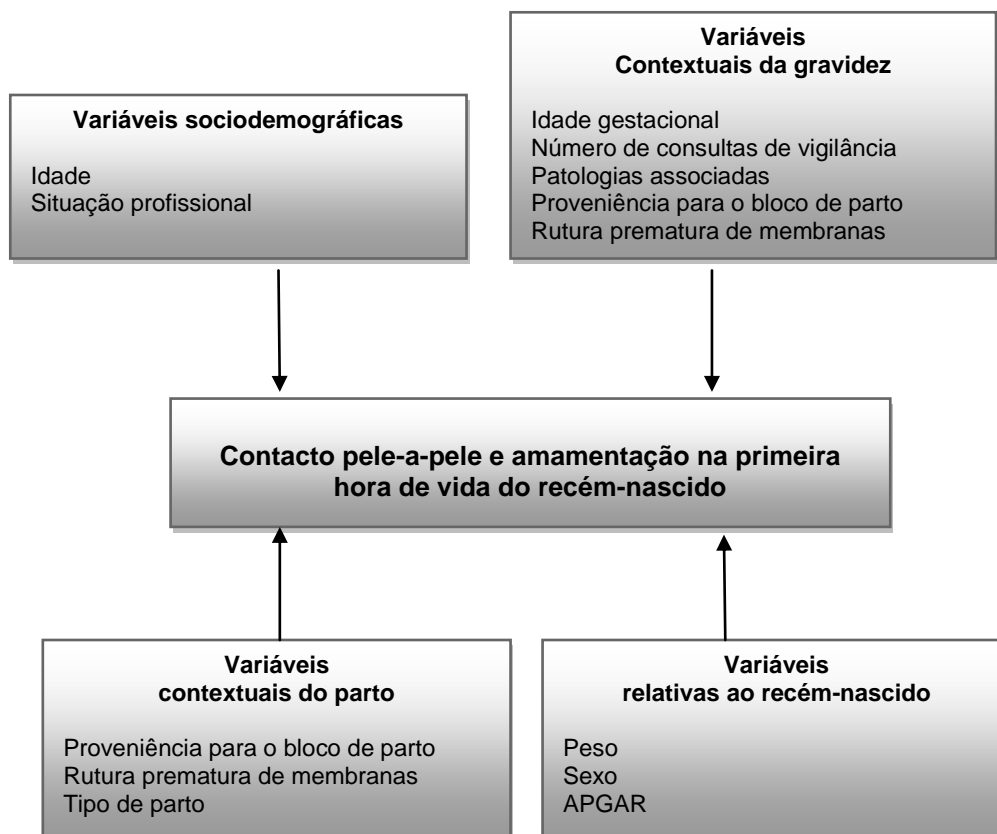
Utilizou-se a metodologia quantitativa por se fundamentar no método hipotético dedutivo e pelo qual os dados colhidos fornecem realidades objetivas no que respeita às variáveis em estudo, suscetíveis de serem conhecidas. A análise quantitativa garante a precisão dos resultados, evitando distorções de análise e de interpretação (Fortin, 2009).

Trata-se de um estudo transversal, pois “caracteriza-se pelo facto de a causa e o efeito estarem a ocorrer simultaneamente, embora a causa possa existir só no momento atual, ou existir desde algum tempo no passado, ou, por fim ser uma característica do indivíduo” (Campana, Padovani, Iaria, Freitas, Paiva & Hossne, 2001, p.129)

A investigação possui as características de um estudo descritivo, pois se, por um lado, recolhe informação de maneira independente ou conjunta sobre conceitos ou variáveis que se analisam especificando as suas propriedades e características, oferecendo ainda a possibilidade de fazer predições, por outro, tem como propósito avaliar a relação que existe entre dois ou mais conceitos, categorias ou variáveis (Fortin, 2009).

Nesta perspetiva e tendo em conta as considerações metodológicas adotadas para este estudo, elaborou-se uma representação esquemática, que procura dar a conhecer o tipo de relação que se pretende estabelecer entre as variáveis.

Figura 2 – Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas



1.2. PARTICIPANTES

Optou-se por uma amostra não probabilística por conveniência constituída por mulheres do serviço de Obstetrícia do Centro Hospitalar Cova da Beira, durante o ano de 2014, num total de 382 mulheres. Definimos como amostra as mulheres com idade ≥ 18 anos que tenham parido na Sala de Partos do Centro Hospitalar Cova da Beira.

1.2.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

Idade

Os resultados obtidos em relação à idade das mulheres revelam, para a globalidade da amostra, uma idade mínima de 18 anos e uma máxima de 46 anos, ao que corresponde uma idade média de 30,95 anos ($\pm 5,451$ anos). O teste de aderência à normalidade de Kolmogorod-Smirnov (K/S) apresenta distribuição normal, revelando curvas enviesadas à esquerda e leptocurticas. Já o coeficiente de variação indicia uma dispersão baixa face à idade média encontrada (cf. Tabela 9)

Tabela 9 - Estatísticas relativas à idade

| | N | Min | Max | M | D.P. | CV (%) | Sk/erro | K/erro | KS | p |
|--------------|-----|-----|-----|-------|-------|--------|---------|--------|-------|-------|
| Idade | 382 | 18 | 46 | 30,95 | 5,451 | 17,61 | -1,63 | -0,87 | 0,070 | 0,000 |

Situação profissional

No que se refere à situação profissional, constatamos que, para a globalidade da amostra, prevalecem as participantes empregadas (74,1%), das quais 87,1% se situam no grupo etário igual ou superior aos 35 anos e 69,4% têm idade igual ou inferior aos 34 anos. São também expressivos os valores encontrados para o grupo de participantes desempregadas (25,9%), onde 30,6% correspondem às mulheres mais novas e 12,9% às mulheres com mais idade, estas diferenças resultaram em relevância estatística ($X^2=12,169$; $p=0,000$) entre os grupos etários constituídos (cf. Tabela 10).

Tabela 10 – Distribuição da situação profissional em função do grupo etário

| Variáveis | Grupo etário | | ≤ 34 anos | | ≥ 35 anos | | Total | | Residuais | | X ² | p |
|------------------------------|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|-------|------|-----------|-------|----------------|---|
| | Nº (281) | % (73.6) | Nº (101) | % (26.4) | Nº (382) | % (100.0) | 1 | 2 | | | | |
| Situação profissional | | | | | | | | | | | | |
| Empregada | 195 | 69,4 | 88 | 87,1 | 283 | 74,1 | -3,5 | 3,5 | 12,169 | 0,000 | | |
| Desempregada | 86 | 30,6 | 13 | 12,9 | 99 | 25,9 | 3,5 | -3,5 | | | | |
| Total | 281 | 100,0 | 101 | 100,0 | 382 | 100,0 | | | | | | |

1.3. INSTRUMENTOS

O instrumento de colheita de dados utilizado teve como suporte o programa informático Microsoft Excel. Foi criado um conjunto de itens cuja composição final reflete, preocupações de caráter temporal e de conteúdo, tentando simultaneamente obter um instrumento que possa ser operacionalizado num período de tempo razoável e abranger uma diversidade de instrumentos que permitam medir as variáveis pertinentes, para alcançar os objetivos definidos (cf. Anexo III). Este foi preenchido através de consulta dos diferentes processo clínicos selecionados. O registo dos mesmos foi em formato Excel e, posteriormente, configurados em formato SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) para tratamento estatístico.

1.4. PROCEDIMENTOS

Teve-se sempre em consideração a necessidade do consentimento institucional para aplicação do instrumento de colheita de dados, motivo pelo qual foi solicitada a autorização ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar Cova da Beira (cf. Anexo II) onde foi implementado o estudo. No referido pedido de autorização expôs-se o tema e a finalidade do estudo, ao mesmo tempo que se garantia a disponibilidade dos resultados obtidos para o desenvolvimento de investigações futuras.

Foi garantida a confidencialidade, o anonimato de todos os dados colhidos relativos às participantes, bem como de todos os princípios éticos e morais inerentes aos dados.

1.5. ANÁLISE DE DADOS

Depois da colheita de dados, seguiu-se o processamento da sua codificação e respetiva tabulação, para que se pudesse preparar o tratamento estatístico.

Na análise dos dados, recorreu-se à estatística descritiva e analítica. No que respeita à primeira, determinámos frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central ou de localização como médias; medidas de variabilidade ou dispersão como amplitude de variação, coeficiente de variação e desvio padrão; medidas de forma como assimetria e achatamento e medidas de associação como coeficiente de correlação de Pearson.

O coeficiente de variação permite determinar dados de uma variável quantitativa devendo os resultados obtidos ser interpretados de acordo com os seguintes valores de referência (Pestana & Gageiro 2014):

| Coeficiente de variação | Classificação do Grau de dispersão |
|-------------------------|------------------------------------|
| 0% - 15% | Dispersão baixa |
| 16% - 30% | Dispersão moderada |
| > 30% | Dispersão alta |

O coeficiente de **correlação linear de Pearson** consiste numa medida de associação usada para o estudo de variáveis quantitativas. Os valores oscilam entre -1 e +1 e quanto mais elevado o índice mais forte a correlação. Diz-se que uma correlação é inversa quando apresenta valores negativos, o que significa que quando aumenta o valor dos índices de uma variável a outra oscila em sentido contrário. Diz-se que uma correlação é positiva ou direta quando os índices das duas variáveis aumentam ou diminuem no mesmo sentido. A comparação dos dois coeficientes deve ser feita em termos do seu valor ao quadrado designado por coeficiente de determinação (R^2) que indica a percentagem de variação de uma variável explicada pela outra.

Por convenção, para interpretação de resultados utilizam-se como valores de referência (Pestana & Gageiro 2014):

- $r < 0.2$ – associação muito baixa
- $0.2 \leq r \leq 0.39$ – associação baixa
- $0.4 \leq r \leq 0.69$ – associação moderada
- $0.7 \leq r \leq 0.89$ – associação alta
- $0.9 \leq r \leq 1$ – associação muito alta

No que respeita à estatística inferencial, usou-se a estatística paramétrica e estatística não paramétrica.

De acordo com Maroco (2014), os testes paramétricos são robustos à violação dos pressupostos da normalidade desde que as distribuições não sejam extremamente enviesadas ou achatadas e que as dimensões das amostras não sejam extremamente pequenas.

A estatística não paramétrica foi utilizada como alternativa aos testes paramétricos quando as condições de aplicação destes, designadamente a homogeneidade de variâncias entre os grupos, não se verificaram (Maroco, 2014) e quando os grupos não são homogêneos, isto é, quando o cociente entre o número de elementos que constituem a

amostra maior com a menor for superior a 1.5 (Pestana & Gageiro, 2014). Estes testes são menos potentes que os correspondentes testes paramétricos.

Assim, em relação à estatística paramétrica e não paramétrica, recorreu-se aos seguintes testes:

- **Teste de qui quadrado (X^2)** - para o estudo de relações entre variáveis Catoriais. Aplica-se a uma amostra em que a variável tem duas ou mais categorias comparando as frequências observadas com as que se esperam obter no universo, para se inferir sobre a relação existente entre as variáveis. Quando há relação entre as variáveis, devem localizar-se as células onde se verificam as diferenças através dos resíduos ajustados estandardizados que se situam fora do intervalo -1.96 e 1.96, (Pestana & Gageiro, 2014). A interpretação dos resíduos ajustados necessita de um número mínimo de oito elementos tanto no total da linha como na coluna.

Na análise estatística utilizámos os seguintes níveis de significância:

- $p < 0.05$ * - diferença estatística significativa
- $p < 0.01$ ** - diferença estatística bastante significativa
- $p < 0.001$ *** - diferença estatística altamente significativa
- $p \geq 0.05$ n.s. - diferença estatística não significativa

Todo o tratamento estatístico foi processado através do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 22.0 para Windows.

De referir ainda que no decurso do tratamento estatístico foram detetados dados omissos em algumas questões às quais se procedeu ao seu tratamento estatístico no intuito de determinar se as mesmas ao revelarem-se significativas poderiam pôr em causa toda a validade do estudo.

Após a descrição das considerações metodológicas, procede-se, no capítulo seguinte, à apresentação e análise dos resultados.

2. RESULTADOS

No presente capítulo, estruturado em duas partes, começa-se por apresentar os resultados relativos à estatística descritiva, seguindo-se os dados concernentes à estatística inferencial.

2.1. ANÁLISE DESCRITIVA

Seguem-se os resultados referentes ao contacto pele-a-pele e à amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido, tendo em conta as questões de investigação e os subsequentes objetivos delineados.

2.1.1. Variáveis contextuais da gravidez

Idade gestacional

Quanto aos resultados obtidos sem relação à idade gestacional das mulheres, para a globalidade da amostra, observamos uma idade mínima gestacional de 37 semanas e uma máxima de 41 semanas, ao que corresponde uma idade gestacional média de 39,20 semanas ($\pm 1,082$ semanas). O coeficiente de variação indicia uma dispersão baixa face à idade média gestacional encontrada (cf. Tabela 11)

Tabela 11 - Estatísticas relativas à idade gestacional

| | N | Min | Max | M | D.P. | CV (%) | Sk/erro | K/erro | KS | p |
|--------------|-----|-----|-----|-------|-------|--------|---------|--------|-------|-------|
| Idade | 382 | 37 | 41 | 39,20 | 1,082 | 3,58 | -1,40 | -2,21 | 0,176 | 0,000 |

Analisando os resultados da idade gestacional em função do grupo etário, verificamos que o grupo prevalente é o das participantes cuja idade gestacional é 39 semanas, representando 34,8% do total da amostra, das quais 33,8% são as mais novas em termos de grupo etário e 37,6% são as que possuem mais idade. Importa também referir o

percentual encontrado para o grupo das mulheres com idade gestacional de 40 semanas, sendo o mesmo expressivo (28,5%), onde se incluem 28,5% das mulheres no grupo etário igual ou inferior aos 34 anos e 28,7% situam-se no grupo etário igual ou superior aos 35 anos. A diferença entre as faixas etárias no que se refere à idade gestacional é estatisticamente significativa ($X^2=11,816$; $p=0,019$) (cf. Tabela 12).

Tabela 12 – Distribuição da idade gestacional em função do grupo etário

| Grupo etário Variáveis | ≤ 34 anos | | ≥ 35 anos | | Total | | Residuais | | X ² | p |
|---------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|-----------|------|----------------|-------|
| | Nº (281) | % (73.6) | Nº (101) | % (26.4) | Nº (382) | % (100.0) | 1 | 2 | | |
| Idade gestacional | | | | | | | | | | |
| 37 semanas | 13 | 4,6 | 13 | 12,9 | 26 | 6,8 | -2,8 | 2,8 | 11,816 | 0,019 |
| 38 semanas | 55 | 19,6 | 14 | 13,9 | 69 | 18,1 | 1,3 | -1,3 | | |
| 39 semanas | 95 | 33,8 | 38 | 37,6 | 133 | 34,8 | -,7 | ,7 | | |
| 40 semanas | 80 | 28,5 | 29 | 28,7 | 109 | 28,5 | ,0 | ,0 | | |
| 41 semanas | 38 | 13,5 | 7 | 6,9 | 45 | 11,8 | 1,8 | -1,8 | | |
| Total | 281 | 100,0 | 101 | 100,0 | 382 | 100,0 | | | | |

Verificamos que há uma correlação negativa ($r=-0,101$) entre o grupo etário vs idade gestacional e entre a idade gestacional vs *grupo etário* ($r=-0,101$), com diferenças estatisticamente significativas (cf. Tabela 13).

Tabela 13 - Matriz de Correlação de Pearson entre o grupo etário e a idade gestacional

| | Grupo etário | Idade gestacional |
|-------------------|--------------|-------------------|
| Grupo etário | -- | -,101* |
| Idade gestacional | -,101* | -- |

* $p < 0.001$

Vigilância

Em relação à vigilância durante a gravidez, conforme exposto na Tabela 14, observamos que quase a totalidade das mulheres foram vigiadas (97,4%), quer as mais novas (97,8%), quer as mais velhas (96,0%).

Tabela 14 – Distribuição da vigilância durante a gravidez em função do grupo etário

| Grupo etário Variáveis | ≤ 34 anos | | ≥ 35 anos | | Total | | Residuais | | X ² | p |
|---------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|-----------|------|----------------|-------|
| | Nº (279) | % (73.6) | Nº (100) | % (26.4) | Nº (379) | % (100.0) | 1 | 2 | | |
| Vigilância | | | | | | | | | | |
| Sim | 273 | 97,8 | 96 | 96,0 | 369 | 97,4 | 1,0 | -1,0 | 0,980 | 0,322 |
| Não | 6 | 2,2 | 4 | 4,0 | 10 | 2,6 | -1,0 | 1,0 | | |
| Total | 279 | 100,0 | 100 | 100,0 | 379 | 100,0 | | | | |

Número de consultas de vigilância

Em relação ao número de consultas de vigilância durante a gravidez, para a globalidade da amostra, observamos um mínimo de 0 (zero) consultas e um máximo de 16, ao que corresponde uma idade média de 9,38 consultas ($\pm 2,411$ consultas). O teste de aderência à normalidade de Kolmogorod-Smirnov (K/S) apresenta distribuição normal, revelando curvas enviesadas à esquerda e leptocurticas. Já o coeficiente de variação indicia uma dispersão moderada face à média de consultas encontrada (cf. Tabela 15)

Tabela 15 - Estatísticas relativas ao número de consultas de vigilância

| | N | Min | Max | M | D.P. | CV (%) | Sk/erro | K/erro | KS | p |
|-------------------------|-----|-----|-----|------|-------|--------|---------|--------|-------|-------|
| N.º de consultas | 382 | 0 | 16 | 9,38 | 2,411 | 25,70 | -4,58 | 5,00 | 0,139 | 0,000 |

Na totalidade da amostra, prevalecem as mulheres que foram vigiadas uma vez que 94,2% tiveram 6 ou mais consultas de vigilância, correspondendo 94,3% às que se situam no grupo etário ≤ 34 anos e 94,0% no grupo etário ≥ 35 anos, apenas 5,8% não foram vigiadas atendendo a que foram a 5 ou menos consultas de vigilância (cf. Tabela 16).

Tabela 16 – Distribuição do número de consultas de vigilância em função do grupo etário

| Grupo etário | ≤ 34 anos | | ≥ 35 anos | | Total | | Residuais | | χ^2 | p |
|-------------------------|----------------|-------------|----------------|-------------|-------------|--------------|-----------|-----|----------|-------|
| | Nº (279) | % (73.6) | Nº (100) | % (26.4) | Nº (379) | % (100.0) | 1 | 2 | | |
| N.º de consultas | | | | | | | | | | |
| ≤ 5 consultas | 16 | 5,7 | 6 | 6,0 | 22 | 5,8 | -,1 | ,1 | 0,009 | 0,922 |
| ≥ 6 consultas | 263 | 94,3 | 94 | 94,0 | 357 | 94,2 | ,1 | -,1 | | |
| Total | 279 | 100,0 | 100 | 100,0 | 379 | 100,0 | | | | |

Fazendo a análise dos resultados do número de consultas vs vigilância em função do grupo etário, observamos que, na totalidade da amostra, a grande maioria das mulheres (93,5%) foram vigiadas, das quais 93,6% se situam no grupo etário inferior ou igual aos 34 anos e 93,1% no grupo etário igual ou superior aos 35 anos (cf. Tabela 17).

Tabela 17 – Distribuição do número de consultas vs vigilância em função do grupo etário

| Variáveis | Grupo etário | | ≤ 34 anos | | ≥ 35 anos | | Total | | Residuais | | X ² | p |
|---------------------------------------|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|-------|-----|-----------|-------|----------------|---|
| | Nº (281) | % (73.6) | Nº (101) | % (26.4) | Nº (382) | % (100.0) | 1 | 2 | | | | |
| N.º de consultas vs vigilância | | | | | | | | | | | | |
| Vigiada | 263 | 93,6 | 94 | 93,1 | 357 | 93,5 | ,2 | -,2 | 0,033 | 0,855 | | |
| Não vigiada | 18 | 6,4 | 7 | 6,9 | 25 | 6,5 | -,2 | ,2 | | | | |
| Total | 281 | 100,0 | 101 | 100,0 | 382 | 100,0 | | | | | | |

Patologias associadas à gravidez

Procurámos saber se as mulheres tinham alguma patologia associada à gravidez, do que apurámos que a maioria (87,4%) não tinha qualquer patologia, incluindo-se neste grupo 90,0% participantes mais novas e 80,2% mais velhas. Todavia, registamos que 12,6% das mulheres tinham patologia, resultando esta diferença em relevância estatística ($X^2=6,545$; $p=0,011$) (cf. Tabela 18).

Tabela 18 – Distribuição da presença de patologias associadas à gravidez por grupos etários

| Variáveis | Grupo etário | | ≤ 34 anos | | ≥ 35 anos | | Total | | Residuais | | X ² | p |
|-------------------|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|-------|------|-----------|-------|----------------|---|
| | Nº (281) | % (73.6) | Nº (101) | % (26.4) | Nº (382) | % (100.0) | 1 | 2 | | | | |
| Patologias | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 28 | 10,0 | 20 | 19,8 | 48 | 12,6 | -2,6 | 2,6 | 6,545 | 0,011 | | |
| Não | 253 | 90,0 | 81 | 80,2 | 334 | 87,4 | 2,6 | -2,6 | | | | |
| Total | 281 | 100,0 | 101 | 100,0 | 382 | 100,0 | | | | | | |

2.1.2. Variáveis contextuais do parto

Proveniência para o bloco de parto

Quanto à proveniência das mulheres para bloco de parto, conforme exposto na Tabela 19, podemos dizer que, na totalidade da amostra, prevalecem as que provieram da urgência, com uma representatividade de 62,2%, onde 64,0% das participantes se incluem no grupo etário igual ou inferior aos 34 anos e 57,0% no grupo etário igual ou superior aos 35 anos. Importa também referenciar que 37,8% das mulheres provieram do internamento, fazendo parte deste grupo 36,0% das mulheres mais novas e 43,0% situam-se no grupo etário superior ou igual a 35 anos.

Tabela 19 – Distribuição da proveniência para o bloco de parto por grupos etários

| Grupo etário | ≤ 34 anos | | ≥ 35 anos | | Total | | Residuais | | X ² | p |
|---------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|-----------|------|----------------|-------|
| | Nº (278) | % (73.5) | Nº (100) | % (26.5) | Nº (378) | % (100.0) | 1 | 2 | | |
| Proveniência | | | | | | | | | | |
| Urgência | 178 | 64,0 | 57 | 57,0 | 235 | 62,2 | 1,2 | -1,2 | 1,545 | 0,214 |
| Internamento | 100 | 36,0 | 43 | 43,0 | 143 | 37,8 | -1,2 | 1,2 | | |
| Total | 278 | 100,0 | 100 | 100,0 | 378 | 100,0 | | | | |

Rutura prematura de membranas

No que concerne à rotura prematura de membranas (RPM), constatamos que, na totalidade da amostra, predominam as mulheres cuja ocorrência foi espontânea, onde se incluem 69,9% das mulheres mais novas e 76,5% das mais velhas. Todavia, 28,4% das participantes tiveram uma rotura de membranas artificial, das quais 30,1% se inserem no grupo etário idade igual ou inferior aos 34 anos e 23,5% no grupo etário igual ou superior aos 35 anos (cf. Tabela 20).

Tabela 20 – Distribuição da rotura prematura de membranas por grupos etários

| Grupo etário | ≤ 34 anos | | ≥ 35 anos | | Total | | Residuais | | X ² | p |
|--------------|-------------|-------------|------------|-------------|-------------|--------------|-----------|------|----------------|-------|
| | Nº (279) | % (74.0) | Nº (98) | % (26.0) | Nº (377) | % (100.0) | 1 | 2 | | |
| RPM | | | | | | | | | | |
| Espontânea | 195 | 69,9 | 75 | 76,5 | 270 | 71,6 | -1,3 | 1,3 | 1,572 | 0,210 |
| Artificial | 84 | 30,1 | 23 | 23,5 | 107 | 28,4 | 1,3 | -1,3 | | |
| Total | 279 | 100,0 | 98 | 100,0 | 377 | 100,0 | | | | |

Duração do período expulsivo do parto

Em relação à duração do período expulsivo do parto, conforme a análise dos dados apresentados na Tabela 21, observamos que, na totalidade da amostra, há um claro predomínio de mulheres cujo período de expulsão do parto foi inferior a 30 minutos, onde 91,4% se insere do grupo etário igual ou inferior aos 34 anos e 89,7% no grupo etário igual ou superior aos 35 anos.

Tabela 21 – Distribuição da duração do período expulsivo do parto por grupos etários

| Grupo etário | ≤ 34 anos | | ≥ 35 anos | | Total | | Residuais | | X ² | p |
|--|-------------|-------------|------------|-------------|-------------|--------------|-----------|-----|----------------|-------|
| | Nº (278) | % (74.1) | Nº (97) | % (25.9) | Nº (375) | % (100.0) | 1 | 2 | | |
| Duração do período expulsivo do parto | | | | | | | | | | |
| > 45 minutos | 8 | 2,9 | 2 | 2,1 | 10 | 2,7 | ,4 | -,4 | 0,899 | 0,638 |
| 30-45 minutos | 16 | 5,8 | 8 | 8,2 | 24 | 6,4 | -,9 | ,9 | | |
| < 30 minutos | 254 | 91,4 | 87 | 89,7 | 341 | 90,9 | ,5 | -,5 | | |
| Total | 278 | 100,0 | 98 | 100,0 | 375 | 100,0 | | | | |

Tipo de parto

Os resultados apresentados na Tabela 22 indicam-nos que, na globalidade da amostra, há um predomínio de mulheres que tiveram um parto eutócico (80,4%), onde 79,0% das mulheres se situam no grupo etário igual ou inferior aos 34 anos e 84,2% no grupo etário igual ou superior aos 35 anos. Seguem-se, em termos percentuais, as mulheres com um parto onde foi necessária a intervenção de ventosa (15,4%), das quais 16,0% correspondem às mulheres do grupo etário igual ou inferior aos 34 anos e 13,9% no grupo etário igual ou superior aos 35 anos.

Tabela 22 – Distribuição do tipo de parto por grupos etários

| Grupo etário | ≤ 34 anos | | ≥ 35 anos | | Total | | Residuais | | X ² | p |
|----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|-----------|------|----------------|-------|
| | Nº (281) | % (73.6) | Nº (101) | % (26.4) | Nº (382) | % (100.0) | 1 | 2 | | |
| Tipo de parto | | | | | | | | | | |
| Eutócico | 222 | 79,0 | 85 | 84,2 | 307 | 80,4 | -1,1 | 1,1 | 2,153 | 0,541 |
| Ventosa | 45 | 16,0 | 14 | 13,9 | 59 | 15,4 | ,5 | -,5 | | |
| Forceps | 13 | 4,6 | 2 | 2,0 | 15 | 3,9 | 1,2 | -1,2 | | |
| Pélvico | 1 | 0,4 | - | - | 1 | 0,3 | ,6 | -,6 | | |
| Total | 281 | 100,0 | 101 | 100,0 | 382 | 100,0 | | | | |

Idade gestacional vs. Tipo de parto

Analisando os resultados da idade gestacional e o tipo de parto, verificamos que, no grupo de mulheres com um parto eutócico, o percentual mais elevado corresponde às que possuem 39 semanas (36,5%), seguindo-se as que possuem 40 semanas de idade gestacional (28,3%) e as que possuem 38 semanas de idade gestacional (17,9%). Já no grupo de mulheres com parto distócico, também prevalecem as mulheres com idade gestacional de 40 semanas (29,3%), seguindo-se as que possuem 39 semanas (28,0%) e 38 semanas (18,7%) de idade gestacional (cf. Tabela 23).

Tabela 23 – Tipo de parto em função da idade gestacional

| Tipo de parto Variáveis | Eutócico | | Distócico | | Total | | Residuais | | X ² | p |
|----------------------------|-------------|-------------|------------|-------------|-------------|--------------|-----------|------|----------------|-------|
| | Nº (307) | % (80.4) | Nº (75) | % (19.6) | Nº (382) | % (100.0) | 1 | 2 | | |
| Idade gestacional | | | | | | | | | | |
| 37 semanas | 21 | 6,8 | 5 | 6,7 | 26 | 6,8 | ,1 | -,1 | 3,731 | 0,444 |
| 38 semanas | 55 | 17,9 | 14 | 18,7 | 69 | 18,1 | -,2 | ,2 | | |
| 39 semanas | 112 | 36,5 | 21 | 28,0 | 133 | 34,8 | 1,4 | -1,4 | | |
| 40 semanas | 87 | 28,3 | 22 | 29,3 | 109 | 28,5 | -,2 | ,2 | | |
| 41 semanas | 32 | 10,4 | 13 | 17,3 | 45 | 11,8 | -1,7 | 1,7 | | |
| Total | 307 | 100,0 | 75 | 100,0 | 382 | 100,0 | | | | |

Idade cronológica vs. Risco na gravidez

A leitura da Tabela 24 revela-nos que as mulheres com gravidez de risco, na sua maioria, são as mais novas (55,9%), sendo também neste grupo que se regista o valor percentual mais elevado de mulheres sem gravidez de risco (76,9%), o que resultou em diferenças estatisticamente significativas ($X^2=11,249$; $p=0,001$).

Tabela 24 – Grupo etário em função do risco na gravidez

| Risco na gravidez Variáveis | Gravidez de risco | | Gravidez sem risco | | Total | | Residuais | | X ² | p |
|--------------------------------|-------------------|-------------|--------------------|-------------|-------------|--------------|-----------|------|----------------|-------|
| | Nº (59) | % (15.6) | Nº (320) | % (84.4) | Nº (379) | % (100.0) | 1 | 2 | | |
| Grupo etário | | | | | | | | | | |
| ≤ 34 anos | 33 | 55,9 | 246 | 76,9 | 279 | 73,6 | -3,4 | 3,4 | 11,249 | 0,001 |
| ≥ 35 anos | 26 | 44,1 | 74 | 23,1 | 100 | 26,4 | 3,4 | -3,4 | | |
| Total | 59 | 100,0 | 320 | 100,0 | 379 | 100,0 | | | | |

Vigilância na gravidez vs. Risco na gravidez

Analisando os resultados de risco na gravidez em função da vigilância, apuramos que, independentemente de as mulheres serem ou não vigiadas na gravidez, há um claro predomínio das que têm gravidez de risco e são vigiadas (93,2%) e sem gravidez de risco e vigiadas (93,4%).

Tabela 25 – Vigilância na gravidez em função do risco na gravidez

| Risco na gravidez Variáveis | Gravidez de risco | | Gravidez sem risco | | Total | | Residuais | | X ² | p |
|--------------------------------|-------------------|-------------|--------------------|-------------|-------------|--------------|-----------|-----|----------------|-------|
| | Nº (59) | % (15.6) | Nº (320) | % (84.4) | Nº (379) | % (100.0) | 1 | 2 | | |
| Vigilância | | | | | | | | | | |
| Vigiada | 55 | 93,2 | 299 | 93,4 | 354 | 93,4 | -,1 | ,1 | 0,004 | 0,951 |
| Não vigiada | 4 | 6,8 | 21 | 6,6 | 25 | 6,6 | ,1 | -,1 | | |
| Total | 59 | 100,0 | 320 | 100,0 | 379 | 100,0 | | | | |

Idade gestacional vs. Risco na gravidez

Reportando-nos agora à idade gestacional em função de uma gravidez de risco, podemos inferir que sobressaem, no grupo de mulheres com gravidez de risco, as que têm 39 e 40 semanas de idade gestacional, com igual percentual (30,5%, respetivamente), seguindo-se as que possuem 38 semanas de idade gestacional. No grupo de mulheres sem gravidez de risco, há um predomínio das possuem 39 semanas de idade gestacional (35,3%) e das que têm 40 semanas (28,4%).

Tabela 26 – Idade gestacional em função do risco na gravidez

| Risco na gravidez Variáveis | Gravidez de risco | | Gravidez sem risco | | Total | | Residuais | | X ² | p |
|--------------------------------|-------------------|-------------|--------------------|-------------|-------------|--------------|-----------|-----|----------------|-------|
| | Nº (59) | % (15,6) | Nº (320) | % (84,4) | Nº (379) | % (100,0) | 1 | 2 | | |
| Idade gestacional | | | | | | | | | | |
| 37 semanas | 3 | 5,1 | 23 | 7,2 | 26 | 6,9 | -,6 | ,6 | 1,294 | 0,862 |
| 38 semanas | 13 | 22,0 | 56 | 17,5 | 69 | 18,2 | ,8 | -,8 | | |
| 39 semanas | 18 | 30,5 | 113 | 35,3 | 131 | 34,6 | -,7 | ,7 | | |
| 40 semanas | 18 | 30,5 | 91 | 28,4 | 109 | 28,8 | ,3 | -,3 | | |
| 41 semanas | 7 | 11,9 | 37 | 11,6 | 44 | 11,6 | ,1 | -,1 | | |
| Total | 59 | 100,0 | 320 | 100,0 | 379 | 100,0 | | | | |

2.1.3. Características do recém-nascido

Peso

A Tabela 27 reporta-se às estatísticas do peso do recém-nascido. Nas mães com idade inferior ou igual aos 34 anos o peso mínimo é de 2,170 kg e o máximo de 4,630 Kg e nas mães com idade igual ou superior aos 35 anos oscila entre 2,230 kg e 4,270 kg, respetivamente, enquanto para a globalidade da amostra a amplitude situa-se entre os 2,170 kg e 4,630 kg com um peso médio de 3,180 kg e desvio padrão de 413,410 kg. Pelos índices médios denota-se que os recém-nascidos das mulheres mais novas (média = 3,187 Kg ± 423,222 kg) são mais pesados que os das mulheres mais velhas (média 3,159 kg ± 386,075 kg), com diferenças estatísticas significativas ($p \geq 0,05$). Os valores de assimetria e curtose indicam que o peso não tem uma distribuição normal dado apresentarem curvas leptocurticas e enviesadas à esquerda.

Tabela 27 - Estatísticas relativas ao peso do recém-nascido por idade da mãe

| Idade \ Peso | N | Min | Max | M | D.P. | CV (%) | Sk/erro | K/erro | KS | p |
|--------------|------------|--------------|--------------|----------------|----------------|--------------|-------------|-------------|--------------|--------------|
| | ≤ 34 anos | 281 | 2,170 | 4,630 | 3187,69 | 423,222 | 13,27 | 2,71 | 1,32 | 0,060 |
| ≥ 35 anos | 101 | 2,230 | 4,270 | 3159,80 | 386,075 | 12,21 | 0,80 | 1,08 | 0,053 | 0.200 |
| Total | 382 | 2,170 | 4,630 | 3180,31 | 413,410 | 12,99 | 2,86 | 1,71 | 0,048 | 0,037 |

Sexo do recém-nascido

Os resultados referentes ao sexo dos recém-nascidos mostram, para a totalidade da amostra, 53,5% rapazes e 46,5% de raparigas. Tanto nas mulheres mais novas, como na mulheres mais velhas, na sua maioria tiveram rapazes com percentuais idênticos (53,5%). Assim, inferimos que nasceram mais rapazes do que raparigas, sem diferença estatística significativa face aos grupos etários da mãe. (cf. Tabela 28).

Tabela 28 – Distribuição do sexo do recém-nascido por grupo etário da mãe

| Grupo etário Variáveis | ≤ 34 anos | | ≥ 35 anos | | Total | | Residuais | | X ² | p |
|---------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|-----------|----|----------------|-------|
| | Nº (280) | % (73.5) | Nº (101) | % (26.5) | Nº (381) | % (100.0) | 1 | 2 | | |
| Sexo do RN | | | | | | | | | | |
| Raparigas | 130 | 46,4 | 47 | 46,5 | 177 | 46,5 | ,0 | ,0 | 0,000 | 0,985 |
| Rapazes | 150 | 53,6 | 54 | 53,5 | 204 | 53,5 | ,0 | ,0 | | |
| Total | 280 | 100,0 | 101 | 100,0 | 381 | 100,0 | | | | |

APGAR nos três momentos de avaliação

Assim que nasce, o recém-nascido é pesado, medido e submetido ao teste (ou Escala) de APGAR, que tem como objetivo avaliar as condições de vitalidade do recém-nascido, ou seja, o seu nível de adaptação à vida extra uterina. Este teste (Escala) consiste na avaliação de cinco sinais vitais do recém-nascido no primeiro minuto (que permite determinar o grau de tolerância do recém-nascido ao parto), no quinto minuto (que possibilita avaliar o grau de adaptação do recém-nascido à vida extra uterina) e no décimo minuto após o nascimento, atribuindo-se a cada um dos sinais uma pontuação de 0 a 2, de acordo com a condição observada.

Deste modo, e tendo em conta os resultados encontrados, podemos dizer que se encontrou uma avaliação mínima de 0,00 no primeiro minuto e uma máxima de 10,00; já no segundo minuto a pontuação mínima é 2,00 e a máxima 10,00; ao décimo minuto registamos uma pontuação mínima de 6,00 e também uma máxima de 10,00. Em termos médios, como seria expectável, a pontuação mais elevada é a do décimo minuto (média =

9,95 ± 0,340), seguindo-se, em termos de média, o segundo minuto (média = 9,81 ± 0,704) e, por fim, o primeiro minuto (média = 8,71 ± 1,494), resultando em relevância estatística ($p=0,000$). Estes resultados sugerem que, tendo sido a pontuação máxima de 10, estamos perante uma amostra de recém-nascidos com vitalidade e com melhor capacidade de adaptação à vida extra uterina, ou seja, é sinal de que o recém-nascido está em perfeitas condições de saúde (cf. Tabela 29).

Tabela 29 - Estatísticas relativas ao Apgar nos três momentos de avaliação

| Apgar | N | Min | Max | M | D.P. | CV (%) | Sk/erro | K/erro | KS | p |
|-------------|-----|------|-------|------|-------|--------|---------|--------|-------|-------|
| 1.º minuto | 382 | 0,00 | 10,00 | 8,71 | 1,494 | 17,15 | -21,24 | 37,47 | 0,352 | 0.000 |
| 2.º minuto | 382 | 2,00 | 10,00 | 9,81 | 0,704 | 7,17 | -51,74 | 221,48 | 0,495 | 0.000 |
| 10.º minuto | 382 | 6,00 | 10,00 | 9,95 | 0,340 | 3,41 | -74,28 | 395,36 | 0,527 | 0.000 |

A Tabela 30 reporta-se aos resultados do APGAR no 1º minuto em função do sexo do recém-nascido, de onde retiramos que no grupo das raparigas se registam percentuais muito próximos para ambas as pontuações ($46,4\% \leq 6$ vs. $46,5\% \geq 7$). Sendo esta uma ocorrência análoga aos rapazes, na medida em que se encontram percentuais também muito próximos ($53,6\% \leq 6$ vs. $53,5\% \geq 7$).

Tabela 30 – Distribuição do APGAR no 1º minuto por sexo do recém-nascido

| Variáveis | APGAR ≤ 6 | | APGAR ≥ 7 | | Total | | Residuais | | X ² | p |
|-------------------|-----------|---------|-----------|----------|----------|-----------|-----------|----|----------------|-------|
| | Nº (28) | % (7.3) | Nº (353) | % (92.7) | Nº (381) | % (100.0) | 1 | 2 | | |
| Sexo do RN | | | | | | | | | | |
| Raparigas | 13 | 46,4 | 47 | 46,5 | 177 | 46,5 | ,0 | ,0 | 0,000 | 0,998 |
| Rapazes | 15 | 53,6 | 189 | 53,5 | 204 | 53,5 | ,0 | ,0 | | |
| Total | 28 | 100,0 | 353 | 100,0 | 381 | 100,0 | | | | |

Quanto aos resultados da avaliação do APGAR no 5º minuto em função do sexo, constatamos que sobressaem as raparigas com uma pontuação ≥ 7 (46,4%), enquanto no grupo dos rapazes há um predomínio dos que obtiveram uma pontuação ≤ 6 (66,7%) (cf. Tabela 31).

Tabela 31 – Distribuição do APGAR no 5º minuto por sexo do recém-nascido

| APGAR Variáveis | ≤ 6 | | ≥ 7 | | Total | | Residuais | | X ² | p |
|--------------------|-----------|------------|-------------|-------------|-------------|--------------|-----------|-----|----------------|-------|
| | Nº (3) | % (0.8) | Nº (378) | % (99.2) | Nº (381) | % (100.0) | 1 | 2 | | |
| Sexo do RN | | | | | | | | | | |
| Raparigas | 1 | 33,3 | 176 | 46,6 | 177 | 46,5 | -,5 | ,5 | 0,209 | 0,647 |
| Rapazes | 2 | 66,7 | 202 | 53,4 | 204 | 53,5 | ,5 | -,5 | | |
| Total | 3 | 100,0 | 378 | 100,0 | 381 | 100,0 | | | | |

Reportando-nos agora à avaliação do APGAR no 10º minuto, observamos que quer raparigas, quer rapazes obtiveram uma pontuação ≥ 7 (46,4% vs. 53,6%) (cf. Tabela 32).

Tabela 32 – Distribuição do APGAR no 10º minuto por sexo do recém-nascido

| APGAR Variáveis | ≤ 6 | | ≥ 7 | | Total | | Residuais | | X ² | p |
|--------------------|-----------|------------|-------------|-------------|-------------|--------------|-----------|-----|----------------|-------|
| | Nº (2) | % (0.5) | Nº (379) | % (99.5) | Nº (381) | % (100.0) | 1 | 2 | | |
| Sexo do RN | | | | | | | | | | |
| Raparigas | 1 | 50,0 | 176 | 46,4 | 177 | 46,5 | ,1 | -,1 | 0,010 | 0,920 |
| Rapazes | 1 | 50,0 | 203 | 53,6 | 204 | 53,5 | -,1 | ,1 | | |
| Total | 2 | 100,0 | 378 | 100,0 | 381 | 100,0 | | | | |

APGAR vs tipo de parto

Reportando-nos à avaliação do APGAR em função do tipo de parto, constatamos que 82,5% dos recém-nascidos, que nasceram de um parto eutócico obtiveram uma pontuação no APGAR igual ou superior a 7, enquanto os recém-nascidos de um parto distócico, na sua maioria (46,4%), alcançaram uma pontuação inferior ou igual a 6, tendo resultado em relevância estatística ($X^2=13,748$, $p=0,000$) (cf. Tabela 33).

Tabela 33 – Distribuição do APGAR no 1º minuto vs tipo de parto

| APGAR Variáveis | ≤ 6 | | ≥ 7 | | Total | | Residuais | | X ² | p |
|----------------------|------------|------------|-------------|-------------|-------------|--------------|-----------|------|----------------|-------|
| | Nº (28) | % (7.3) | Nº (354) | % (92.7) | Nº (382) | % (100.0) | 1 | 2 | | |
| Tipo de parto | | | | | | | | | | |
| Eutócico | 15 | 53,6 | 292 | 82,5 | 307 | 80,4 | -3,7 | 3,7 | 13,748 | 0,000 |
| Distócico | 13 | 46,4 | 62 | 17,5 | 75 | 19,6 | 3,7 | -3,7 | | |
| Total | 28 | 100,0 | 354 | 100,0 | 382 | 100,0 | | | | |

Em relação aos valores do APGAR ao 5º minuto por tipo de parto, referimos que sobressaem os 80,7% dos recém-nascidos com uma pontuação igual ou superior a 7 que nasceram num parto eutócico, enquanto 66,7% dos nascidos de um parto eutócico, no

mesmo período de avaliação, obtiveram a pontuação igual ou inferior a 6, tendo resultado em diferenças estaticamente significativas ($X^2=4,239$, $p=0,040$) (cf. Tabela 34).

Tabela 34 – Distribuição do APGAR no 5º minuto vs tipo de parto

| Variáveis | APGAR ≤ 6 | | APGAR ≥ 7 | | Total | | Residuais | | X ² | p |
|----------------------|-----------|---------|-----------|----------|----------|-----------|-----------|------|----------------|-------|
| | Nº (3) | % (0.8) | Nº (379) | % (99.2) | Nº (382) | % (100.0) | 1 | 2 | | |
| Tipo de parto | | | | | | | | | | |
| Eutócico | 1 | 33,3 | 306 | 80,7 | 307 | 80,4 | -2,1 | 2,1 | 4,239 | 0,040 |
| Distócico | 2 | 66,7 | 73 | 19,3 | 75 | 19,6 | 2,1 | -2,1 | | |
| Total | 3 | 100,0 | 379 | 100,0 | 382 | 100,0 | | | | |

Por fim, e tendo em conta o tipo de parto e os resultados da avaliação do APGAR no 10º minuto, podemos referir que a grande maioria dos recém-nascidos, nasceu de um parto eutócico (80,5%) obtiveram uma pontuação igual ou superior a 7 bem como 19,5% dos nascidos de um parto distócico (cf. Tabela 35).

Tabela 35 – Distribuição do APGAR no 10º minuto vs tipo de parto

| Variáveis | APGAR ≤ 6 | | APGAR ≥ 7 | | Total | | Residuais | | X ² | p |
|----------------------|-----------|---------|-----------|----------|----------|-----------|-----------|------|----------------|-------|
| | Nº (2) | % (0.5) | Nº (380) | % (99.5) | Nº (382) | % (100.0) | 1 | 2 | | |
| Tipo de parto | | | | | | | | | | |
| Eutócico | 1 | 50,0 | 306 | 80,5 | 307 | 80,4 | -1,1 | 1,1 | 1,175 | 0,278 |
| Distócico | 1 | 50,0 | 74 | 19,5 | 75 | 19,6 | 1,1 | -1,1 | | |
| Total | 2 | 100,0 | 380 | 100,0 | 382 | 100,0 | | | | |

2.1.4. Amamentação e contacto pele-a-pele

Recém-nascido ter mamado na primeira hora de vida e grupo etário

Reportando-nos ao facto de o recém-nascido ter mamado na primeira hora de vida em função da idade. Assim, conforme nos mostra a Tabela 36, apuramos que a grande maioria das mães deu de mamar ao recém-nascido na primeira hora de vida, quer as que se situam no grupo etário igual ou inferior aos 34 anos (93,2%), quer as que se situam no grupo etário igual ou superior aos 35 anos (91,0%).

Tabela 36 – Mamada/Amamentação na primeira hora de vida por grupo etário da mãe

| Variáveis | Grupo etário | | ≤ 34 anos | | ≥ 35 anos | | Total | | Residuais | | X ² | p |
|--|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|-------|-----|-----------|-------|----------------|---|
| | Nº (279) | % (73.6) | Nº (100) | % (26.4) | Nº (379) | % (100.0) | 1 | 2 | | | | |
| Mamada/Amamentação na 1ª hora de vida | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 260 | 93,2 | 91 | 91,0 | 351 | 92,6 | ,7 | -,7 | 0,516 | 0,473 | | |
| Não | 19 | 6,8 | 9 | 9,0 | 28 | 7,4 | -,7 | ,7 | | | | |
| Total | 279 | 100,0 | 100 | 100,0 | 379 | 100,0 | | | | | | |

Contacto pele-a-pele

Em relação ao contacto pele-a-pele em função dos grupos etários constituídos, constatamos que, no total da amostra prevalecem as mulheres que não ocorreu o contacto pele-a-pele com o seu recém-nascido (73,4%), onde se incluem 75,6% das mulheres mais novas e 67,0% das mulheres com mais idade. Verificamos que 26,6% da totalidade da amostra teve contacto pele-a-pele com o seu recém-nascido, correspondendo 24,4% às mulheres na faixa etária igual ou inferior aos 34 anos e 33,0% das que possuem idade igual ou superior aos 35 anos (cf. Tabela 37).

Tabela 37 – Contacto pele-a-pele por grupo etário da mãe

| Variáveis | Grupo etário | | ≤ 34 anos | | ≥ 35 anos | | Total | | Residuais | | X ² | p |
|-----------------------------|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|-------|------|-----------|-------|----------------|---|
| | Nº (279) | % (73.6) | Nº (100) | % (26.4) | Nº (379) | % (100.0) | 1 | 2 | | | | |
| Contacto pele a pele | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 68 | 24,4 | 33 | 33,0 | 101 | 26,6 | -1,7 | 1,7 | 2,803 | 0,094 | | |
| Não | 211 | 75,6 | 67 | 67,0 | 278 | 73,4 | 1,7 | -1,7 | | | | |
| Total | 279 | 100,0 | 100 | 100,0 | 379 | 100,0 | | | | | | |

Constatamos que em 73,4% dos casos não houve contacto pele-a-pele, quer em relação às mulheres cujo recém-nascido mamou na primeira hora de vida (72,0%), quer em relação às que o seu recém-nascido não mamou na primeira hora de vida. Contrariamente, observamos que em 26,6% da totalidade da amostra houve contacto pele-a-pele, com prevalência nos casos em que o recém-nascido mamou na primeira hora de vida, tendo estas diferenças resultado em relevância estatística ($X^2=4,260$, $p=0,039$) (cf. Tabela 38).

Tabela 38 – Contacto pele-a-pele em função da mamada na primeira hora de vida

| Mamada na 1ª hora de vida | Sim | | Não | | Total | | Residuais | | X ² | p |
|-----------------------------|----------|----------|---------|---------|----------|-----------|-----------|------|----------------|-------|
| | Nº (354) | % (92.4) | Nº (29) | % (7.6) | Nº (383) | % (100.0) | 1 | 2 | | |
| Contacto pele a Pele | | | | | | | | | | |
| Sim | 99 | 28,0 | 3 | 10,3 | 102 | 26,6 | 2,1 | -2,1 | 4,260 | 0,039 |
| Não | 255 | 72,0 | 26 | 89,7 | 281 | 73,4 | -2,1 | 2,1 | | |
| Total | 354 | 100,0 | 29 | 100,0 | 383 | 100,0 | | | | |

A Tabela 39 mostra-nos que no grupo de mulheres em que houve contacto pele-a-pele e amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido prevalecem as que se situam no grupo etário igual ou inferior aos 34 anos (66,3%), sendo nesta faixa etária que verificamos a existência de contacto pele-a-pele mas não amamentação (100,0%). Observamos também que nos casos em que não houve contacto pele-a-pele mas amamentação na primeira hora de vida continua a ser mais elevado o percentual das mulheres mais novas (77,1%), bem como nos casos em que há a inexistência dos dois procedimentos (64,0%).

Tabela 39 – Contacto pele a pele vs amamentação por grupo etário da mãe

| Contacto pele a pele vs. amamentação | Contacto e amamentou | | Contacto não amamentou | | Não contacto e amamentou | | Não contacto e não amamentou | | Total | | Residuais | | | | X ² | p |
|--------------------------------------|----------------------|----------|------------------------|---------|--------------------------|----------|------------------------------|---------|----------|-----------|-----------|------|------|------|----------------|-------|
| | Nº (98) | % (25.9) | Nº (3) | % (0.8) | Nº (253) | % (66.8) | Nº (25) | % (7.6) | Nº (379) | % (100.0) | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| Grupo etário | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ≤ 34 anos | 65 | 66,3 | 3 | 100,0 | 195 | 77,1 | 16 | 64,0 | 279 | 73,6 | -1,9 | 1,0 | 2,2 | -1,1 | 6,505 | 0,089 |
| ≥ 35 anos | 33 | 33,7 | - | - | 58 | 22,9 | 9 | 36,0 | 100 | 26,4 | 1,9 | -1,0 | -2,2 | 1,1 | | |
| Total | 98 | 100,0 | 3 | 100,0 | 253 | 100,0 | 25 | 100,0 | 379 | 100,0 | | | | | | |

Reportando-nos agora aos resultados referentes ao contacto pele-a-pele vs amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido em função da situação profissional, verificamos que em todas as situações apresentadas na Tabela 40 há um predomínio de mulheres empregadas, ou seja, em 79,6% dos casos houve contacto pele-a-pele e amamentação, em 66,7% ocorreu o contacto pele-a-pele mas não houve amamentação, em 71,9% da amostra das mulheres empregadas não houve contacto pele-a-pele mas amamentaram e em 76,0 dos casos registamos a inexistência das duas práticas. Importa referir que sobressaem 28,1% das mulheres desempregadas que amamentaram mas não ocorreu o contacto pele-a-pele.

Tabela 40 – Contacto pele-a-pele vs amamentação por situação profissional

| Contacto pele a pele vs. amamentação | Contacto e amamentou | | Contacto não amamentou | | Não contacto e amamentou | | Não contacto e não amamentou | | Total | Residuais | | | | χ ² | p | |
|--------------------------------------|----------------------|----------|------------------------|---------|--------------------------|----------|------------------------------|---------|-------|-----------|-----------|-----|------|----------------|-------|-------|
| | Nº (98) | % (25.9) | Nº (3) | % (0.8) | Nº (253) | % (66.8) | Nº (25) | % (7.6) | | Nº (379) | % (100.0) | 1 | 2 | | | 3 |
| Situação profissional | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Empregada | 78 | 79,6 | 2 | 66,7 | 182 | 71,9 | 19 | 76,0 | 281 | 74,1 | 1,4 | -,3 | -1,4 | ,2 | 2,292 | 0,514 |
| Desempregada | 20 | 20,4 | 1 | 33,3 | 71 | 28,1 | 6 | 24,0 | 98 | 25,9 | -1,4 | ,3 | 1,4 | -,2 | | |
| Total | 98 | 100,0 | 3 | 100,0 | 253 | 100,0 | 25 | 100,0 | 379 | 100,0 | | | | | | |

A análise dos resultados da Tabela 41 indica-nos que na maioria das mulheres (95,9%) que tiveram 5 ou mais consultas de vigilância durante a gravidez houve contacto pele-a-pele e amamentação do recém-nascido na primeira hora de vida. Todavia, ainda no mesmo grupo de mulheres, ou seja, com vigilância durante a gravidez, 94,0% não houve contacto pele-a-pele, mas amamentação, bem como em 88,0% em que apuramos a inexistência destas duas práticas.

Tabela 41 – Contacto pele-a-pele vs amamentação por número de consultas de vigilância

| Contacto pele a pele vs. amamentação | Contacto e amamentou | | Contacto não amamentou | | Não contacto e amamentou | | Não contacto e não amamentou | | Total | Residuais | | | | χ ² | p | |
|--------------------------------------|----------------------|----------|------------------------|---------|--------------------------|----------|------------------------------|---------|-------|-----------|-----------|-----|-----|----------------|-------|-------|
| | Nº (97) | % (25.8) | Nº (3) | % (0.8) | Nº (251) | % (66.8) | Nº (25) | % (6.6) | | Nº (376) | % (100.0) | 1 | 2 | | | 3 |
| N.º de consultas | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ≤ 5 consultas | 4 | 4,1 | - | - | 15 | 6,0 | 3 | 12,0 | 22 | 5,9 | -,8 | -,4 | ,1 | 1,4 | 2,435 | 0,487 |
| ≥ 5 consultas | 93 | 95,9 | 3 | 100,0 | 236 | 94,0 | 22 | 88,0 | 364 | 94,1 | ,8 | ,4 | -,1 | -1,4 | | |
| Total | 97 | 100,0 | 3 | 100,0 | 251 | 100,0 | 25 | 100,0 | 376 | 100,0 | | | | | | |

Apuramos que os percentuais mais elevados recaíram sobre os casos em que a pontuação do APGAR ≥ 7 no 1º minuto, onde sobressaem 94,9% dos casos em que houve contacto pele-a-pele e amamentação do recém-nascido na primeira hora de vida, seguindo-se 92,5% correspondentes às situações de não contacto pele-a-pele mas com amamentação. Destaca-se, ainda, 88,0% que se referem aos casos onde não houve nenhuma das práticas enunciadas, bem como 66,7% onde verificamos o contacto pele-a-pele, mas sem amamentação (cf. Tabela 42).

Tabela 42 – Contacto pele-a-pele vs amamentação por APGAR ao 1º minuto

| Contacto pele a pele vs. amamentação | Contacto e amamentou | | Contacto não amamentou | | Não contacto e amamentou | | Não contacto e não amamentou | | Total | | Residuais | | | | X ² | p |
|--------------------------------------|----------------------|----------|------------------------|---------|--------------------------|----------|------------------------------|---------|----------|-----------|-----------|------|-----|-----|----------------|-------|
| | Nº (98) | % (25.9) | Nº (3) | % (0.8) | Nº (253) | % (66.8) | Nº (25) | % (6.6) | Nº (379) | % (100.0) | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| Variáveis | | | | | | | | | | | | | | | | |
| APGAR – 1º minuto | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ≤ 6 | 5 | 5,1 | 1 | 33,3 | 19 | 7,5 | 3 | 12,0 | 28 | 7,4 | -1,0 | 1,7 | ,1 | ,9 | 4,483 | 0,214 |
| ≥ 7 | 93 | 94,9 | 2 | 66,7 | 234 | 92,5 | 22 | 88,0 | 351 | 92,6 | 1,0 | -1,7 | -,1 | -,9 | | |
| Total | 98 | 100,0 | 3 | 100,0 | 253 | 100,0 | 25 | 100,0 | 379 | 100,0 | | | | | | |

Constatamos que é no grupo de mulheres em que se obteve uma pontuação ≥ 7 no 5º minuto onde predominam os percentuais mais expressivos. Assim, verificamos que em 99,0% dos casos houve contacto pele-a-pele e amamentação do recém-nascido na primeira hora de vida, seguindo-se 99,6% relativos às situações de não contacto pele-a-pele mas com amamentação, em 66,7% houve contacto pele-a-pele, no entanto, não houve amamentação e, por último, em 100,0% dos casos não se registou nenhuma destes procedimentos, resultando em diferenças estatisticamente significativas ($X^2=41,226$; $p=0,000$) (cf. Tabela 43).

Tabela 43 – Contacto pele-a-pele vs amamentação por APGAR ao 5º minuto

| Contacto pele a pele vs. amamentação | Contacto e amamentou | | Contacto não amamentou | | Não contacto e amamentou | | Não contacto e não amamentou | | Total | | Residuais | | | | X ² | p |
|--------------------------------------|----------------------|----------|------------------------|---------|--------------------------|----------|------------------------------|---------|----------|-----------|-----------|------|------|-----|----------------|-------|
| | Nº (98) | % (25.9) | Nº (3) | % (0.8) | Nº (253) | % (66.8) | Nº (25) | % (6.6) | Nº (379) | % (100.0) | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| Variáveis | | | | | | | | | | | | | | | | |
| APGAR – 5º minuto | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ≤ 6 | 1 | 1,0 | 1 | 33,3 | 1 | 0,4 | - | - | 3 | 0,8 | ,3 | 6,4 | -1,2 | -,5 | 41,226 | 0,000 |
| ≥ 7 | 97 | 99,0 | 2 | 66,7 | 252 | 99,6 | 25 | 100,0 | 376 | 99,2 | -,3 | -6,4 | 1,2 | ,5 | | |
| Total | 98 | 100,0 | 3 | 100,0 | 253 | 100,0 | 25 | 100,0 | 379 | 100,0 | | | | | | |

Reportando-nos aos resultados relativos ao contacto pele-a-pele em função do APGAR ao 10º minuto, os mesmos indicam que os percentuais mais elevados correspondem aos casos em que se obteve uma pontuação ≥ 7 . Deste modo, verificamos que em 99,0% dos casos houve contacto pele-a-pele e amamentação do recém-nascido na primeira hora de vida, seguindo-se 100,0% relativos às situações de não contacto pele-a-pele mas com amamentação, em 66,7% houve contacto pele-a-pele, todavia, sem amamentação e, por último, em 100,0% dos casos não se registou nenhuma destes procedimentos. Estas diferenças têm relevância estatística ($X^2=63,435$; $p=0,000$) (cf. Tabela 44).

Tabela 44 – Contacto pele-a-pele vs amamentação por APGAR ao 10º minuto

| Contacto pele a pele vs. amamentação | Contacto e amamentou | | Contacto não amamentou | | Não contacto e amamentou | | Não contacto e não amamentou | | Total | Residuais | | | | X ² | p | |
|--------------------------------------|----------------------|----------|------------------------|---------|--------------------------|----------|------------------------------|---------|-------|-----------|-----------|------|------|----------------|--------|-------|
| | Nº (98) | % (25.9) | Nº (3) | % (0.8) | Nº (253) | % (66.8) | Nº (25) | % (6.6) | | Nº (379) | % (100.0) | 1 | 2 | | | 3 |
| Variáveis | | | | | | | | | | | | | | | | |
| APGAR – 10º minuto | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ≤ 6 | 1 | 1,0 | 1 | 33,3 | - | - | - | - | 2 | 0,5 | ,8 | 7,9 | -2,0 | -,4 | 63,435 | 0,000 |
| ≥ 7 | 97 | 99,0 | 2 | 66,7 | 253 | 100,0 | 25 | 100,0 | 377 | 99,5 | -,8 | -7,9 | 2,0 | ,4 | | |
| Total | 98 | 100,0 | 3 | 100,0 | 253 | 100,0 | 25 | 100,0 | 379 | 100,0 | | | | | | |

Na continuidade do estudo do contacto pele-a-pele, procuramos inferir se o tipo de parto tem relação nesta prática. Evidenciamos, pelos resultados apresentados na Tabela 45, que em 80,6% das mulheres com parto eutócico não houve contacto pele-a-pele mas com amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido. Verificamos também que no grupo de mulheres em que houve contacto pele-a-pele e amamentação predominam as que tiveram um parto eutócico, bem como sobressaem os 100,0% das que ocorreu o contacto pele-a-pele, mas sem amamentação e 84,0% onde registamos a inexistência dos dois procedimentos. Quanto às mulheres com parto distócico, em 22,4% ocorreu contacto pele-a-pele e amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido, sendo também expressivo o percentual de 19,4% das que não ocorreu contacto pele-a-pele, mas houve amamentação.

Tabela 45 – Contacto pele-a-pele vs amamentação por tipo de parto

| Contacto pele a pele vs. amamentação | Contacto e amamentou | | Contacto não amamentou | | Não contacto e amamentou | | Não contacto e não amamentou | | Total | Residuais | | | | X ² | p | |
|--------------------------------------|----------------------|----------|------------------------|---------|--------------------------|----------|------------------------------|---------|-------|-----------|-----------|-----|-----|----------------|-------|-------|
| | Nº (98) | % (25.9) | Nº (3) | % (0.8) | Nº (253) | % (66.8) | Nº (25) | % (6.6) | | Nº (379) | % (100.0) | 1 | 2 | | | 3 |
| Tipo de parto | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Eutócico | 76 | 77,6 | 3 | 100,0 | 204 | 80,6 | 21 | 84,0 | 304 | 80,2 | -,8 | ,8 | ,3 | ,5 | 1,431 | 0,698 |
| Distócico | 22 | 22,4 | - | - | 49 | 19,4 | 4 | 16,0 | 75 | 19,8 | ,8 | -,8 | -,3 | -,5 | | |
| Total | 98 | 100,0 | 3 | 100,0 | 253 | 100,0 | 25 | 100,0 | 379 | 100,0 | | | | | | |

Fazemos referência na Tabela 46 aos resultados apurados em relação ao contacto pele-a-pele em função do consentimento informado, verificando-se que o grupo prevalecente em todas as situações descritas é o das mulheres a quem não foi dado o consentimento informado em suporte papel, mas verbalmente, representando 99,6% os casos em que não houve contacto pele-a-pele, mas amamentação. É expressivo o percentual registado no grupo de mulheres em que ocorreu contacto pele-a-pele e amamentação, não lhes tendo sido entregue o consentimento informado. Importa também referirmos que todas as mulheres (100,0%), no grupo das que não amamentaram e em que não houve contacto pele-a-pele, também não receberam o consentimento informado.

Apenas uma mulher (0,4%) recebeu o consentimento informado, todavia não houve contacto pele-a-pele, mas a mesma amamentou o seu recém-nascido na primeira hora de vida.

Tabela 46 – Contacto pele-a-pele vs amamentação em função do consentimento informado

| Contacto pele a pele vs. amamentação | Contacto e amamentou | | Contacto não amamentou | | Não contacto e amamentou | | Não contacto e não amamentou | | Total | Residuais | | | | X ² | p | |
|--------------------------------------|----------------------|----------|------------------------|---------|--------------------------|----------|------------------------------|---------|-------|-----------|-----------|-----|-----|----------------|-------|-------|
| | Nº (98) | % (25.8) | Nº (3) | % (0.8) | Nº (254) | % (66.8) | Nº (25) | % (6.6) | | Nº (380) | % (100.0) | 1 | 2 | | | 3 |
| Consentimento | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | - | - | - | - | 1 | 0,4 | - | - | 1 | 0,3 | -,6 | -,1 | ,7 | -,3 | 0,497 | 0,919 |
| Não | 98 | 100,0 | 3 | 100,0 | 253 | 99,6 | 25 | 100,0 | 379 | 99,7 | ,6 | ,1 | -,7 | ,3 | | |
| Total | 98 | 100,0 | 3 | 100,0 | 254 | 100,0 | 25 | 100,0 | 380 | 100,0 | | | | | | |

A Tabela 47 reporta-se às estatísticas do contacto pele-a-pele vs amamentação em função das mulheres terem sido informadas acerca dos riscos/benefícios do contacto pele-a-pele. No grupo de mulheres onde ocorreu estes dois procedimentos, sobressaem os 78,6% das que não foram informadas. Os resultados revelam que no grupo de participantes em que houve contacto pele-a-pele, mas sem amamentação, nenhuma das mulheres (100,0%) recebeu informação sobre os seus riscos/benefícios. Também no grupo de mulheres em que não houve contacto pele-a-pele, mas com amamentação, predominam as que não foram informadas (67,3%), bem como no grupo em que não se registou qualquer uma destas práticas (76,0%).

Tabela 47 – Contacto pele-a-pele vs amamentação em função da informação sobre os riscos/benefícios do contacto pele-a-pele

| Contacto pele a pele vs. amamentação | Contacto e amamentou | | Contacto não amamentou | | Não contacto e amamentou | | Não contacto e não amamentou | | Total | Residuais | | | | X ² | p | |
|--------------------------------------|----------------------|----------|------------------------|---------|--------------------------|----------|------------------------------|---------|-------|-----------|-----------|------|------|----------------|-------|-------|
| | Nº (98) | % (25.8) | Nº (3) | % (0.8) | Nº (254) | % (66.8) | Nº (25) | % (6.6) | | Nº (380) | % (100.0) | 1 | 2 | | | 3 |
| Riscos/benefícios | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 21 | 21,4 | - | - | 83 | 32,7 | 6 | 24,0 | 110 | 28,9 | -1,9 | -1,1 | 2,3 | -,6 | 5,931 | 0,115 |
| Não | 77 | 78,6 | 3 | 100,0 | 171 | 67,3 | 19 | 76,0 | 270 | 71,1 | 1,9 | 1,1 | -2,3 | ,6 | | |
| Total | 98 | 100,0 | 3 | 100,0 | 254 | 100,0 | 25 | 100,0 | 380 | 100,0 | | | | | | |

Informação acerca dos riscos/benefícios do contacto pele-a-pele e grupo etário da mãe

Procurámos saber se as mulheres foram informadas acerca dos riscos/benefícios do contacto pele-a-pele, do que verificamos que, na totalidade da amostra, 70,7% não foram informadas, das quais fazem parte 69,4% das mulheres na faixa etária inferior ou igual aos 34 anos, bem como 74,3% das que possuem idade igual ou superior aos 35 anos.

Contrariamente, 29,3% das mulheres foram informadas acerca dos riscos/benefícios do contacto pele-a-pele, prevalecendo as mais novas (30,6%) (cf. Tabela 48).

Tabela 48 – Informação acerca dos riscos/benefícios do contacto pele-a-pele por grupo etário da mãe

| Grupo etário Variáveis | ≤ 34 anos | | ≥ 35 anos | | Total | | Residuais | | X ² | p |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|-----------|-----|----------------|-------|
| | Nº (278) | % (73.4) | Nº (101) | % (26.6) | Nº (379) | % (100.0) | 1 | 2 | | |
| Informação dos riscos/benefícios | | | | | | | | | | |
| Sim | 85 | 30,6 | 26 | 25,7 | 111 | 29,3 | ,9 | -,9 | 0.836 | 0,361 |
| Não | 193 | 69,4 | 75 | 74,3 | 268 | 70,7 | -,9 | ,9 | | |
| Total | 278 | 100,0 | 101 | 100,0 | 379 | 100,0 | | | | |

Consentimento de realização do contacto pele-a-pele e grupo etário da mãe

Em relação ao consentimento informado para a realização do contacto pele-a-pele, o mesmo não foi entregue à maioria das mulheres (99,7%), tendo sido apenas informadas da sua realização verbalmente.

Tabela 49 – Consentimento de realização do contacto pele-a-pele por grupo etário da mãe

| Grupo etário Variáveis | ≤ 34 anos | | ≥ 35 anos | | Total | | Residuais | | X ² | p |
|-----------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|-----------|-----|----------------|-------|
| | Nº (278) | % (73.4) | Nº (101) | % (26.6) | Nº (379) | % (100.0) | 1 | 2 | | |
| Contacto pele a pele | | | | | | | | | | |
| Sim | 1 | 0,4 | - | - | 1 | 0,3 | ,6 | -,6 | 2,803 | 0,094 |
| Não | 277 | 99,6 | 101 | 100,0 | 378 | 99,7 | -,6 | ,6 | | |
| Total | 278 | 100,0 | 101 | 100,0 | 379 | 100,0 | | | | |

3. DISCUSSÃO

Neste capítulo, apresentamos uma discussão mais detalhada, dando especial atenção aos resultados mais significativos analisando-os com base no quadro conceptual que serviu de suporte ao estudo, com os objetivos e questões formuladas e com os resultados de outros estudos sobre a temática em discussão. Iniciaremos, contudo, pela discussão da vertente metodológica.

3.1. DISCUSSÃO METODOLÓGICA

Desde o início da conceptualização do estudo, que uma das preocupações consistiu em desenvolver um trabalho metodologicamente rigoroso. A metodologia usada foi a que pareceu ser a mais correta para facilitar e tornar possível a realização deste estudo. Os procedimentos metodológicos utilizados no presente estudo foram ao encontro dos objetivos traçados, estando igualmente concordantes com as características da amostra. No entanto, durante a elaboração desta investigação confrontamo-nos com algumas dificuldades metodológicas, que se passam a descrever.

Considera-se uma limitação metodológica o facto de as participantes terem sido recrutadas segundo um processo de amostragem não probabilística por conveniência, o que pode trazer alguns vieses nos resultados. Mesmo assim, considera-se o tamanho da amostra suficientemente elevado o que pode traduzir-se em resultados fiáveis, ainda que, como já referido, o tipo de amostragem (não probabilística), não sendo representativa, impede que se faça a generalização dos resultados a outra população de parturientes. O presente estudo necessita, assim, de confirmação com a realização de outros estudos no mesmo âmbito, se possível, com amostras ainda mais alargadas.

O facto do presente estudo ser transversal, aponta para algumas vantagens e desvantagens metodológicas. Assim, considera-se vantajoso o facto de ser um estudo mais breve e metodologicamente menos complexo. Todavia, as desvantagens prendem-se com o aspeto da avaliação ficar centrada no momento da recolha de dados, não havendo um seguimento da problemática em estudo, o que poderia ser evitado através da realização de um estudo longitudinal.

Apesar das limitações apresentadas e algumas dificuldades inerentes, somos de opinião que as opções metodológicas foram as mais apropriadas ao tipo de estudo desenvolvido, o qual facultou um conhecimento mais concreto e aprofundado sobre o contacto pele-a-pele e amamentação na primeira hora de vida.

3.2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão dos resultados é um dos pontos mais importantes de todo o processo de investigação permitindo-nos refletir sobre a investigação realizada, demonstrar os dados mais relevantes e confrontá-los com os resultados obtidos de outras investigações especificamente da área.

Começa-se por referir que a amostra, constituída por 382 mulheres cujo parto ocorreu na Sala de Partos do Centro Hospitalar Cova da Beira, tem uma idade mínima de 18 anos e uma máxima de 46 anos, ao que corresponde uma média de 30,95 anos ($\pm 5,451$ anos). As mulheres apresentam uma idade mínima gestacional de 37 semanas e uma máxima de 41 semanas, ao que corresponde uma idade gestacional média de 39,20 semanas ($\pm 1,082$ semanas).

No que se refere à primeira questão de investigação, que consistia em saber qual a prevalência do contacto pele-a-pele e da amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido na amostra em estudo, constatou-se que prevalecem as mulheres em que não ocorreu o contacto pele-a-pele com o seu recém-nascido (73,4%), onde se incluem 75,6% das mulheres mais novas e 67,0% das mulheres com mais idade. Esta prática ocorreu em apenas 26,6% da totalidade da amostra, correspondendo 24,4% às mulheres no grupo etário igual ou inferior aos 34 anos e 33,0% das que possuem idade igual ou superior aos 35 anos. Estes resultados corroboram os de Santos, Da Silva, Carvalho et al. (2014) que, numa amostra de 321 mulheres, constataram a ocorrência de um número reduzido de casos em que ocorreu o contacto pele-a-pele imediatamente ao parto (27.9%). Segundo Puig & Sguassero (2007), a dificuldade em inserir esta prática nas rotinas pós parto pode residir nos profissionais de saúde, que não possuem os conhecimentos adequados para apoiar e incentivar o contacto pele-a-pele, para além de serem, muitas vezes, renitentes à mudança, ainda que seja para melhor. Inevitavelmente, em muitos hospitais é frequente observar que os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido, tais como levá-lo para uma bancada onde é limpo e seco, aspirado, vestido e administrada medicação, não deixam tempo para estabelecer o contacto pele-a-pele entre a mãe e o recém-nascido. São práticas que estão institucionalizadas e, por isso, difíceis de mudar.

Outro resultado a que se chegou refere-se ao facto de a maioria das mães ter dado de mamar ao seu recém-nascido na primeira hora de vida, quer as que se situam no grupo etário igual ou inferior aos 34 anos (93,2%), quer as que se situam no grupo etário igual ou superior aos 35 anos (91,0%). Os dados apurados são significativamente superiores aos encontrados por Baccolin, Carvalho, Oliveira e Vasconcellos (2008) que, numa amostra de 8.397 pares de mães e recém-nascidos, verificaram que apenas 16,0% das mães amamentaram na primeira hora de vida os seus filhos. A este propósito refere-se que o aleitamento materno na primeira hora de vida assume-se como uma das estratégias prioritárias para a promoção, proteção e apoio, baseando-se na capacidade de interação dos recém-nascidos com suas mães nos primeiros minutos de vida. Esse contacto é importante para o estabelecimento do vínculo mãe/recém-nascido, para além de aumentar a duração do aleitamento materno, a prevalência de aleitamento materno nos hospitais, entre outros benefícios (Baccolin et al., 2008). Assim, depreende-se que a prática da amamentação na primeira hora de vida na amostra em estudo é significativamente alta, inclusive, nos 26,6% da amostra em que houve contacto pele-a-pele, a prevalência dos casos em que o recém-nascido mamou na primeira hora de vida foi elevada, fixando-se nos 66,3%, tendo estas diferenças resultado em relevância estatística ($p = 0,039$). Segundo um estudo de fatores associados à amamentação na primeira hora de vida (Vasconcellos et al., 2011), a amamentação na primeira hora de vida foi prejudicada por práticas inadequadas nas maternidades, as mães têm pouco ou nenhum poder de decisão sobre essa amamentação e dependem de práticas institucionais vigentes nas maternidades.

A Organização Mundial de Saúde e UNICEF, reconhecendo a importância dos primeiros dias de vida do recém-nascido no estabelecimento da amamentação, criaram a Iniciativa hospitais Amigos das Crianças, cujo objetivo é promover, proteger e apoiar o aleitamento materno nas maternidades. Vários estudos têm vindo a comprovar a eficácia desta medida.

No entanto, confirmou-se que, no grupo de mulheres em que houve contacto pele-a-pele e amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido, prevalecem as que se situam no grupo etário igual ou inferior aos 34 anos (66,3%), sendo neste grupo etário que se constatou a existência de contacto pele-a-pele, mas não amamentação (100,0%). Observamos também que nos casos em que não houve contacto pele-a-pele, todavia amamentação na primeira hora de vida continua a ser mais elevado o percentual das mulheres mais novas (77,1%), bem como nos casos em que há a inexistência dos dois procedimentos (64,0%). Importa salientar, neste âmbito, que Baccolin et al. (2008) também verificaram que, nos casos em que houve amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido e contacto pele-a-pele, a maior prevalência ocorreu nas mulheres mais novas, como

confirmado no presente estudo. Conforme a bibliografia pesquisada uma gravidez depois dos 35 anos de idade requer algumas precauções especiais, uma vez que apresentam maior probabilidade de ter ou desenvolver certas complicações durante a gravidez, tal como diabetes gestacional, hipertensão arterial, pré-eclampsia e placenta prévia. Ressalva-se que, de acordo com os estudos analisados no estudo I deste trabalho, o facto de a mãe não ter contacto precoce pele-a-pele com o recém-nascido reduz a prevalência de aleitamento materno na primeira hora. Esse contacto muitas vezes é adiado ou minimizado em prol das diversas rotinas, cuidados e práticas determinadas pela equipa assistencial (Cantrill et al., 2014; Gabbriel et al., Mahmood et al., 2011; Moore et al., 2012).

Salienta-se também a proeminência da recompensa que a amamentação promove entre mãe e filho, o contacto íntimo frequente e prolongado repercute-se no estreito e forte laço de união entre a díade. Esta maior ligação mãe/filho possibilita uma melhor compreensão das necessidades do recém-nascido, o que facilita o desempenho do papel de mãe e auxilia na transição gradual do recém-nascido para a vida extra uterina (Matos et al., 2010).

Reportando-nos agora aos resultados referentes à relação entre as variáveis sociodemográficas (idade e situação profissional) e as práticas de contacto pele-a-pele e amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido, constatou-se que há um predomínio destas ocorrências em mulheres empregadas, ou seja, em 79,6% dos casos houve contacto pele-a-pele e amamentação, em 66,7% ocorreu o contacto pele-a-pele mas não houve amamentação, em 71,9% da amostra das mulheres empregadas não houve contacto pele-a-pele mas amamentaram e em 76,0 dos casos registamos a inexistência das duas práticas. Importa referir que sobressaem 28,1% das mulheres desempregadas que amamentaram, mas não ocorreu o contacto pele-a-pele. Baccolin et al. (2008), no seu estudo, observaram que a maioria das mulheres que teve contacto pele-a-pele com o recém-nascido imediatamente após o parto e amamentaram na primeira hora de vida estavam ativas profissionalmente.

Os resultados, referentes à relação entre as variáveis contextuais da gravidez e do parto nas práticas de contacto pele-a-pele e amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido, indicam que na maioria das mulheres (95,9%) que tiveram 5 ou mais consultas de vigilância durante a gravidez houve contacto pele-a-pele e amamentação do recém-nascido na primeira hora de vida. Todavia, ainda no mesmo grupo de mulheres, ou seja, com vigilância durante a gravidez, 94,0% não houve contacto pele-a-pele, mas amamentação, bem como em 88,0% em que apuramos a inexistência destas duas práticas. Estes resultados sugerem a relevância de se sensibilizar as mulheres para a importância do

contacto pele-a-pele com o recém-nascido após o parto e a amamentação na primeira hora de vida, durante as consultas de vigilância da gravidez.

Apurou-se também que os percentuais mais elevados recaíram sobre os casos em que a pontuação do APGAR foi superior ou igual 7 no 1º minuto, onde sobressaem 94,9% dos casos em que houve contacto pele-a-pele e amamentação do recém-nascido na primeira hora de vida. Nos casos em que o recém-nascido apresenta intercorrências com APGAR inferior ou igual a 7, recomenda-se que o contacto pele-a-pele aconteça tardiamente, quando o recém-nascido estiver estável. A separação do recém-nascido deve ser evitada na primeira hora após o nascimento, de modo a que não se obtenha, inclusive, um APGAR baixo ou outras intercorrências clínicas (Moore, Anderson & Bergman, 2007). Segundo a UNICEF/OMS (Ordem dos Enfermeiros, 2013), na sua atual interpretação sobre o quarto passo dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”, os recém-nascidos devem ser colocados junto à mãe de forma contínua, nos primeiros minutos de vida, encorajando-se as mães no reconhecimento dos seus filhos em relação à amamentação, sendo preconizado o contacto continuado pelo menos por uma hora.

Tendo em conta os resultados acima expostos, e fazendo-se referência à Ordem dos Enfermeiros (2013), há a necessidade de se explicitar às mulheres que o contacto pele-a-pele é uma intervenção benéfica para o seu bem-estar e do recém-nascido, na medida em que fortifica a vinculação e aumenta o sucesso e a duração do aleitamento materno. Isto porque fortalece a confiança e diminui a ansiedade recente da mãe, resultando igualmente em efeitos fisiológicos favoráveis no recém-nascido, designadamente, temperaturas mais elevadas e com menor variabilidade, glicémia mais elevada e melhor adaptação cardíaca e respiratória. Para além de se verificar menor choro e dor nos recém-nascidos (Cantrill et al., 2014; Gabbriel et al., Mahmood et al., 2011; Moore et al., 2012). Por outro lado, ainda em consonância com a Ordem dos Enfermeiros (2013), o contacto precoce pele-a-pele coloniza o recém-nascido com a flora bacteriana da pele materna antes de entrar em contacto com bactérias hospitalares, o que auxilia a prevenção de infeções.

Na continuidade do estudo do contacto pele-a-pele, procuramos saber se o tipo de parto tem relação nesta prática, tendo-se verificado que em 80,6% das mulheres com parto eutócico não houve contacto pele-a-pele, mas com amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido. Verificamos também que no grupo de mulheres em que houve contacto pele-a-pele e amamentação predominam as que tiveram um parto eutócico, bem como sobressaem os 100,0% das que ocorreu o contacto pele-a-pele, mas sem amamentação e 84,0% onde registamos a inexistência dos dois procedimentos. Pode dizer-se que estes resultados corroboram os apurados por Matos et al. (2010), segundo os quais, no seu estudo, a grande maioria das mulheres com contacto pele-a-pele e com amamentação na

primeira hora de vida do recém-nascido tiveram parto eutócico. Durante um parto eutócico, o recém-nascido liberta hormonas que facilitam a aprendizagem olfativa e dilata as pupilas, mantendo os olhos abertos. A parturiente demonstra calma e satisfação, constituindo este o momento ideal para o estabelecimento do primeiro contacto. O recém-nascido é capaz de reconhecer o odor materno, pelo que o contacto pele-a-pele contribui para o conforto de recém-nascido, tornando-se mais calmo e com menos períodos de choro.

De acordo com a UNICEF (2009), o recém-nascido pode ficar desde o momento do nascimento em contacto direto com a pele da mãe, pelo menos uma hora sem interrupção.

Os resultados apurados em relação ao contacto pele-a-pele vs amamentação em função das mulheres terem sido informadas acerca dos riscos/benefícios do contacto pele-a-pele demonstram que as duas práticas ocorreram sobretudo nas mulheres que não foram informadas (78,6%). Os resultados revelam que no grupo de participantes em que houve contacto pele-a-pele, mas sem amamentação, nenhuma das mulheres (100,0%) recebeu informação sobre os seus riscos/benefícios. Também no grupo de mulheres em que não houve contacto pele-a-pele, mas com amamentação, predominam as que não foram informadas (67,3%), bem como no grupo em que não se registou qualquer uma destas práticas (76,0%). Estes resultados apontam para um maior suporte por parte dos profissionais de saúde antes do parto, sendo necessário dar mais informação às mulheres sobre as suas práticas em questão. É que nem sempre, durante as consultas de vigilância, se aborda a questão dos riscos/benefícios do contacto pele-a-pele com o recém-nascido. Como tal, assume-se como relevante o favorecimento da compreensão destas vivências, em muitos casos assumindo-se como uma nova experiência, pelas quais irão passar, não só em relação ao parto, mas também em relação ao contacto pele-a-pele com o recém-nascido e à amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido. No entanto, reforça-se a ideia de que é na ocasião das consultas de vigilância da gravidez que surge a possibilidade de elucidar, pela primeira vez, a questão do contacto pele-a-pele mãe-filho.

A realização do contacto pele-a-pele imediatamente após o parto transmite à mãe tranquilidade e segurança, pois nesse momento a mãe pode sentir, ver, segurar o seu recém-nascido, e toda a ansiedade e curiosidade podem ser sanadas. Para além de outros benefícios, como auxiliar a estabilização sanguínea, os batimentos cardíacos e a respiração do recém-nascido, redução do choro e do stresse do recém-nascido, mantendo-o aquecido pela transmissão de calor da mãe e aumento da oxitocina na mãe, resultando numa melhor promoção da adaptação do recém-nascido à vida extra uterina.

CONCLUSÃO

As práticas humanizadas, tal como o contacto pele-a-pele e amamentação na primeira hora de vida, são de simples execução e proporcionam benefícios baseados em evidências científicas, tanto ao recém-nascido como à mãe.

Os resultados da revisão sistemática da literatura possibilitaram identificar os inúmeros benefícios e nenhum efeito negativo nesta prática, pelo que deve ser encorajada e motivada pelos profissionais de saúde.

O contacto precoce pele-a-pele, imediatamente após o parto, assume-se como um potencial estímulo sensorial, que abrange o aquecimento do recém-nascido e a estimulação táctil e olfativa, bem como resulta no aumento da temperatura da mama materna, com consequente aumento da temperatura do recém-nascido, maior estabilização da sua temperatura, da frequência respiratória e do seu nível de glicémia, com diminuição do choro, tendendo à promoção da adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina. Está igualmente associado à promoção espontânea da amamentação, acalmando a mãe e o recém-nascido, resultando no reforço da ligação afetiva entre a díade.

De acordo com os resultados do estudo Empírico II, conclui-se que prevalecem as mulheres em que não ocorreu contacto pele-a-pele com o seu recém-nascido. Esta prática ocorreu em apenas 26,6% da totalidade da amostra com parto eutócico. Mas, a maior parte das mães amamentou na primeira hora de vida, cerca de 96%.

Atualmente, a era da globalização tem sobrevalorizado as intervenções humanizadas, considerando-as meros atos profissionais, tarefas e rotinas.

A dificuldade em inserir esta prática pode residir nos profissionais de saúde, renitentes à mudança e por influência das práticas institucionalizadas, em que é frequente observar os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido, tais como levá-lo para ser limpo, seco, aspirado, vestido e administração de vitamina K.

Em função das recomendações da Organização Mundial de Saúde, o início oportuno da amamentação tem recebido maior atenção dos profissionais e utentes.

Compreender o significado do contacto pele-a-pele precoce e da amamentação ainda na sala de partos, implica respeitar o desejo, a cultura e o suporte social de cada mulher, uma vez que o momento logo após o nascimento é assinalado como um curto período, mas que traz consequências a longo prazo.

Cada parto é único e a individualidade de cada mulher guia-a na opção do que considera o melhor para o seu filho e para o seu corpo. Como tal, cabe aos profissionais de saúde, em particular ao enfermeiro, guiar as suas ações para além da prática técnica e do cumprimento de normas institucionalizadas. Desta feita, é necessário o desenvolvimento de habilidades de comunicação e empatia, que lhe permitam entender a mulher/mãe, respeitando todas as possíveis reações face ao contacto pele-a-pele precoce e à amamentação ainda na sala de parto.

O suporte profissional prestado no estabelecimento do contacto pele-a-pele precoce mãe-filho, a promoção de ações de cuidado num ambiente propício e na interação com esta díade, objetivando a realização mínima de intervenções e o auxílio do reconhecimento mãe-filho numa ótica holística, podem ser o caminho para alcançar o que se recomenda na atualidade e que possui evidente importância materna. Deste modo, sugere-se mais formação especializada por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, com conseqüente renovação dos saberes, o que pode resultar na melhoria da qualidade da assistência prestada, além do reconhecimento e consolidação do exercício da profissão de enfermagem. O papel do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica é, por isso, fulcral na promoção do contacto precoce pele-a-pele e conseqüente ligação da díade, na adaptação à vida extra uterina, no controlo da dor e stresse, nos cuidados maternos ao recém-nascido e na amamentação.

Espera-se que os resultados obtidos contribuam para o debate sobre o contacto pele-a-pele imediatamente após o parto e o início oportuno da amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido, possibilitando a ampliação do conhecimento sobre os seus determinantes e o planeamento de intervenções que efetivem a sua prática.

Referências bibliográficas

- Abade, L., Almeida, E. A., & Filho, J. M. (2010). Contacto Pele-a-pele: Que Contributos para a Termorregulação. Mealhada: Congresso Vulnerabilidade na Gravidez e no Pós-parto, Corrente Dinâmica. Disponível na Internet: «URL:<http://www.correntedinamica.com>». ISBN 978-989-966-17-0-7.
- Almeida, E. A., & Filho, J. M. (2004). O contacto precoce mãe-filho e sua contribuição para o sucesso do aleitamento materno. *Rev. Ciênc. Méd.*, 13 (4): 381-388. Disponível na Internet: «URL:<http://www.puccampinas.edu.br/centros/ccv/revcienciasmedicas/artigos/833.pdf>».
- Anderson, G.C., Moore, E., Hepworth, J., & Bergman, N. (2003). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. Disponível em: <http://cochrane.bireme.br/main.php?lang=>.
- Anderson, G.C., Moore, E., Hepworth, J., & Bergman, N. (2004). *Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants*. The Cochrane Library, [online] Issue 4. Acedido em: <<http://cochrane.bireme.br/cochrane/main.php?lang=> >
- Boccolini, R. (2008). Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. *Pediatrics*; 117(3): 380-386. DOI:10.1542/peds.2005-1496
- Boccolini, C.S., Carvalho, M.L., Oliveira, M.I.C., & Vasconcellos, A.G.G. (2011). Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. *Revista de Saúde Pública*; 45: 69-76.
- Bramson, L., Lee, J.W., Moore, E., Montgomery, S., Neish, C., & Bahjri, K. (2010). Effect of early skin-to-skin mother-infant contact during the first 3 hours following birth on

exclusive breastfeeding during the maternity hospital stay. *Journal of Human Lactation*; 26(2):130-137.

- Buehler, A.M.; Figueiró, M.; Moreira, F.R.; Sasse, A.; Cavalcanti, A.B. & Berwanger, O. (2013). *Diretrizes metodológicas. Elaboração de revisão sistemática e metanálise de estudos diagnósticos de Acuráci*. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Disponível em: http://200.214.130.94/rebrats/publicacoes/dbrs_Diagn_v_final.pdf.
- Campana, A. O.; Padovani, C. R.; Iaria, C. T.; Freitas, C. B. D.; Paiva, S. A. R. & Hossne, W. S. (2001). *Investigação científica na área médica*. São Paulo: Manole.
- Cantrill, R.M., Creedy, D.K., Cooke, M. & Dykes, F. (2014). Effective suckling in relation to naked maternal-infant body contact in the first hour of life: an observation study. Cantrill et al. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(20): 2-13.
- Carfoot, S., Williamson P., & Dickson, R. (2005). A randomised controlled trial in the north of England examining the effects of skin-to skin care on breast feeding. *Midwifery*, 21: 71-79.
- Carneiro, A.V. (2008). Manual de elaboração, disseminação e implementação de normas de orientação clínica. Lisboa: *Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência*.
Acedido em:
<http://www.cembe.org/avc/pt/docs/Manual%20de%20NOCs%20CEMBE%202007.pdf>
- Carvalho, M.L. (2012). Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante aplicação de protocolo. *J Pediatría*; 79(1): 13-20.
- DiGirolamo, A.M., Grummer-Strawn, L.M., & Fein, S. (2008). Effect of maternity care practices on breastfeeding. *Maternity care practices: Implications for breastfeeding*. *Pediatrics*, 122 (Suppl. 4), S43–S49.
- Erlandsson, K. (2007). Skin-to-Skin Care with the Father after Cesarean Birth and Its Effect on Newborn Crying and Prefeeding Behavior. *Birth*. 34(2): 105-114.

- Esteves, E.M.B., Daumas, R.P., Oliveira, M.I.C. de, Andrade, C.A.F. de, Leite, Y.C. (2014). Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida: revisão sistemática. *Revista de Saúde Pública*; 48(4): 697-703.
- Ferber, S. G., & Makhoul, I. R. (2004). The Effect of Skin-to-Skin Contact (Kangaroo Care) Shortly After Birth on the Neurobehavioral Responses of the Term Newborn: A Randomized, Controlled Trial. *Pediatrics*, 113 (4): 858-865.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Lusodidacta.
- Gabriel, M.A.M., Llana, I.M., Escobar, A.L., Villalba, F., Blanco, I.R., & Pol, P.T. (2012) Randomized controlled trial of early skin-to-skin contact: effects on the mother and the newborn. *Journal Compilation Foundation. Acta Pædiatrica/Acta Pædiatrica*, 99:1630-1634.
- Góes, F.G.B., Rangel, R.O., & Borges, R.L.L. (2012). Nurse's educational practices from postpartum women on the breastfeeding. *J Nurs UFPE*; 3 (1): 46-53.
- González, C. (2004). *Manual Prático do Aleitamento Materno*. 1ª ed. Parede: Associação Mama Mater.
- Green, S., Higgins, J.P.T., Alderson, P., Clarke, M., Mulrow, C.D., & Oxman, A.D. (2011). Introduction. In: Higgins JPT, Green S, editors. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.0.1. Melbourne: The Cochrane Collaboration*. Disponível em: www.cochrane-handbook.org.
- Grummer-Strawn, L.M., Scanlon, K.S., & Fein, S.B. (2008). Infant feeding and feeding transitions during the first year of life. *Pediatrics*; Vol. 122: 36-42.
- Lamaze International – Instituto Lamaze – para o parto normal (2003). Disponível em: «URL:<http://www.lamaze.org>».
- Lee, C., & Cheng, T.L. (2003). Bonding. *Pediatrics in Review, Elk Grove Village*, v. 24, 8: 289-290.
- Levy, L., & Bértolo, H. (2012). *Manual do aleitamento materno*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF/ Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés, Edição revista. Disponível em: http://www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento_2012.pdf.

- Lowdermilk, D., & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. 7ª Ed., Loures: Lusociência.
- Machado, M.C.H.S.; Oliveira, J.S.; Parada, C.M.G.L.; Venâncio, S.I.; Tonete, V. L.P. Carvalhaes, M.A.B.L. (2010). Avaliação de intervenção educativa sobre aleitamento materno dirigida a agentes comunitários de saúde. *Rev Bras Saude Matern Infant.*, v. 10, 4: 459-468.
- Mahmood, I, Jamal, M. & Khan, N. (2011). Effect of Mother-Infant Early Skin-to-Skin Contact on Breastfeeding Status: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*, Vol. 21 (10): 601-605.
- Marín, M., Martín. I., Escobar. A., Villalba. E., Blanco. R., & Pol. P. (2010). Randomized controlled trial of early skin-to-skin contact: effects on the mother and the newborn. *Acta Pædiatric*; 99(11):1630-1634. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19912138>.
- Maroco, J. (2014). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Matos, T.A., Souza, M.S., Santos, E.K.A., Velho, M.B., Seibert, E.R.C., & Martins, N.M. (2010). Contato precoce pele-a-pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *Revista Brasileira de Enfermagem*, vol.63, nº6: 998-1004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/20.pdf>.
- Moore, E. R., & Anderson, G. C. (2007). Randomized controlled trial of very early mother infant skin-to-skin contact and breastfeeding status. *J. Midwifery Women's Health, New York*, v.52, 2: 116-125.
- Moore, E., Anderson, G.C., & Bergman, N. (2007) .Early skin to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Data base Syst Rev*. Disponível em: <http://cochrane.bireme.br/main.php?lang=>.
- Moore, E.R., Anderson, G.C., & Bergman, N. (2007). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Data base Syst Rev*; 3: CD003519. 9

- Moore, E.R., Anderson, G.C., Bergman, N. & Dowswell, T. (2012). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Review). The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.
- Moro, G., & Mesquita, M. (2011). Leite materno e seus substitutos ao longo da história. EFDeportes.com, *Revista Digital*. Buenos Aires, Año 15, n.º 153. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/>.
- Odent, M. (2013). *Childbirth and the future of Homo sapiens*. London: Pinter & Martin Ltd.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). O Contacto Precoce Pele a Pele na Sala de Partos. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/ARTIGOS%20ENFERMEIROS%202013%20A%202015/Artigo%20-%20O%20Contacto%20Precoce%20Pele%20a%20Pele%20na%20Sala%20de%20Partos%20abril2014%20-%20C%C3%B3pia.pdf>
- Organização Mundial de Saúde (2007). *Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Conclusions of consensus meeting held 6-8 November*. Washington. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf.
- Organização Mundial de Saúde (2010). *Requested survey information global - Data Bank on Breastfeeding and Complementary Feeding*. Genève
- Pereira, A.L., & Bachion, M.M. (2006). Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre (RS); 27(4): 491-498. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4633/2548>
- Pestana, M.H. & Gageiro, J.N. (2014). *Análise categórica, árvores de decisão e análise de conteúdo em ciências sociais e da saúde com o SPSS*. Lisboa: Edições Lidel.
- Phipps, W., Sands, J., & Marek, J. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Alterações na reprodução e sexualidade*. 6ª ed. Loures: Lusociência, 2003.

- Pocinho, M. (2008). Lições de Metanálise: um trabalho de compilação efectuado por Margarida Pocinho. [Consult. 21 Ag. 2012]. Disponível em:
http://docentes.ismt.pt/~m_pocinho/Licoes_de_revisao_sistematica_e_metanalise.pdf
- Puig, G., Sguassero, Y. (2007) *Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants*. RHL – The WHO Reproductive Health Library. Disponível em:
<http://apps.who.int/rhl/newborn/gpcom/en/index.html>.
- Santos, A. (2011). *A importância do contacto precoce pele-a-pele entre mãe e bebé*. CHBA. Disponível em: http://www.chbargarvio.min-saude.pt/NR/ronlyres/B85D81E0-0C79-426E-9930-6CED2DFD0F7E/22430/ArtigocontactopeleapeleCHBA_final.pdf.
- Santos, L.M., Da Silva, L.C.R., Carvalho, e.s.s., CarneiroI, A.J.S., Santana, R.C.B. de, Fonseca' M.C.C. (2014). Vivenciando o contato pele a pele com o recém-nascido no pós-parto como um ato mecânico. *Rev. bras. enferm.* vol. 67, n.º 2 Brasília. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000200202.
- Sousa, M.R., & Ribeiro, A.L. (2009). Revisão sistemática e meta-análise de estudos de diagnóstico e prognóstico: um tutorial. *Arq Bras Cardiol.*; 92(3): 241-251.
- Suzuki, C. (2013). Transmission of cytomegalovirus via breast milk in extremely premature infants. *J Perinatol*; 31: 440-445
- Widström, A. M., Nyqvist, K.H., Anderson, G.C., Bergman, N., Cattaneo, A., Charpak, N., Davanzo, R., Ewald, U., Ludington-Hoe, S., Mendoza, S., Pallás-Allonso, C., Peláez, J.G., & Sizun, J. (2011). State of the art and recommendations Kangaroo Mother Care: application in a high-tech environment. *Acta Pædiatrica*, 99: 812-819. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v18n4/07.pdf>.

Anexos

Anexo I

Resultado da aplicação da avaliação crítica de uma revisão sistematizada

Identificação do estudo: Moore, E.R., Anderson, G.C., Bergman, N. & Dowswell, T. (2012). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Review). The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd..

| | Sim | ? | Não | N/A |
|---|--------------|---|-----|-----|
| Validade dos resultados | | | | |
| A revisão aborda de forma explícita uma questão clínica sensível? | 2 | | | |
| A pesquisa dos estudos relevantes foi detalhada e exaustiva? | | | 0 | |
| Os estudos primários têm elevada qualidade metodológica? | | 1 | | |
| A interpretação dos estudos é reprodutível? | 2 | | | |
| Importância dos resultados | Sim | ? | Não | N/A |
| Os resultados foram semelhantes entre os estudos? | | | 0 | |
| Quais são os resultados gerais dos estudos? | 2 | | | |
| Quão precisos são os resultados? | 2 | | | |
| Aplicabilidade dos resultados | Sim | ? | Não | N/A |
| Qual é a melhor forma de interpretar os resultados para aplicá-los na prática clínica? | 2 | | | |
| Foram considerados todos os outcomes clinicamente importantes? | 2 | | | |
| Os benefícios do tratamento sobrepõem-se aos potenciais riscos e custos da sua implementação? | 2 | | | |
| Total= | 87.5% pontos | | | |

Cada questão é classificada em 4 hipótese:

- resposta afirmativa = sim (codificada com 2)
- pouco claro/possivelmente (codificada com 1)
- resposta negativa = não (codificada com 0)
- não aplicável

Identificação do estudo: **Mahmood, I, Jamal, M. & Khan, N. (2011). Effect of Mother-Infant Early Skin-to-Skin Contact on Breastfeeding Status: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*, Vol. 21 (10): 601-605.**

| Validade dos resultados | Sim | ? | Não | N/A |
|---|------------|---|-----|-----|
| A revisão aborda de forma explícita uma questão clínica sensível? | 2 | | | |
| A pesquisa dos estudos relevantes foi detalhada e exaustiva? | | | 0 | |
| Os estudos primários têm elevada qualidade metodológica? | 2 | | | |
| A interpretação dos estudos é reprodutível? | 2 | | | |
| Importância dos resultados | Sim | ? | Não | N/A |
| Os resultados foram semelhantes entre os estudos? | | | 0 | |
| Quais são os resultados gerais dos estudos? | 2 | | | |
| Quão precisos são os resultados? | 2 | | | |
| Aplicabilidade dos resultados | Sim | ? | Não | N/A |
| Qual é a melhor forma de interpretar os resultados para aplicá-los na prática clínica? | 2 | | | |
| Foram considerados todos os outcomes clinicamente importantes? | 2 | | | |
| Os benefícios do tratamento sobrepõem-se aos potenciais riscos e custos da sua implementação? | 2 | | | |
| Total= | 90% pontos | | | |

Cada questão é classificada em 4 hipótese:

- resposta afirmativa = sim (codificada com 2)
- pouco claro/possivelmente (codificada com 1)
- resposta negativa = não (codificada com 0)
- não aplicável

Identificação do estudo: Gabriel, M.A.M., Llana, I.M., Escobar, A.L., Villalba, F., Blanco, I.R., & Pol, P.T. (2012) Randomized controlled trial of early skin-to-skin contact: effects on the mother and the newborn. *Journal Compilation Foundation. ActaPædiatrica/ActaPædiatrica*, 99:1630-1634.

| | Sim | ? | Não | N/A |
|---|------------|---|-----|-----|
| Validade dos resultados | | | | |
| A revisão aborda de forma explícita uma questão clínica sensível? | 2 | | | |
| A pesquisa dos estudos relevantes foi detalhada e exhaustiva? | 2 | | | |
| Os estudos primários têm elevada qualidade metodológica? | 2 | | | |
| A interpretação dos estudos é reprodutível? | 2 | | | |
| Importância dos resultados | Sim | ? | Não | N/A |
| Os resultados foram semelhantes entre os estudos? | | | 0 | |
| Quais são os resultados gerais dos estudos? | 2 | | | |
| Quão precisos são os resultados? | 2 | | | |
| Aplicabilidade dos resultados | Sim | ? | Não | N/A |
| Qual é a melhor forma de interpretar os resultados para aplicá-los na prática clínica? | 2 | | | |
| Foram considerados todos os outcomes clinicamente importantes? | 2 | | | |
| Os benefícios do tratamento sobrepõem-se aos potenciais riscos e custos da sua implementação? | 2 | | | |
| Total= | 95% pontos | | | |

Cada questão é classificada em 4 hipótese:

- resposta afirmativa = sim (codificada com 2)
- pouco claro/possivelmente (codificada com 1)
- resposta negativa = não (codificada com 0)
- não aplicável

Identificação do estudo: **Cantrill, R.M., Creedy, D.K., Cooke, M. & Dykes, F. (2014). Effective suckling in relation to naked maternal-infant body contact in the first hour of life: an observation study. Cantrill et al. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(20): 2-13.**

| | Sim | ? | Não | N/A |
|---|------------|---|-----|-----|
| Validade dos resultados | | | | |
| A revisão aborda de forma explícita uma questão clínica sensível? | 2 | | | |
| A pesquisa dos estudos relevantes foi detalhada e exhaustiva? | | | 0 | |
| Os estudos primários têm elevada qualidade metodológica? | 2 | | | |
| A interpretação dos estudos é reprodutível? | 2 | | | |
| Importância dos resultados | Sim | ? | Não | N/A |
| Os resultados foram semelhantes entre os estudos? | 2 | | | |
| Quais são os resultados gerais dos estudos? | 2 | | | |
| Quão precisos são os resultados? | 2 | | | |
| Aplicabilidade dos resultados | Sim | ? | Não | N/A |
| Qual é a melhor forma de interpretar os resultados para aplicá-los na prática clínica? | 2 | | | |
| Foram considerados todos os outcomes clinicamente importantes? | 2 | | | |
| Os benefícios do tratamento sobrepõem-se aos potenciais riscos e custos da sua implementação? | 2 | | | |
| Total= | 95% pontos | | | |

Cada questão é classificada em 4 hipótese:


- resposta afirmativa = sim (codificada com 2)
- pouco claro/possivelmente (codificada com 1)
- resposta negativa = não (codificada com 0)
- não aplicável

Anexo II

Pedido de autorização ao Presidente do Conselho da Administração do Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.



Rodrigues
21.12.14
[Signature]

| | | | | | | | | | | |
|--|---|---------------------------------|-----------------------------|---------------|----------|--|--|--|---|---|
| Parecer: | Despacho:  Centro Hospitalar Cova da Beira Presidente do Conselho de Administração Prof. Doutor Miguel Castelo Branco | | | | | | | | | |
| ASSUNTO: Projecto de Investigação nº 109/2014 - "Contacto pele-a-pele e amamentação na primeira hora de vida". | | | | | | | | | | |
| PARA: Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração. DE: Gabinete de Investigação e Inovação. | N.º 116/GII Data 19/12/2014 | | | | | | | | | |
| <p>Em relação ao assunto em epígrafe, junto envio o pedido de autorização de Tânia Alexandra Guimas Vaz, aluna de Mestrado de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu, para a realização de um estudo subordinado ao tema "Contacto pele-a-pele e amamentação na primeira hora de vida", a realizar no Departamento de Saúde da Criança e da Mulher – Serviço de Ginecologia e Obstetrícia deste Centro Hospitalar.</p> <p>Envio ainda o parecer n.º76/2014 emitido pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar Cova da Beira.</p> <p>Informo que se encontram reunidos todos os requisitos necessários de acordo com o Regulamento e Procedimentos do Centro de Investigação Clínica.</p> <p>Com os melhores cumprimentos, <i>personais</i></p> <p>? O Gabinete de Investigação e Inovação</p> <p><i>Rosa Saraiva</i> (Dr.ª Rosa Saraiva)</p> <p><i>G. Investigação e Inovação</i> 06 JAN. 2015</p> <table border="1" data-bbox="1053 1500 1292 1919"><tr><td>Centro Hospitalar Cova da Beira</td></tr><tr><td>Presente em reunião do C.A.</td></tr><tr><td>Em 21/12/2014</td></tr><tr><td>Despacho</td></tr><tr><td>Presidente do C.A. Prof. Doutor Miguel Castelo Branco</td></tr><tr><td>Vogal do C.A. Prof.ª Dra. Anabela Almeida</td></tr><tr><td>Vogal do C.A. Técnica Superior Orminda Sucana</td></tr><tr><td>Diretora Clínica Dra. Rosa Maria Ballesteros</td></tr><tr><td>Enfermeiro Director Enf.ª António João Rodrigues</td></tr></table> | | Centro Hospitalar Cova da Beira | Presente em reunião do C.A. | Em 21/12/2014 | Despacho | Presidente do C.A. Prof. Doutor Miguel Castelo Branco | Vogal do C.A. Prof.ª Dra. Anabela Almeida | Vogal do C.A. Técnica Superior Orminda Sucana | Diretora Clínica Dra. Rosa Maria Ballesteros | Enfermeiro Director Enf.ª António João Rodrigues |
| Centro Hospitalar Cova da Beira | | | | | | | | | | |
| Presente em reunião do C.A. | | | | | | | | | | |
| Em 21/12/2014 | | | | | | | | | | |
| Despacho | | | | | | | | | | |
| Presidente do C.A. Prof. Doutor Miguel Castelo Branco | | | | | | | | | | |
| Vogal do C.A. Prof.ª Dra. Anabela Almeida | | | | | | | | | | |
| Vogal do C.A. Técnica Superior Orminda Sucana | | | | | | | | | | |
| Diretora Clínica Dra. Rosa Maria Ballesteros | | | | | | | | | | |
| Enfermeiro Director Enf.ª António João Rodrigues | | | | | | | | | | |

Anexo III

Instrumento de recolha de dados

Dados Sociodemográficos:

Idade: _____

Profissão: _____

Dados obstétricos:

Idade gestacional: _____

Gesta ____ Para ____

Vigilância: Sim ____ Não ____

Nº consultas: _____

Patologia: Sim ____ Não ____

Risco: Sim ____ Não ____

Dados do RN:

Peso: _____

Apgar 1º minuto: _____ 5º minuto: _____ 10º minuto: _____

Dados do Parto:

Data _____

Tipo de parto:

Eutócico ____

Ventosa ____

Forceps ____

Pélvico ____

RPM: Espontânea ____ Artificial ____

Duração do período expulsivo:

Menos de 30 minutos ____

30 - 45 minutos ____

Mais que 45 minutos ____

Analgesia epidural: Sim ____ Não ____

EPISIOTOMIA

Sim ____ Não ____

Informada parturiente previamente: Sim ____ Não ____

Períneo íntegro: Sim ____ Não ____

Lacerações: Sim ____ Não ____

Sutura perineal: Sim ____ Não ____

Hemorragia: Sim ____ Não ____

Dor perineal: Sim ____ Não ____

Medidas não farmacológicas de promoção de integridade do períneo:

Massagem Pré-Natal: ____ Aplicação de calor no períneo: ____

AMAMENTAÇÃO NA PRIMERA HORA DE VIDA

Sim ____ Não ____

CONTACTO PELE A PELE

Sim ____ Não ____

Recém-Nascido despido sobre o peito/abdómen da mãe:

< 1h ____ 1h ____ > 1h ____

MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS DE ALÍVIO DA DOR NO TP/PARTO

Sim ____ Não ____

Medida utilizada: _____

Permitida mobilidade durante o Trabalho de Parto: Sim ____ Não ____