

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

DRIELLY ALEXANDRE MENDES

**PERCEPÇÕES DAS MÃES EM RELAÇÃO AO CONTATO PELE A PELE
PRECOCE E À AMAMENTAÇÃO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA**

UBERLÂNDIA

2017

DRIELLY ALEXANDRE MENDES

**PERCEPÇÕES DAS MÃES EM RELAÇÃO AO CONTATO PELE A PELE
PRECOCE E À AMAMENTAÇÃO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Graduação em Enfermagem da
Universidade Federal de Uberlândia, como
requisito parcial para a Conclusão do Curso e
obtenção do título de Enfermeira.

Orientadora: Profa. Ms. Lori Anisia Martins de
Aquino

UBERLÂNDIA

2017

DRIELLY ALEXANDRE MENDES

**PERCEPÇÕES DAS MÃES EM RELAÇÃO AO CONTATO PELE A PELE
PRECOCE E À AMAMENTAÇÃO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado para
conclusão do Curso de Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal de
Uberlândia e obtenção do título de Enfermeira,
pela banca examinadora, formada por:

Uberlândia, 13 de dezembro de 2017.

Profa. Ms. Lori Anisia Martins de Aquino

*Dedico esse trabalho aos meus pais
Jovair e Cleides.*

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela minha vida e por estar sempre comigo, não há palavras que expressem a minha gratidão e o meu amor por Ti.

Ao meu esposo Fábio, pelo amor, pela paciência, o apoio incondicional e por estar comigo desde o início da minha jornada.

Aos meus pais Jovair e Cleides e ao meu irmão Duárney, por ser o meu porto seguro, minha força e minha inspiração.

À minha amiga Pamela, que se tornou muito mais que uma amiga ao longo dessa trajetória, tornou-se minha companheira e minha irmã. Agradeço pela certeza de poder contar com sua amizade, pelo apoio e pelo carinho que tornou mais prazerosa a caminhada na graduação.

À Profa. Ms. Lori Anisia Martins de Aquino, pela disposição em me orientar, pela paciência e pela oportunidade de aprendizagem, eu não teria conseguido sem você.

Aos meus amigos e líderes Victor e Laysa, por serem instrumentos de Deus em minha vida. Obrigada pelo carinho, apoio e por suas orações. Vocês são muito mais que simples amigos, são meus referenciais.

RESUMO

O contato pele a pele imediato traz diversas vantagens ao neonato. A amamentação se destaca como benefício desse contato, ao tornar a sucção eficiente e eficaz; aumentar a prevalência e duração da lactação; além de influenciar de forma positiva a relação mãe-filho. Essa pesquisa tem como objetivo analisar as percepções das mães em relação ao contato pele a pele precoce e à amamentação, imediatamente após o parto, ou seja, investigar se as mães conhecem a possibilidade de vivenciar o contato pele a pele precoce e de amamentar seu filho na sala de parto; identificar se as mães consideram importante a realização desse contato e da amamentação na primeira hora de vida; e depreender os sentimentos das mães ao vivenciarem o contato pele a pele precoce e ao amamentarem seu filho, logo após o parto. Trata-se de uma pesquisa de campo, quanti-qualitativa, descritiva, realizada em hospital público mineiro, conforme a Resolução 466/12 CNS/MS, com aplicação de um questionário a 122 mães internadas no setor de maternidade. Evidenciou-se que, 51,6% das mães vivenciaram o contato pele a pele precoce; a maioria das participantes (76,2%) já sabia que era possível vivenciar esse contato; 95,9% consideram a realização do contato pele a pele importante; e dentre as mães que realizaram esse contato, a maioria se sentiu feliz (69,8%) e emocionada (66,7%). No que se refere à amamentação, apenas 14,7% das mães amamentaram seus filhos na primeira hora de vida; a maioria das mães (59,8%) desconhecia a possibilidade de amamentar o bebê imediatamente após o parto; 83,6% das mães consideram essa prática importante; 16,4% acreditam que amamentar o bebê na primeira hora de vida não seja importante; do total de mães que amamentaram seu filho logo após o parto, 72,2% se sentiram felizes e 50% se sentiram emocionadas. Portanto, na instituição pesquisada a prática da amamentação na primeira hora de vida está aquém do preconizado pela OMS. Esse estudo pretende contribuir para com as ações dos profissionais da saúde que atuam no centro obstétrico, afim de que eles promovam o cuidado humanizado, levando em consideração a percepção das mães e as condições em que as mesmas se encontram. Além disso, pretende contribuir para a diminuição da mortalidade infantil, tendo em vista que a criança amamentada na primeira hora de vida tem menor risco de evoluir ao óbito no período neonatal precoce.

Palavras-chave: Recém-nascido. Aleitamento materno. Relações mãe-filho. Parto humanizado.

ABSTRACT

The immediate skin-to-skin contact brings several advantages to the newborn. Breastfeeding stands out as a benefit of this contact, by making suction efficient and effective; increasing the prevalence and duration of lactation; and influencing in a positive way the mother-child relationship. This research aims to analyze the mothers' perceptions regarding early skin-to-skin contact and breastfeeding, immediately after delivery, that is, to investigate whether mothers know the possibility of experiencing early skin-to-skin contact and breastfeeding their child in the delivery room; to identify if mothers consider it important to carry out this contact and breastfeeding in the first hour of life; and to understand the feelings of the mothers when experiencing skin-to-skin contact and breast-feeding soon after delivery. This is a quantitative-qualitative descriptive field survey, conducted in a public hospital in Minas Gerais, according to Resolution 466/12 CNS / MS, applying a questionnaire to 122 mothers hospitalized in the maternity sector. It was evidenced that 51.6% of the mothers experienced early skin-to-skin contact; the majority of the participants (76.2%) already knew that it was possible to experience this contact; 95.9% consider making skin-to-skin contact important; and among the mothers who made this contact, the majority felt happy (69.8%) and emotioned (66.7%). Regarding breastfeeding, only 14.7% of the mothers breastfed their children in the first hour of life; the majority of mothers (59.8%) were unaware of the possibility of breastfeeding the baby immediately after delivery; 83.6% of mothers consider this practice important; 16.4% believe that breastfeeding in the first hour of life is not important; of the total number of mothers who breastfed their baby soon after delivery, 72.2% felt happy and 50% felt emotioned. Therefore, in the institution researched, the practice of breastfeeding in the first hour of life is below of that recommended by WHO. This study aims to contribute to the actions of health professionals who work in the obstetric center, so that they promote humanized care, taking into account the mothers' perceptions and the conditions in which they are found. In addition, it aims to contribute to the reduction of infant mortality, considering that the child breastfed in the first hour of life has a lower risk of developing death in the early neonatal period.

Keywords: Newborn. Breastfeeding. Mother-child relation. Humanized birth.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 –	Caracterização das participantes, Minas Gerais, 2017.....	25
TABELA 2 –	Distribuição das respostas à questão: “Você fez contato pele a pele com o seu bebê na sala de parto?”, Minas Gerais, 2017.....	26
TABELA 3 –	Distribuição das respostas à questão: “Você já sabia que era possível vivenciar o contato pele a pele com seu filho na sala de parto?”, Minas Gerais, 2017.....	26
TABELA 4 –	Distribuição das respostas à questão: “Como você ficou sabendo dessa possibilidade?”, Minas Gerais, 2017.....	27
TABELA 5 –	Distribuição das respostas à questão: “Você acha que é importante realizar o contato pele a pele precoce?”, Minas Gerais, 2017.....	28
TABELA 6 –	Distribuição das respostas das participantes acerca da importância do contato pele a pele, Minas Gerais, 2017.....	28
TABELA 7 –	Distribuição das respostas à questão: “Como você se sentiu ao realizar o contato pele a pele precoce?”, Minas Gerais, 2017.....	29
TABELA 8 –	Distribuição das respostas à questão: “Caso você não tenha realizado o contato pele a pele com o seu bebê, como você se sentiu por não ter realizado esse contato?”, Minas Gerais, 2017..	30
TABELA 9 –	Distribuição das respostas à questão: “Você amamentou seu filho na sala de parto?”, Minas Gerais, 2017.....	30
TABELA 10 –	Distribuição das respostas à questão: “Por qual motivo você não amamentou seu filho?”, Minas Gerais, 2017.....	31
TABELA 11 –	Distribuição das respostas à questão: “Você sabia que era possível amamentar seu filho ainda na sala de parto?”, Minas Gerais, 2017.....	31
TABELA 12 –	Distribuição das respostas à questão: “Como você ficou sabendo dessa possibilidade?”, Minas Gerais, 2017.....	32
TABELA 13 –	Distribuição das respostas à questão: “Você acha que é importante amamentar o seu bebê na primeira hora de vida dele?”, Minas Gerais, 2017.....	32

TABELA 14 – Distribuição das respostas das participantes acerca da importância de amamentar o bebê na primeira hora de vida, Minas Gerais, 2017.....	33
TABELA 15 – Distribuição das respostas à questão: “Como você se sentiu ao amamentar seu filho, imediatamente após o parto?”, Minas Gerais, 2017.....	34
TABELA 16 – Distribuição das respostas à questão: “Caso você não tenha amamentado seu bebê imediatamente após o parto, como você se sentiu por não ter amamentado seu bebê, logo que ele nasceu?”, Minas Gerais, 2017.....	35

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
1.1	Referencial teórico.....	11
1.1.1	Contato pele a pele precoce.....	11
1.1.2	Amamentação.....	12
1.1.3	Assistência humanizada.....	15
1.2	Justificativa.....	16
2	OBJETIVOS.....	18
2.1	Objetivo geral.....	18
2.2	Objetivos específicos.....	18
3	CASUÍSTICA E MÉTODO.....	19
3.1	Tipo de pesquisa.....	19
3.2	Local de pesquisa.....	20
3.3	População e amostra.....	20
3.4	Procedimentos e instrumento de coleta de dados.....	21
4	RESULTADOS.....	24
5	DISCUSSÃO.....	36
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	45
	REFERÊNCIAS.....	47
	APÊNDICES.....	50
	ANEXOS.....	56

1 INTRODUÇÃO

Quando em condições adequadas, parturiente e neonato saudáveis, o contato pele a pele deve ser iniciado imediatamente após o parto, sendo mantido o máximo de tempo que for possível (MATOS et al., 2010). Estudos revelam (ALMEIDA; MARTINS FILHO, 2012; WHO, 2006) que o contato pele a pele traz diversas vantagens ao neonato, dentre elas, a estabilização sanguínea, da frequência cardíaca e respiratória. Esse contato também acalma o recém-nascido, reduzindo o choro e o estresse e, conseqüentemente, reduzindo a perda de energia que é tão essencial nas primeiras horas de vida; além disso, esse contato mantém o bebê aquecido devido à transmissão de calor de sua mãe (MATOS et al., 2010).

A amamentação se destaca como benefício do contato pele a pele imediato, ao tornar a sucção eficiente e eficaz; aumenta a prevalência e duração da lactação; além de influenciar de forma positiva a relação mãe-filho (SAADEH, 1996 apud MATOS et al., 2010).

A origem deste trabalho se deu a partir da vivência em um projeto de extensão, desenvolvido por docentes do curso de Graduação em Enfermagem de uma Universidade pública mineira, implementado nos diversos setores do hospital a ela vinculado, cujo objetivo é a inserção do estudante de Enfermagem na assistência ao paciente. Deste modo, o tema de estudo surgiu mediante a observação de ações desenvolvidas no centro obstétrico, pelos profissionais da saúde, para o estímulo da interação entre mãe e bebê, bem como, no preenchimento do formulário do “Projeto Parto Adequado”, ocasionando assim, um interesse em estudar com mais empenho as questões relacionadas ao contato pele a pele precoce e a amamentação na primeira hora de vida.

Partimos do pressuposto que as mães desconhecem a possibilidade e a importância do contato pele a pele precoce e da amamentação na sala de parto; e que, quando ocorre esse contato precoce, o sentimento desenvolvido nas mães é positivo.

Neste sentido, a pesquisa será norteadas pelas seguintes questões: As mães sabem que é possível ter contato pele a pele precoce e amamentar seu filho na sala de parto? As mesmas conhecem a importância dessas ações? O que as mães sentem ao vivenciarem o contato pele a pele precoce e ao amamentarem seu filho, logo após o parto?

1.1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1.1 Contato pele a pele precoce

O contato pele a pele precoce consiste em colocar o recém-nascido ativo, sem roupa, diretamente sobre o tórax ou abdome de sua mãe, em posição prona, a fim de facilitar a adaptação do recém-nascido na transição do espaço intrauterino para o espaço extrauterino (ALBERTS, 1994 apud MONTEIRO, 2006; SANTOS et al., 2014; VIVANCOS et al., 2010). Esse contato, após o nascimento, estimula mecanismos sensoriais, hormonais, fisiológicos, imunológicos e comportamentais (FUCKS et al., 2015).

O contato pele a pele entre mãe e filho deve iniciar imediatamente após o parto, mesmo antes do clampeamento do cordão umbilical. Deve ser estabelecido entre mãe e filho saudáveis e mantido por pelo menos uma hora após o nascimento (CHAIBEN, 2012; MATOS et al., 2010; UNICEF, 2009).

Além de o contato pele a pele ser uma maneira inicial de incentivar e promover o aleitamento materno ainda na primeira hora de vida do recém-nascido (ALMEIDA; MARTINS FILHO, 2012; SANTOS et al., 2014) e estar associado com uma maior duração da amamentação (MONTEIRO, 2006), também possui outros benefícios que precisam ser salientados (UNICEF, 2009).

Vários estudos demonstram que, o contato pele a pele precoce acalma o recém-nascido e a mãe que, entram em uma sintonia única proporcionada por esse momento; auxilia na estabilização dos batimentos cardíacos e na respiração do bebê; mantém o bebê aquecido, pela transmissão de calor de sua mãe, evitando-se assim, a hipotermia; auxilia a adaptação metabólica e estabilização da glicose sérica do bebê; reduz o choro e o estresse do recém-nascido e, consequentemente, a perda de energia (MATOS et al., 2010; MONTEIRO, 2006; UNICEF, 2009).

Outros estudos revelam também que, o contato pele a pele precoce reduz o índice de hospitalização por hiperbilirrubinemia neonatal (ALMEIDA; MARTINS FILHO, 2012; VIVANCOS et al., 2010). Alguns autores comprovaram uma diminuição do tempo de choro, durante procedimentos dolorosos, em bebês que vivenciaram o contato pele a pele com sua mãe (VIVANCOS et al., 2010).

Além disso, o contato pele a pele na primeira hora de vida é importante, pois facilita o estreitamento de vínculos entre mãe e bebê, uma vez que o bebê fica em

alerta na primeira hora de vida. Passadas duas a três horas, o bebê adormece por um longo período de tempo, dificultando o estabelecimento desse contato (MATOS et al., 2010; SANTOS et al., 2014; UNICEF, 2009). Portanto, nesta fase o contato mãe-filho deve ser proporcionado, para que haja a exploração do corpo da mãe pelo bebê (MATOS et al., 2010).

1.1.2 Amamentação

Amamentar é muito mais do que nutrir a criança. A amamentação é um processo que envolve profunda interação entre mãe e filho, com repercussões na saúde física e psíquica, tanto da criança, quanto da mulher que amamenta (BARBIERI et al., 2015; BRASIL, 2015a).

Segundo dados de um estudo, a amamentação na primeira hora de vida é imprescindível, pois pode ser um fator de proteção contra mortes neonatais (BOCCOLINI et al., 2013). Além disso, graças aos inúmeros componentes existentes no leite materno, que protegem contra diarreia, infecções respiratórias, ocorrem menos mortes entre as crianças amamentadas (BRASIL, 2015a; UEMA et al., 2015).

Há evidências científicas sugerindo que o aleitamento materno apresenta benefícios em longo prazo, diminuindo o risco para hipertensão, colesterol alto e diabetes (BRASIL, 2015a). A Organização Mundial de Saúde publicou uma revisão sobre evidências desse efeito e concluiu que, os indivíduos amamentados apresentaram pressões sistólica e diastólica mais baixas, níveis menores de colesterol e risco 37% menor de apresentar diabetes tipo 2 (HORTA et al., 2007, apud BRASIL, 2015a). Além disso, as crianças que são amamentadas apresentam menor risco de desenvolver sobrepeso/obesidade (BRASIL, 2015a).

A prática do aleitamento materno ajuda a desenvolver ainda a cavidade bucal, propiciando uma melhor conformação do palato duro e, ajudando nas funções de mastigação, deglutição, respiração e articulação dos sons da fala (BRASIL, 2015a; UEMA et al., 2015). Além disso, há evidências científicas que comprovam que o aleitamento materno tem efeito positivo na inteligência, assim, as crianças que são amamentadas apresentam um melhor desenvolvimento cognitivo (BRASIL, 2015a).

Iniciar o aleitamento na primeira hora após o parto tem importância significativa não apenas para os recém-nascidos, mas também para as suas mães (MONTEIRO et al., 2006).

Uma das principais causas de mortalidade materna é a hemorragia pós-parto, que pode ocorrer durante ou após a dequitação¹ ou devido à retenção de restos placentários na cavidade uterina. O período de pós-parto imediato (após a dequitação) é um período delicado, que oferece risco à parturiente, podendo haver possibilidades de grandes hemorragias, principalmente por atonia uterina. Sabe-se que o estímulo de sucção do mamilo da mãe, pelo bebê, libera o hormônio ocitocina, que também determina contrações das fibras musculares uterinas e favorece a contração do útero durante a amamentação. Sendo assim, a amamentação precoce diminui as chances de uma hemorragia pós-parto, já que contribui para o aumento dos níveis maternos deste hormônio (BRASIL, 2001 apud MONTEIRO, 2006).

O aleitamento materno também gera benefícios, em longo prazo, para a saúde da mulher (MONTEIRO, 2006). O ato de amamentar protege a mulher contra o câncer de mama e de ovário; diminui a ocorrência de fraturas ósseas e mortes por artrite reumatoide; ajuda a evitar uma nova gravidez nos primeiros seis meses após o parto (98% de eficácia). Além disso, o aleitamento materno possui baixíssimos custos financeiros, portanto não amamentar pode significar sacrifícios para uma família com pouca renda (BARBIERI et al., 2015; BRASIL, 2015a; UEMA et al., 2015).

Além das qualidades fisiológicas do leite humano, há um grande benefício psicológico, proporcionado pela amamentação, que é a íntima relação mãe-bebê. O lactente sente-se seguro por estar acolhido perto da pele da mãe. A mãe se aproxima do lactente e desenvolve sentimentos de realização e satisfação ao amamentar (WHEELER, 2014).

Comprovados os vários benefícios da amamentação, tanto para a mulher quanto para a criança, esforços têm sido empreendidos no sentido de promover, encorajar e apoiar a prática do aleitamento materno, destacando-se a implementação de políticas e ações, visando proporcionar à criança o melhor início de vida possível (MATOS et al., 2010). Insere-se neste contexto a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), lançada em 1991 pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) e adotada por mais de 156 países (ESTEVES et al., 2015; MATOS et al., 2010).

¹ Desprendimento e expulsão da placenta.

Os “Dez Passos para o Sucesso no Aleitamento Materno” foram desenvolvidos pela IHAC e resumem as práticas necessárias a serem desenvolvidas nos centros obstétricos e maternidades, para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno (MATOS et al., 2010; UNICEF, 2009).

1. Dispor de uma política por escrito sobre amamentação que seja rotineiramente comunicada a toda a equipe de cuidado da saúde.
2. Treinar toda a equipe de saúde nas habilidades necessárias para implementar esta política.
3. Informar todas as gestantes sobre os benefícios da amamentação.
4. Ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto.
5. Demonstrar às mães a maneira de amamentar e como manter a lactação, mesmo que sejam separados do bebê.
6. Não administrar outro alimento ou bebida ao recém-nascido que não seja leite humano, a menos que indicado pelo médico.
7. Praticar alojamento conjunto – permitindo que mães e recém-nascidos permaneçam juntos – 24 horas por dia.
8. Encorajar a amamentação por livre demanda.
9. Não dar chupetas aos recém-nascidos amamentados.
10. Fomentar o estabelecimento de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a estes no momento de alta hospitalar (UNICEF, 2009, p. 44).

Dentre estas práticas, o quarto passo recomenda: “Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia-hora após o nascimento” (UNICEF, 2009, p.99); na atualidade esse passo é interpretado pela OMS/UNICEF como: “Colocar os bebês em contato pele-a-pele com suas mães imediatamente após o parto durante pelo menos uma hora e encorajar as mães a reconhecerem quando seus bebês estão prontos para mamarem oferecendo ajuda, se necessário” (UNICEF, 2009, p.99).

No entanto, muitas vezes a amamentação na primeira hora de vida ainda não é uma prática incorporada às rotinas hospitalares. Procedimentos que fazem parte das rotinas de cuidados imediatos prejudicam e prorrogam o contato precoce mãe-filho, tais como a aspiração de vias aéreas e a aspiração gástrica, avaliação e realização do exame físico no recém-nascido (ESTEVES et al., 2015; MATOS et al., 2010). Além disso, outras práticas hospitalares dificultam o início oportuno da amamentação, como o uso de sedativos no período final do parto, a separação mãe-filho e a falta de apoio às mães na sala de parto (ESTEVES et al., 2015).

1.1.3 Assistência humanizada

Uma das preconizações das políticas de humanização na assistência ao nascimento é o estabelecimento do contato pele a pele entre mãe e RN no período pós-parto imediato (VIVANCOS et al., 2010).

Os profissionais de saúde possuem um papel determinante na realização do contato pele a pele precoce. Estes podem estimular e facilitar o contato, com a prorrogação dos cuidados de rotina e suporte profissional ao recém-nascido ou trazer prejuízos pelo desrespeito aos mecanismos físicos e emocionais da mãe (MATOS et al., 2010).

Um estudo demonstrou que, o contato pele a pele precoce entre mãe e filho ocorria de forma mecânica, sendo estimulado simplesmente para cumprir um protocolo institucional, transformando o quarto passo da IHAC num breve contato entre mãe e filho, no qual a mulher não possui autonomia suficiente para exercer o papel de agente do processo (SANTOS et al., 2014).

Considerando que no momento pós-parto imediato, as mulheres encontram-se cansadas, sonolentas, e ainda, em condições de dor, postura inadequada devido ao posicionamento na mesa de parto, estados de anestesia e recuperação, muitas vezes, essas mulheres não têm a chance de revelar seus reais desejos e suas condições físicas e emocionais para realizar o contato pele a pele precoce e amamentar seu bebê (MONTEIRO, 2006).

Estudos revelam que, no momento de cumprir com o quarto passo para o “Sucesso do aleitamento materno”, os profissionais da saúde apenas avaliam as condições físicas da mãe (se ela está acordada e corada) e as condições físicas do bebê (se ele está ativo e alerta). Nota-se que existe uma preocupação dos profissionais de saúde em realizar os procedimentos de rotina sem respeitar, muitas vezes, o ritmo da mãe e do bebê, favorecendo apenas um breve contato, de forma a cumprir o quarto passo da IHAC (MONTEIRO, 2006).

Os profissionais de saúde devem ter um olhar atento, abrangente e sempre levar em consideração os aspectos físicos, emocionais e a cultura familiar da mulher. Esse profissional precisa estar preparado para prestar uma assistência eficaz, solidária, integral e contextualizada, que respeite o saber e a história de vida de cada mulher e que ajude a superar medos, dificuldades e inseguranças,

reconhecendo a mulher como protagonista desse processo, valorizando-a, escutando-a e empoderando-a (BRASIL, 2015a).

Além disso, para uma assistência humanizada no momento do nascimento, o profissional de saúde deve oferecer tempo e ambiente tranquilo, auxiliar a mãe a posicionar-se confortavelmente, atentar para o estado de alerta e procura do bebê pelo seio, favorecer a confiança materna e evitar manobras que apressem o bebê na amamentação (MATOS et al., 2010).

1.2 JUSTIFICATIVA

Considerando os inúmeros benefícios, a curto e a longo prazo, que o contato pele a pele precoce proporcionam ao recém-nascido e à mãe, a relevância dessa pesquisa centra-se no fato de possibilitar reflexões acerca das percepções das mães, em relação ao contato pele a pele precoce e da amamentação imediatamente após o parto, bem como, na reflexão acerca do parto humanizado.

Sendo assim, esse estudo pretende contribuir para com as ações dos profissionais da saúde que atuam no centro obstétrico, afim de que estes promovam um cuidado humanizado, levando em consideração a percepção das mães e as condições em que as mesmas se encontram, com o propósito de que o quarto passo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) não ocorra de forma mecânica, estimulado simplesmente para cumprir um protocolo institucional. Além disso, fazer com que esses profissionais compreendam a importância de estimular e facilitar o contato pele a pele, prorrogando os cuidados de rotina ao recém-nascido.

Portanto essa pesquisa beneficiará indiretamente as mulheres que darão à luz no hospital que constituiu o cenário para essa investigação, pois acreditamos que os resultados desse trabalho podem criar subsídios para uma assistência humanizada, que considere a mulher como ser integral e sujeito de suas ações. Beneficiará indiretamente também os bebês que nascerem nessa instituição, pois estes poderão vivenciar o contato pele a pele precoce e serem amamentados na primeira hora de vida.

Este estudo se faz importante na medida em que se ancora em uma temática muito explorada atualmente, podendo até mesmo, contribuir para a diminuição da mortalidade infantil, visto que, a criança que é amamentada na primeira hora de vida tem um menor risco de ir a óbito no período neonatal precoce.

Por fim, serão beneficiados todos que tiverem acesso aos resultados deste trabalho, pois a partir dele, poderão compreender a importância do contato pele a pele precoce e da amamentação na primeira hora de vida, assim como, poderão despertar seu interesse por realizar novos estudos e criar estratégias que assegurem esse contato e o sucesso do aleitamento materno.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar as percepções das mães em relação ao contato pele a pele precoce e à amamentação, imediatamente após o parto.

2.2 Objetivos Específicos

- Investigar se as mães conhecem a possibilidade de vivenciar o contato pele a pele precoce e amamentar seu filho na sala de parto.
- Identificar a percepção das mães acerca da importância do contato pele a pele precoce e da amamentação na primeira hora de vida.
- Depreender os sentimentos das mães ao vivenciarem o contato pele a pele precoce e ao amamentarem seu filho, logo após o parto.

3 CASUÍSTICA E MÉTODO

3.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa de campo, quanti-qualitativa e descritiva, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) sob o parecer Nº 1.962.431 (CAAE: 63833317.9.0000.5152), em 13 de março de 2017.

Segundo Figueiredo (2008), a pesquisa de campo valoriza o aprofundamento das questões a serem estudadas e tem uma maior flexibilidade na reformulação dos objetivos no decorrer da pesquisa.

Ainda segundo Figueiredo (2008), a opção pelo método de pesquisa quanti-qualitativa se deve ao fato de que, tal método associa análise estatística à investigação dos significados das relações humanas, privilegiando a melhor compreensão do tema a ser estudado, facilitando assim, a interpretação dos dados obtidos.

Estudos mostram que a mescla entre dados qualitativos e quantitativos permite a complementação entre palavras e números, as duas linguagens fundamentais na comunicação humana (FIGUEIREDO, 2008; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Com o uso de métodos múltiplos, o pesquisador permite que cada método desempenhe o seu papel, evitando, possivelmente, as limitações da abordagem única, além disso, quando as hipóteses ou o modelo do pesquisador são fundamentados por dados múltiplos e complementares, ele pode ter mais confiança na validade dos resultados. Este método também permite criação de novas fronteiras, pois às vezes, os pesquisadores descobrem que, os dados qualitativos e quantitativos são inconsistentes entre si e, essa falta de congruência, quando em um contexto de uma única investigação, pode levar a visões que expandem a linha de investigação (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004).

De acordo com Figueiredo (2008), as pesquisas descritivas, como o próprio nome diz, têm como principal objetivo a descrição das características de uma determinada população ou fenômeno, ou então o estabelecimento de relações entre variáveis obtidas por meio da utilização de técnicas, como questionário e observação sistemática.

3.2 Local de pesquisa

A pesquisa foi realizada no setor de maternidade de um hospital público mineiro, escolhido, por se tratar de uma organização hospitalar de alta complexidade e referência para a população do interior de Minas Gerais.

O setor de maternidade possui 37 leitos, sendo 19 leitos destinados às gestantes de alto risco e 18 leitos destinados ao alojamento conjunto. Para o presente estudo, optou-se por aplicar o questionário às mães internadas no alojamento conjunto.

3.3 População e amostra

Segundo dados fornecidos pelo setor de estatística e informações hospitalares do hospital que constituiu o cenário para essa investigação, no mês de agosto de 2016, foram realizados 177 partos, sendo 100 partos cesarianos e 77 partos normais.

Para estudos investigativos ou experimentais de um subgrupo de uma população, não se realiza o estudo de todo o universo populacional, usualmente porque não é acessível ou viável, e principalmente porque não é necessário quando se dispõe de uma amostra representativa para a realização de inferências à população (MIOT, 2011). Portanto, o cálculo do tamanho amostral para uma população finita baseia-se na fórmula proposta por Pagano (2011):

$n_o = \frac{1}{E_o^2}$	n_o – número inicial da amostra n – número final da amostra E_o - erro amostral estimado
$n = \frac{N \cdot n_o}{N + n_o}$	N - nº de sujeitos da população finita

Através dessa fórmula, calculamos o tamanho da nossa amostra. Para tanto, consideramos uma população de 177 e erro amostral de 5%. Após substituição dos dados da fórmula, obtivemos um resultado de 122, que representa a nossa amostra, ou seja, o número de mulheres que participaram dessa pesquisa.

Foram incluídas no estudo as mães que deram à luz no referido hospital público no interior de Minas Gerais, independente do tipo de parto (normal ou cesariano), do número de gestações prévias e da idade. Foi imprescindível que as participantes assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), e que, as mães menores de idade, tivessem sido previamente autorizadas pelos pais ou responsáveis legais, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o Responsável Legal pelo Menor (Apêndice B) e, que assinassem também o Termo de Assentimento para o Menor (Apêndice C), concordando em participar da pesquisa.

Foram excluídas desse estudo as mães que se encontravam internadas no alojamento conjunto, mas que deram à luz em outro hospital. Estava previsto que fossem excluídas as mães menores de idade, cujos pais ou responsáveis legais não permitissem ou assinassem o documento de consentimento, bem como, aquelas mães que não assinassem o documento em que concordavam participar da pesquisa; contudo, ressalta-se que, não houve participantes que se encaixavam nesses critérios.

3.4 Procedimentos e instrumento de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada pela acadêmica pesquisadora, e teve início somente após aprovação do projeto pelo CEP; e foi realizada no período de abril a julho de 2017.

A princípio, elaboramos um planejamento com datas e horários da ida da acadêmica pesquisadora à maternidade, para que a enfermeira responsável pelo setor ficasse ciente dos dias e horários em que seriam coletados os dados, com a finalidade de reduzir os possíveis transtornos proporcionados por esta pesquisa.

De acordo com a disponibilidade da acadêmica pesquisadora, a coleta de dados foi realizada três vezes por semana, as segundas, quartas e sextas-feiras, após o horário de visitas à unidade, com o intuito de não tumultuar o quarto de alojamento conjunto e de não atrapalhar os profissionais da saúde a realizarem os cuidados de rotina.

A escolha pelas participantes dessa pesquisa se deu de forma aleatória. Portanto, a acadêmica pesquisadora convidou as mães para participarem da

pesquisa e fizeram parte deste estudo aquelas mães que se enquadraram nos critérios de inclusão mencionados no item anterior.

Inicialmente a acadêmica pesquisadora foi ao setor de maternidade, procurou a enfermeira responsável pelo setor, explicou-lhe os objetivos da pesquisa, pediu autorização para utilizar o espaço físico e para consultar registros e prontuários, apresentou o planejamento e solicitou que a mesma lhe mostrasse o registro de internações/admissões do setor.

Em um segundo momento, a acadêmica pesquisadora se dirigiu até o quarto de alojamento conjunto e convidou as mães para participarem da pesquisa, explicando-lhes o objetivo deste estudo. As mães que aceitaram o convite assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, sendo que, uma ficou com a mãe e a outra com a acadêmica pesquisadora. Para as mães menores de idade, foi imprescindível que estas tivessem sido previamente autorizadas pelos pais ou responsáveis legais, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o Responsável Legal pelo Menor (TCLE-RL) e, que tivessem assinado o Termo de Assentimento para o Menor (TAM) concordando em participar da pesquisa, ambos em duas vias.

Em um terceiro momento, a acadêmica pesquisadora realizou uma consulta ao prontuário da mãe, para coletar alguns dados disponíveis nesse documento, com o propósito de não incomodar a mãe com perguntas repetidas, por um longo período de tempo. Os dados encontrados foram condensados em um instrumento de coleta de dados (Apêndice D).

Em seguida, após a coleta desses dados no prontuário, a acadêmica pesquisadora se dirigiu ao quarto de alojamento conjunto novamente, onde aplicou o questionário (Apêndice E). Este era entregue a mãe para que ela mesma respondesse-o. A acadêmica ficou próxima à mãe somente para sanar as dúvidas, e, portanto, não influenciou as respostas. Ao término do preenchimento, foi solicitado às mães que guardassem o questionário em um envelope, fornecido pela acadêmica pesquisadora, com o objetivo de preservar a identidade das participantes e o sigilo de suas respostas. Os envelopes com os questionários só foram abertos quando se encerrou a coleta de dados com todas as participantes.

Vale ressaltar que, quando a mãe não se encontrava em condições de responder o questionário, por motivos diversos, por exemplo, amamentando o recém-nascido, a mãe podia solicitar à acadêmica pesquisadora para redigir suas

respostas. Nesses casos, ao final de cada resposta a acadêmica pesquisadora lia sua anotação para a mãe, a fim de confirmar a sua veracidade e a intenção de complementar sua resposta.

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados um questionário, elaborado pelas próprias pesquisadoras, com respostas fechadas e abertas, e aplicado presencialmente, pela acadêmica pesquisadora. “Tal instrumento mostra-se particularmente precioso quando o leque das repostas possíveis é amplo ou então imprevisível, mal conhecido” (LAVILLE; DIONNE, 1999, p.186).

Segundo Barcelos (2001) o uso de questionários apresenta as seguintes vantagens: são menos ameaçadores que as observações, são úteis se o pesquisador possui recursos limitados e pouco tempo. Além disso, “são fáceis de tabular e particularmente adequados para um grande número de participantes” (GIMENEZ, 1994 apud BARCELOS, 2001, p. 78).

As pesquisadoras se comprometem a cumprir a Resolução 466/12 do CNS/MS, garantir o sigilo das respostas e identificar as participantes apenas por números, de modo a preservar a sua identidade, bem como, preservar o nome da instituição onde foi realizada a pesquisa.

Além disso, todos os dados coletados no instrumento utilizado, a segunda via assinada do TCLE-RL, TAM e TCLE, e o banco de dados digitalizado permanecerão arquivados pela acadêmica pesquisadora durante cinco anos.

4 RESULTADOS

Os dados obtidos na pesquisa foram analisados de forma quanti-qualitativa. Para a realização de um estudo minucioso dos dados qualitativos, utilizou-se a análise de conteúdo para interpretação e compreensão dos dados, adotando-se a sequência de passos, propostas por Bardin (2006). Esses passos são organizados em três etapas: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A primeira etapa, pré-análise, compreende: a leitura flutuante que, trata-se do primeiro contato com os documentos da coleta de dados; a formulação das hipóteses e objetivos, a partir da leitura inicial dos dados; a elaboração de indicadores, a fim de interpretar o material coletado. Essa etapa é desenvolvida a fim de sistematizar as ideias iniciais, colocadas pelo quadro referencial teórico e para estabelecer indicadores para a interpretação das informações coletadas (BARDIN, 2006).

A segunda etapa, exploração do material, consiste na codificação. Nessa fase todo material coletado é recortado em unidades de registro (palavras-chaves, frases), para formulação das primeiras categorizações. As categorias iniciais são agrupadas tematicamente e originam as categorias intermediárias, estas por sua vez, também são agrupadas resultando nas categorias finais, as quais possibilitam as inferências (BARDIN, 2006).

A terceira e última etapa, compreende o tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Nesta etapa faz-se uma análise comparativa ressaltando aspectos considerados semelhantes e os considerados diferentes, respaldadas no referencial teórico (BARDIN, 2006).

A categorização dos dados qualitativos, bem como os resultados dos dados quantitativos serão expressos a seguir por meio de estatística simples, ou seja, números absolutos e porcentagem, com apresentação em tabelas.

A Tabela 1 mostra a caracterização das participantes segundo a faixa etária, escolaridade, idade gestacional, número de gestações, número de partos, número de abortos, tipo de parto, número de consultas de pré-natal e participação em curso de pré-natal.

Tabela 1- Caracterização das participantes, Minas Gerais, 2017.

Respostas	Número (N=122)	Porcentagem (%)
FAIXA ETÁRIA		
<15 anos	1	0,8
De 15 a 35 anos	109	89,3
>35 anos	12	9,8
ESCOLARIDADE		
Fundamental incompleto	15	12,3
Fundamental completo	18	14,7
Médio incompleto	29	23,8
Médio completo	42	34,4
Superior incompleto	10	8,2
Superior completo	8	6,6
IDADE GESTACIONAL		
Pré termo tardio (32s a 36s6d)	7	5,7
Termo precoce (37s a 38s6d)	42	34,4
Termo completo (39s a 40s6d)	63	51,6
Termo tardio (41s a 41s6d)	10	8,2
Nº GESTAÇÕES		
Primigesta	46	37,7
Secundigesta	36	29,5
Tercigesta	21	17,2
Multigesta	19	15,6
Nº PARTOS		
Primípara	53	43,4
Secundípara	36	29,5
Tercípara	25	20,5
Multípara	8	6,6
Nº ABORTOS		
Nenhum	95	77,9
1	26	21,3
2	1	0,8
TIPO DE PARTO		
Normal	63	51,6
Cesárea	59	48,4
Nº CONSULTAS DE PRÉ-NATAL		
< 6 consultas	10	8,2
6 a 8 consultas	38	31,1
> 8 consultas	74	60,7
CURSO DE PRÉ-NATAL		
Sim	19	15,6
Não	103	84,4

Fonte: As autoras

Na Tabela 1 podemos observamos que, a maioria das participantes (89,3%) se encontra na faixa etária entre 15 a 35 anos; 34,4% interromperam os estudos após concluir o ensino médio; destaca-se na amostra estudada uma prevalência de 51,7% na idade gestacional correspondente ao termo completo (39 semanas a 40 semanas e 6 dias); nota-se ainda que, 37,7% são primigestas; 43,3% são primíparas; 77,9% não tiveram nenhum aborto; 51,6% tiveram parto normal, 60,7% realizaram mais que 8 consultas de pré-natal e, apenas 15,6% das mães realizaram curso de pré-natal.

A Tabela 2 apresenta o percentual de respostas das participantes em relação à realização do contato pele a pele precoce entre o binômio mãe-filho.

Tabela 2- Distribuição das respostas à questão: “Você fez contato pele a pele com o seu bebê na sala de parto?”, Minas Gerais, 2017.

Respostas	Número (N=122)	Porcentagem (%)
Sim	63	51,6
Não	59	48,4
TOTAL	122	100

Fonte: As autoras

A Tabela 2 evidencia que, a maioria das mães (51,6%) vivenciou o contato pele a pele precoce.

A Tabela 3 apresenta o percentual de respostas das participantes em relação à possibilidade de vivenciar esse contato.

Tabela 3- Distribuição das respostas à questão: “Você já sabia que era possível vivenciar o contato pele a pele com seu filho na sala de parto?”, Minas Gerais, 2017.

Respostas	Número (N=122)	Porcentagem (%)
Sim	93	76,2
Não	29	23,8
TOTAL	122	100

Fonte: As autoras

A Tabela 3 ressalta que, a maioria das mães (76,2%) já sabia que era possível vivenciar o contato pele a pele com seu filho, imediatamente após o parto.

A Tabela 4 apresenta as categorias de respostas das participantes, segundo a maneira com que as mesmas ficaram sabendo da possibilidade de vivenciar o contato pele a pele precoce. É importante ressaltar que, para o cálculo do percentual foi levado em consideração o total de mulheres que tiveram respostas afirmativas na questão anterior (n=93) e o total de respostas possíveis para cada categoria, uma vez que suas respostas puderam ser incluídas em diversas categorias simultaneamente.

Tabela 4 - Distribuição das respostas à questão: “Como você ficou sabendo dessa possibilidade?”, Minas Gerais, 2017.

Categorias de respostas	Número (n=93)	Porcentagem (%)
Meios de comunicação	23	24,7
Profissionais de saúde e/ou instituições de saúde	21	22,6
Experiências pessoais anteriores	21	22,6
Outras pessoas conhecidas	20	21,5
Círculo familiar	10	10,7
Iniciativa própria	7	7,5
Não responderam	4	4,3

Fonte: As autoras

Na Tabela 4 destaca-se que, 24,7% das mães ficaram sabendo da possibilidade de vivenciar o contato pele a pele precoce, através dos meios de comunicação (internet, televisão).

Ainda sobre o contato pele a pele precoce, a Tabela 5 apresenta o percentual de respostas das participantes acerca da importância da realização do contato pele a pele precoce.

Tabela 5- Distribuição das respostas à questão: “Você acha que é importante realizar o contato pele a pele precoce?”, Minas Gerais, 2017.

Respostas	Número (N=122)	Porcentagem (%)
Sim	117	95,9
Não	5	4,1
TOTAL	122	100

Fonte: As autoras

Observa-se na Tabela 5 que, a maior parte das mães (95,9%) considera importante a realização do contato pele a pele precoce.

A Tabela 6 apresenta as categorias de respostas das participantes que consideram importante a realização do contato pele a pele precoce, bem como das participantes que não consideram esse contato importante. Cabe ressaltar que, para o cálculo do percentual foi levado em consideração o total de mulheres que tiveram respostas afirmativas (n=117) e negativas (n=5) na questão anterior e, o total de respostas possíveis para cada categoria.

Tabela 6 – Distribuição das respostas das participantes acerca da importância do contato pele a pele, Minas Gerais, 2017.

Respostas	Número	Porcentagem (%)
É IMPORTANTE PORQUE (n = 117)		
Cria e mantém vínculo	42	35,9
Promove contato físico	29	24,8
Promove afeto	16	13,7
Transmite segurança e tranquiliza mãe-filho	14	12
É um momento único	10	8,5
Evita hipotermia	8	6,8
Confirma o estado do RN	3	2,6
Não responderam	9	7,7
NÃO É IMPORTANTE PORQUE (n = 5)		
É indiferente	2	40
É desnecessário	1	20
Causa medo	1	20
É desconhecido pela mãe	1	20

Fonte: As autoras

Na Tabela 6 nota-se que, das 117 participantes que apresentaram resposta afirmativa, a maior parte (35,9%) acredita que o contato pele a pele precoce é importante para criar/manter vínculo. É possível observar ainda que, das 5 participantes que apresentaram resposta negativa, 40% acreditam que a realização desse contato é indiferente.

A Tabela 7 apresenta o percentual de respostas das participantes em relação a como se sentiram ao vivenciar o contato pele a pele com seu filho, imediatamente após parto. É importante ressaltar que, para o cálculo do percentual foi levado em consideração o total de mulheres que vivenciaram o contato pele a pele (n= 63) e o total de respostas possíveis para cada categoria.

Tabela 7- Distribuição das respostas à questão: “Como você se sentiu ao realizar o contato pele a pele precoce?”, Minas Gerais, 2017.

Categorias de respostas	Número (n=63)	Porcentagem (%)
Feliz	44	69,8
Emocionada	42	66,7
Incomodada	2	3,2
Com medo	1	1,6
Outros sentimentos		
Realizada	3	4,8
Aliviada	3	4,8
Ansiosa	2	3,2
Preocupada	1	1,6
Amor	1	1,6
Indescritível	1	1,6

Fonte: As autoras

Na Tabela 7 evidencia-se que, do total de mães que realizaram o contato pele a pele precoce (n=63), a maioria delas se sentiram felizes (69,8%) e emocionadas (66,7%) ao vivenciar esse contato.

A Tabela 8 apresenta o percentual de respostas das participantes em relação a como se sentiram por não vivenciar o contato pele a pele com seu filho,

imediatamente após parto. É importante ressaltar que, para o cálculo do percentual foi levado em consideração o total de mulheres que não vivenciaram o contato pele a pele (n= 59) e o total de respostas possíveis para cada categoria.

Tabela 8- Distribuição das respostas à questão: “Caso você não tenha realizado o contato pele a pele com o seu bebê, como você se sentiu por não ter realizado esse contato?”, Minas Gerais, 2017.

Categorias de respostas	Número (n=59)	Porcentagem (%)
Indiferente	26	44,1
Triste	22	37,3
Frustrada	9	15,2
Outros sentimentos		
Decepcionada	2	3,4
Ansiosa	2	3,4
Feliz	1	1,7
Preocupada	1	1,7
Com medo	1	1,7

Fonte: As autoras

Na Tabela 8 ressalta-se que, do total de mães que não realizaram o contato pele a pele precoce (n=59), a maioria se sentiu indiferente (44,1%). Outro dado relevante e que chama atenção é que, uma das participantes (1,7%) relatou ter ficado feliz por não realizar o contato pele a pele precoce com seu filho.

A Tabela 9 apresenta o percentual de respostas das participantes em relação à amamentação na primeira hora de vida.

Tabela 9- Distribuição das respostas à questão: “Você amamentou seu filho na sala de parto?”, Minas Gerais, 2017.

Respostas	Número (N=122)	Porcentagem (%)
Sim	18	14,7
Não	104	85,3
TOTAL	122	100

Fonte: As autoras

Observa-se na Tabela 9 que apenas 14,7% das mães amamentaram o recém-nascido na primeira hora de vida.

A Tabela 10 apresenta o percentual de respostas das participantes em relação ao motivo pelo qual não amamentaram o recém-nascido na primeira hora de vida. Cabe ressaltar que, para o cálculo do percentual foi levado em consideração o total de mulheres que tiveram respostas negativas (n=104) na questão anterior e, o total de respostas possíveis para cada categoria.

Tabela 10- Distribuição das respostas à questão: “Por qual motivo você não amamentou seu filho?”, Minas Gerais, 2017.

Categorias de respostas	Número (n=104)	Porcentagem (%)
Rotina de cuidados do setor	39	37,5
Desconforto respiratório do RN	30	28,8
Amamentou mais tardiamente, em outro local	12	11,5
Fez cesariana	12	11,5
Intercorrências do RN e/ou da mãe	10	9,6
Dificuldade relacionada ao RN e/ou à mãe	10	9,6
Não responderam	4	3,8

Fonte: As autoras

Na Tabela 10 destaca-se que, a maioria das mães (37,5%) não amamentaram seus filhos, na primeira hora de vida, devido à rotina de cuidados dos profissionais de saúde que atuam no centro obstétrico, com o binômio mãe-filho.

A Tabela 11 apresenta o percentual de respostas das participantes, em relação à possibilidade de amamentar o recém-nascido na primeira hora de vida.

Tabela 11- Distribuição das respostas à questão: “Você sabia que era possível amamentar seu filho ainda na sala de parto?”, Minas Gerais, 2017.

Respostas	Número (N=122)	Porcentagem (%)
Sim	49	40,2
Não	73	59,8
TOTAL	122	100

Fonte: As autoras

Na Tabela 11 evidencia-se que, somente 40,2% das mães conheciam a possibilidade de amamentar o bebê, imediatamente após o parto.

A Tabela 12 apresenta o percentual de respostas das participantes, segundo a maneira com que as mesmas ficaram sabendo da possibilidade de amamentar o recém-nascido imediatamente após o parto. É importante ressaltar que, para o cálculo do percentual foi levado em consideração o total de mulheres que tiveram respostas afirmativas na questão anterior (n=49) e o total de respostas possíveis para cada categoria.

Tabela 12- Distribuição das respostas à questão: “Como você ficou sabendo dessa possibilidade?”, Minas Gerais, 2017.

Categorias de respostas	Número (n=49)	Porcentagem (%)
Profissionais de saúde e/ou instituições de saúde	12	24,5
Experiências anteriores	11	22,4
Meios de comunicação	9	18,4
Outras pessoas conhecidas	8	16,3
Círculo familiar	6	12,2
Iniciativa própria	3	6,1
Não responderam	4	8,2

Fonte: As autoras

Na Tabela 12 destaca-se que 24,5% das mães ficaram sabendo da possibilidade de amamentar o recém-nascido na primeira hora de vida, através dos Profissionais de saúde/Instituições de saúde.

Ainda sobre a amamentação, a Tabela 13 apresenta o percentual de respostas das participantes acerca da percepção delas sobre a importância de amamentar o recém-nascido na primeira hora de vida dele.

Tabela 13- Distribuição das respostas à questão: “Você acha que é importante amamentar o seu bebê na primeira hora de vida dele?”, Minas Gerais, 2017.

Respostas	Número (N=122)	Porcentagem (%)
Sim	102	83,6
Não	20	16,4
TOTAL	122	100

Fonte: As autoras

Observa-se na Tabela 13 que a maior parte das mães (83,6%) considera importante a amamentar o bebê na primeira hora de vida.

A Tabela 14 apresenta as categorias de respostas das participantes que consideram importante amamentar o recém-nascido na primeira hora de vida, bem como das participantes que não consideram importante essa prática. Cabe ressaltar que, para o cálculo do percentual foi levado em consideração o total de mulheres que tiveram respostas afirmativas (n=102) e que tiveram respostas negativas (n=20) na questão anterior e, também o total de respostas possíveis para cada categoria.

Tabela 14- Distribuição das respostas das participantes acerca da importância de amamentar o bebê na primeira hora de vida, Minas Gerais, 2017.

Categorias de respostas	Número	Porcentagem (%)
É IMPORTANTE PORQUE (n = 102)		
Proporciona contato físico	30	29,4
Promove saúde e desenvolvimento do RN	24	23,5
Cria e mantém vínculo	16	15,7
Estimula a produção de leite e a amamentação	10	9,8
Estimula a pega e a sucção do RN	9	8,8
Transmite afeto	6	5,9
Outros	14	13,7
Não responderam	9	8,8
NÃO É IMPORTANTE PORQUE (n = 20)		
Deve-se priorizar os cuidados ao RN	6	30
Depende das condições da parturiente	5	25
É desnecessário	5	25
O ambiente é desfavorável e pouco tempo	4	20
Outros	3	15
Não responderam	1	5

Fonte: As autoras

A Tabela 14 ressalta que, das 102 participantes que apresentaram resposta afirmativa, 29,4% acreditam que amamentar o bebê na primeira hora de vida é importante devido ao contato físico que se estabelece. É possível observar ainda que, das 20 participantes que apresentaram resposta negativa, 30% acreditam que, amamentar o bebê tão logo que ele nasce, não é importante, pois deve-se priorizar os primeiros cuidados a esse recém-nascido.

A Tabela 15 apresenta o percentual de respostas das participantes em relação a como se sentiram ao amamentar seu filho, imediatamente após parto. É importante ressaltar que, para o cálculo do percentual foi levado em consideração o total de mulheres que amamentaram seu filho na primeira hora de vida (n= 18) e, o total de respostas possíveis para cada categoria.

Tabela 15- Distribuição das respostas à questão: “Como você se sentiu ao amamentar seu filho, imediatamente após o parto?”, Minas Gerais, 2017.

Categorias de respostas	Número (n=18)	Porcentagem (%)
Feliz	13	72,2
Emocionada	9	50,0
Com medo	1	5,5
Aliviada	1	5,5

Fonte: As autoras

Na Tabela 15 nota-se que, do total de mães que amamentaram seu filho logo após o parto (n=18), 72,2% se sentiram felizes.

A Tabela 16 apresenta o percentual de respostas das participantes em relação a como se sentiram por não amamentar seu filho logo que ele nasceu. É importante ressaltar que, para o cálculo do percentual foi levado em consideração o total de mulheres que não amamentaram seu filho na primeira hora de vida (n=104) e o total de respostas possíveis para cada categoria.

Tabela 16- Distribuição das respostas à questão: “Caso você não tenha amamentado seu bebê imediatamente após o parto, como você se sentiu por não ter amamentado seu bebê, logo que ele nasceu?”, Minas Gerais, 2017.

Categorias de respostas	Número (n=104)	Porcentagem (%)
Indiferente	54	51,9
Frustrada	19	18,3
Aliviada	3	2,9
Revoltada	3	2,9
Outros sentimentos		
Triste e decepcionada	17	16,3
Preocupada	6	5,8
Ansiosa	4	3,8
Calma e tranquila	2	1,9
Bem	2	1,9
Conformada	1	1,0

Fonte: As autoras

Na Tabela 16 evidencia-se que, do total de mães que não amamentaram seu filho logo após o parto (n=104), a maioria se sentiu indiferente (51,9%).

5 DISCUSSÃO

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), é considerado fator de risco para a gestação, a idade inferior a 15 anos ou idade superior a 35 anos. Em nosso estudo a maioria das participantes (89,3%) não se encontrava na faixa etária considerada de risco, apresentando idade entre 15 e 35 anos.

Ainda segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), a baixa escolaridade também é considerada como um fator de risco para a gestação. Em nossa pesquisa, metade das participantes ainda não concluiu o ensino médio; 34,4% concluíram o ensino médio e não prosseguiram os estudos; e apenas 14,8% ingressaram em algum curso superior.

De acordo com dados fornecidos pelo DATASUS (BRASIL, 2015b), em 2015 no município cenário para essa investigação, de 10.226 nascidos vivos, 915 recém-nascidos (8,9%) apresentavam idade gestacional correspondente ao pré-termo tardio (32s a 36s6d); 9.004 (88%) apresentavam idade gestacional correspondente ao termo (37s a 41s6d). Em nossa investigação encontramos resultados semelhantes, apenas 5,7% apresentavam idade gestacional correspondente ao pré-termo tardio (32s a 36s6d) e a maioria (94,2%) apresentava idade gestacional correspondente ao termo, especificamente 34,4% correspondente ao termo precoce (37 a 38s6d), 51,6% correspondente ao termo completo (39s a 40s6d) e 8,2% correspondente ao termo tardio (41s a 41s6d).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) também considera abortamentos habituais, nuliparidade e multiparidade como fatores de risco para a gestação. Em nossa investigação, predominaram as mães que eram primigestas (37,7%), primíparas (43,4%) e que não tiveram abortos (77,9%).

Segundo dados fornecidos pelo DATASUS (BRASIL, 2015b), em 2015 no município estudado, houve 10.226 partos, sendo 7.570 cesarianas (74%), 2.651 normais (25,9%) e 5 (0,1%) partos sem informação de via. Em contrapartida, em nosso estudo, o equivalente a 48,4% das participantes teve parto cesárea e 51,6% tiveram parto normal. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2016), considerando as características da população brasileira e o elevado número de operações cesarianas no país, a taxa ideal de cesáreas no Brasil deve estar entre 25%-30%.

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2016) recomenda que sejam realizadas, no mínimo, oito consultas de acompanhamento pré-natal, sendo uma consulta no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e cinco no terceiro trimestre. Anteriormente, a Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2012) preconizava no mínimo seis consultas de pré-natal, sendo uma consulta no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre. Observa-se em nosso estudo que 8,2% das mães realizaram um número de consultas inferior à recomendação mais antiga (6 consultas); 31,1% das mães foram incluídas no intervalo entre 6 e 8 consultas; e 60,7% realizaram consultas que superaram o limite mínimo preconizado atualmente pela Organização Mundial de Saúde. Esse resultado provavelmente se deve ao fato do hospital em questão tratar-se de uma organização hospitalar de alta complexidade e referência para gestações de alto risco.

Em um estudo realizado no sul do Brasil por Chaiben (2012), apenas 11,4% das gestantes participaram de algum curso de pré-natal. Em nossa investigação encontramos valores muito semelhantes, sendo que apenas 15,6% das gestantes frequentaram curso de pré-natal. Acreditamos que o curso de pré-natal é uma ferramenta importante para o desenvolvimento de atividades educativas e não participar dele, pode comprometer o aprendizado da mulher sobre questões relativas à gestação; além disso, a gestante perde oportunidade de esclarecer suas dúvidas quanto à gestação, parto e pós-parto, e também perde a oportunidade de troca de experiência com outras gestantes.

O contato pele a pele da mãe com o recém-nascido, imediatamente após o parto, além de promover vínculo entre mãe-filho e o aleitamento materno, é um indicativo de que o parto ocorreu adequadamente (ROLIN et al., 2008 apud FUCKS et al., 2015). Um estudo realizado por Oliveira e colaboradores (2015) revela que, em 75,1% dos prontuários analisados em sua pesquisa, não foi registrada a realização do contato pele a pele precoce. Em outro estudo, realizado por Sampaio e colaboradores (2016), apenas 9,3% das participantes vivenciaram o contato pele a pele com seu filho imediatamente após o parto. Em contrapartida, em nosso estudo a maioria das mães (51,6%) vivenciou esse contato imediato com o filho (Tabela 2).

Ressalta-se que dentre as mães que vivenciaram o contato pele a pele precoce, 95,2% tiveram parto normal e 4,8% tiveram parto cesárea. Podemos inferir que este resultado se deve ao fato de que, na cesariana o estado de alerta do bebê,

após o nascimento se encontra diminuído e, além disso, as analgesias de parto resultam em sonolência materna, dificultando a realização do contato precoce pele a pele entre o binômio mãe-filho (MATOS et al., 2010; SILVA et al., 2016).

Em uma pesquisa realizada por Matos e colaboradores no ano de 2010, 88,8% das mulheres entrevistadas sabiam da possibilidade de vivenciar o contato pele a pele precoce. Em nossa pesquisa, o equivalente a 76,2% das mães sabiam que era possível vivenciar esse contato imediatamente após o parto (Tabela 3).

Ainda segundo Matos e colaboradores (2010), 44,4% das participantes ficaram sabendo da possibilidade de vivenciar o contato pele a pele precoce através das consultas de pré-natal, 33,3% souberam somente no momento da internação no Centro Obstétrico e 11,1% souberam através de amigas e familiares que tiveram essa experiência. Em contraposição, em nosso estudo apenas 22,6% das participantes mencionaram que essa informação foi oriunda dos profissionais de saúde e/ou instituições de saúde. Destaca-se que 24,7% relataram ter ficado sabendo dessa possibilidade através dos meios de comunicação, tais como internet e televisão (Tabela 4). Todavia, esperávamos que esse assunto fosse abordado durante o pré-natal, por se tratar de um momento oportuno para elucidar questões relativas à gestação, parto e puerpério.

Como já mencionado anteriormente, o contato pele a pele precoce é importante por diversos motivos, tais como o estabelecimento do vínculo mãe-filho; acalma o recém-nascido e a mãe, que entram em uma sintonia única proporcionada por esse momento; auxilia na estabilização dos batimentos cardíacos e na respiração do bebê; mantém o bebê aquecido, pela transmissão de calor de sua mãe; reduz o choro e o estresse do recém-nascido (MATOS et al., 2010; MONTEIRO et al., 2006; UNICEF, 2009). Nesse sentido, a maioria das participantes do nosso estudo (95,9%) considera importante a realização do contato pele a pele precoce (Tabela 5).

Diversos motivos foram apontados por elas como relacionados à importância do contato pele a pele precoce (Tabela 6). Destaca-se que 35,9% dessas mães acredita que esse contato é importante para criar e manter vínculo; 24,8% acredita ser importante para promover contato físico; 13,7% acredita ser importante para promover afeto; 12% acredita ser importante para transmitir segurança e tranquilizar mãe-filho; 8,5% acredita ser importante por se tratar de um momento único; e 6,8%

acredita ser importante para evitar a hipotermia, como evidenciados nas respostas transcritas a seguir.

“Porque fortalece o vínculo entre mãe e filho.” (Puérpera 26)

“Porque estabelece contato físico entre mãe e filho”. (Puérpera 07)

“Pra ter afeto entre mãe e filho.” (Puérpera 97)

“O primeiro contato ajuda a tranquilizar a mãe e o bebê”. (Puérpera 104)

“É mágico para a mãe, pelo menos pra mim, este é um momento único.”
(Puérpera 04)

“Para o bebê sentir o calor da mãe e vice-versa”. (Puérpera 48)

Por outro lado, 4,1% das mães não considera a realização do contato pele a pele precoce importante (Tabela 5). O equivalente a 40% dessas mães justifica que esse contato, imediatamente após o parto, é indiferente; 20% das participantes consideram esse contato desnecessário; e 20% afirmam que o contato pele a pele causa medo à mãe (Tabela 6). Algumas das respostas das mães encontram-se transcritas a seguir.

“Para mim não tem muita importância, é indiferente”. (Puérpera 69)

“Eu acho que o contato com o bebê ao nascer não é importante, porque eu vou ter a oportunidade de fazer esse contato em vários outros momentos”.
(Puérpera 95)

“Porque o bebê tá ali pertinho, logo eu vou ver ele, não tem necessidade de fazer esse contato”. (Puérpera 87)

“Porque a mãe sente muito medo desse contato, de não saber o que fazer se acontecer alguma coisa errada com o bebê, se tiver alguma coisa no nariz ou na boca dele”. (Puérpera 113).

Ressalta-se que não foram encontrados, na literatura pesquisada, estudos que versassem sobre os sentimentos atribuídos pelas mães ao realizarem o contato pele a pele precoce. Fucks e colaboradores (2015, p.32) afirmam que “[...] a interação que ocorre após o parto faz com que a mãe experimente várias sensações, manifeste amor, afetividade e desejo [...]”. Em nossa pesquisa, predominaram os sentimentos positivos entre as mães (Tabela 7). Destaca-se que a maioria delas se sentiram felizes (69,8%) e emocionadas (66,7%) ao vivenciarem esse contato; 4,8% se sentiram realizadas; e 4,8% se sentiram aliviadas. Os sentimentos negativos atribuídos pelas mães, ao realizarem o contato pele a pele

precoce, abrangeram desde o incômodo (3,2%) e a ansiedade (3,2%), até o medo (1,6%) e a preocupação (1,6%).

Esperávamos que, dentre as 59 (48,4%) mães que não realizaram o contato pele a pele precoce (Tabela 2), fossem atribuídos sentimentos negativos. No entanto, a maioria dessas mães (44,1%) que não vivenciaram essa experiência se sentiu indiferente (Tabela 8). Um dado que chama atenção é que, uma das participantes (1,7%) relatou ter ficado feliz por não realizar esse contato com seu filho. Podemos inferir que essa mãe não se encontrava em condições físicas e emocionais para realizar esse contato; portanto, faz-se necessário ressaltar a importância de os profissionais de saúde terem um olhar atento e sempre levar em consideração os desejos, os aspectos físicos, emocionais e culturais da mulher.

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2017) recomenda que o aleitamento materno seja iniciado na primeira hora de vida, pois está associado à menor mortalidade neonatal, ao maior período de amamentação, à melhor interação mãe-bebê e ao menor risco de hemorragia materna. Uma pesquisa realizada por Barbieri e colaboradores (2015) revela que 65% das mães amamentaram seu filho imediatamente após o parto. Em contrapartida, em nosso estudo, apenas 14,7% das participantes amamentou o recém-nascido na primeira hora de vida (Tabela 9). Nota-se que, a prática da amamentação na primeira hora de vida, na instituição pesquisada, está muito aquém do preconizado pela OMS.

Segundo um estudo realizado por Chaiben (2012), 21,7% das mães não amamentaram seus filhos, na primeira hora de vida, devido a problemas relacionados ao RN (não chorar após o nascimento, necessidade de aspiração e de aquecimento); 26% por problemas relacionados à mãe (cesariana, efeitos da anestesia, suturas perineais); e 52,1% relacionados à rotina de atendimento ao RN (higiene, secagem, pesagem, exame físico do RN). Em nossa investigação (Tabela 10), a maior parte das mães não amamentou seus filhos, imediatamente após o parto, devido: à rotina de cuidados com o binômio mãe-filho; ao RN estar com desconforto respiratório (28,8%); à cesariana (11,5%); à intercorrências do RN e/ou da mãe (9,6%); e 9,6% devido a dificuldades relacionada ao RN e/ou à mãe (pega incorreta, pouco colostro, cansaço e sonolência materna). Outras mães (11,5%) alegaram que amamentaram mais tardiamente em outro local (sala de pós-parto imediato, maternidade). Tais comentários são evidenciados nas respostas transcritas abaixo.

“Teve que dar pontos e o bebê foi levado para exames”. (Puérpera 10)

“Pois o bebê nasceu com um pouco de desconforto ao respirar”. (Puérpera 94)

“Não amamentei porque o parto foi cesárea.” (Puérpera 104)

“Eu comecei a vomitar, estava com dor de cabeça e na nuca”. (Puérpera 67)

“A bebê não conseguiu fazer a pega”. (Puérpera 93)

“Eu só fui amamentar ele quando já estava aqui no quarto da maternidade”. (Puérpera 118)

Os profissionais de saúde preocupam-se em prestar os primeiros cuidados ao recém-nascido para não prolongar o tempo de permanência na sala de parto (SANTOS, et al., 2014). O excesso de intervenções com o binômio mãe-filho no período pós-parto imediato pode afetar o início precoce do aleitamento materno (SILVA et al., 2016). Sabe-se que, os cuidados de rotina com o recém-nascido, tais como secagem, pesagem, credeização e administração de vitamina K podem ser postergados por pelo menos uma hora após o nascimento, e devem ser realizados após o contato do recém-nascido com a mãe, oportunizando a amamentação na primeira hora de vida (BRASIL, 2011 apud CHAIBEN, 2012; FUCKS et al., 2015).

Vale ressaltar que a cesárea não deve ser vista como uma contraindicação para a amamentação imediatamente após o parto, pois o aleitamento materno também proporciona benefícios para a mãe, como a produção de ocitocina, reduzindo o sangramento puerperal e acelerando a involução uterina (COUTINHO, 2014 apud SILVA, 2016).

Em nossa pesquisa, somente 40,2% das mães conheciam a possibilidade de amamentar o bebê na primeira hora de vida (Tabela 11). Destaca-se que 24,5% das participantes souberam dessa possibilidade através dos profissionais de saúde e/ou instituições de saúde; 22,4% já sabiam dessa possibilidade devido a experiências anteriores; 18,4% souberam através dos meios de comunicação; e 28,5% souberam através do círculo familiar e/ou outras pessoas conhecidas (Tabela 12). Salienta-se que, não foram encontrados na literatura pesquisada, estudos que abordassem a origem do conhecimento das mães acerca da possibilidade de amamentar o recém-nascido, imediatamente após o parto.

O aleitamento materno é importante, pois reduz o índice de mortalidade infantil, diarreia, infecções respiratórias; diminui o risco de alergias, o risco para hipertensão, colesterol alto e diabetes; reduz a chance de obesidade; fortalece o

vínculo afetivo entre mãe e filho; permite o crescimento e o desenvolvimento saudável do lactente. A amamentação traz benefícios não só para as crianças, mas também para as mães, uma vez que, protege contra o câncer de mama, câncer de ovário, câncer de útero, diabetes tipo 2, hipertensão, obesidade, osteoporose, artrite reumatoide, entre outros (BARBIERI et al., 2015; BRASIL, 2015a; UEMA et al., 2015). Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2017) o aleitamento materno deve ser iniciado na primeira hora de vida. A amamentação, imediatamente após o parto é imprescindível, pois é um fator de proteção contra mortes neonatais (BOCCOLINI et al., 2013). Nesse sentido, a maioria das participantes do nosso estudo (83,6%) considera importante a prática da amamentação na primeira hora de vida (Tabela 13).

Um estudo qualitativo realizado por Leite e colaboradores (2016), revela que as mães consideram a amamentação na primeira hora de vida importante e, as mesmas atribuem essa importância principalmente à proteção imunológica, ao fator nutricional e ao afeto.

Em nosso estudo, diversos motivos foram apontados pelas mães (102) como relacionados à importância da amamentação na primeira hora de vida (Tabela 14). Destaca-se que a maior parte dessas mães (29,4%) acredita que a amamentação na primeira hora de vida é importante para proporcionar contato físico; 23,5% acredita ser importante para a saúde e o desenvolvimento do recém-nascido; 15,7% acredita ser importante para criar e manter vínculo; 9,8% acredita ser importante para estimular a produção de leite e a apojadura; 8,8% acredita ser importante para estimular a pega e a sucção do RN; 5,9% acredita ser importante para transmitir afeto; e 13,7% das respostas foram incluídas na categoria outros (transmitir segurança e tranquilizar o RN; tratar-se de um momento único; o bebê nascer com fome), como mostram as respostas transcritas a seguir.

“Porque o momento da amamentação é um momento onde os dois tem mais contato físico”. (Puérpera 09)

“É importante para a saúde e o desenvolvimento do bebê”. (Puérpera 99)

“Porque acredito que amamentar também seja uma forma de criar vínculo e acolher o recém-nascido”. (Puérpera 26)

“É importante para estimular a mama produzir leite”. (Puérpera 03)

“Porque ajuda a criança a pegar o peito, porque muitas crianças tem dificuldade.” (Puérpera 105)

“Acho que é um meio de mostrar ao bebê e a mãe um pouco mais de afeto, de amor”. (Puérpera 27)

“Acho que ela já nasce com fome”. (Puérpera 103)

Em oposição, 16,4% das participantes não consideram importante a prática da amamentação na primeira hora de vida (Tabela 13). O equivalente a 30% dessas mães justifica que devem ser priorizados os cuidados imediatos ao recém-nascido; 25% das participantes acredita que depende das condições em que se encontra a parturiente; 25% consideram essa prática desnecessária; 20% afirmam que o ambiente é desfavorável e o tempo exíguo para amamentar; e 15% das respostas foram incluídas na categoria outros (a mãe não ter leite; o bebê nascer com suas próprias reservas de energia) (Tabela 14).

“É importante realizar primeiro os cuidados do bebê”. (Puérpera 37)

“Depende, no meu caso eu estava com muita dor, então foi melhor só ver mesmo”. (Puérpera 109)

“Porque eu acho que não é necessário amamentar o bebê assim que ele nasce, tem que ter um intervalo, até mesmo pra mãe relaxar”. (Puérpera 68)

“Eu acho importante amamentar depois em um ambiente tranquilo, porque antes disso você nem concentra na amamentação”. (Puérpera 95)

“Porque o bebê já tem suas próprias reservas de energia e não nasce com fome”. (Puérpera 66)

Ressalta-se que não foram encontrados, na literatura pesquisada, estudos que versassem sobre os sentimentos atribuídos pelas mães ao amamentarem seus filhos, imediatamente após o parto. Em nosso estudo, predominaram os sentimentos positivos (Tabela 15). Destaca-se que a maior parte das mães se sentiu feliz (72,2%) e emocionada (50%) ao amamentar seus filhos na primeira hora de vida; 5,5% revelaram outros sentimentos (aliviada); e apenas 5,5% se sentiram com medo.

Dentre as mães (104) que não amamentaram seus filhos na primeira hora de vida, evidencia-se que, a maioria (51,9%) se sentiu indiferente; 2,9% se sentiram aliviadas; 1,9% se sentiram calmas e tranquilas; 1,9% se sentiram bem por não amamentar; e 1,0% se sentiu conformada. Podemos inferir que esses resultados estão relacionados aos baixos níveis de conhecimento das mães a cerca da possibilidade de amamentar seus filhos na primeira hora de vida, ou seja, o fato da

maioria das mães terem se sentido indiferente pode ser justificado em razão de a maioria desconhecer essa possibilidade.

Por outro lado, 15,6% se sentiram frustradas por não amamentar o seu bebê; 2,9% se sentiram revoltadas; 16,3% se sentiram tristes e decepcionadas; 5,8% se sentiram preocupadas; e 3,8% se sentiram ansiosas. Tendo em vista que a maioria das mães não teve a oportunidade de amamentar seus filhos imediatamente após o parto, esperávamos que o percentual de respostas que expressam esses sentimentos fosse mais elevado.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa se tratou de um estudo de campo, quanti-qualitativo e descritivo, realizado com 122 puérperas internadas no alojamento conjunto de um hospital público mineiro. Teve por objetivo principal analisar as percepções das mães em relação ao contato pele a pele precoce e à amamentação, imediatamente após o parto.

Salienta-se que, a maioria das participantes vivenciou o contato pele a pele precoce. No que se refere à amamentação na primeira hora de vida, apenas um pequeno percentual das mães amamentaram seus filhos, imediatamente após o parto. Portanto, na instituição pesquisada essa prática está aquém do preconizado pela OMS.

A maioria das mães sabia que era possível vivenciar o contato pele a pele precoce. Em contrapartida, no que diz respeito à amamentação, a maioria das mães desconhecia a possibilidade de amamentar o bebê, imediatamente após o parto.

A maior parte das mães considera importante a realização do contato pele a pele precoce. Diversos motivos foram apontados por elas como relacionados à importância desse contato, destaca-se que, muitas acreditam que esse contato cria e mantém vínculo entre o binômio mãe-filho, promove contato físico e até mesmo afeto. Em relação à amamentação na primeira hora de vida, a maioria das mães também considera essa prática importante. Dentre os motivos apontados por elas como relacionados à importância da amamentação logo após o parto, destaca-se que, muitas acreditam que essa prática proporciona contato físico entre a mãe e o bebê, promove saúde e o desenvolvimento do recém-nascido e, cria e mantém vínculo.

Dentre as mães que vivenciaram o contato pele a pele precoce, predominaram os sentimentos que consideramos positivos. Destaca-se que, a maioria se sentiu feliz e emocionada ao vivenciar essa experiência. Por outro lado, dentre as mães que não vivenciaram o contato pele a pele precoce, a maioria se sentiu indiferente e, outras se sentiram tristes e frustradas.

Quanto à amamentação, dentre as mães que amamentaram seus filhos na primeira hora de vida, a maioria se sentiu feliz e emocionada. No entanto, dentre as

que não amamentaram imediatamente após o parto, os sentimentos abrangeram desde a indiferença até a tristeza e decepção.

Um possível viés da presente pesquisa é a possibilidade de ter havido influência de respostas entre as participantes, uma vez que, em um quarto de alojamento conjunto havia mais de uma puérpera. Sugerimos, portanto, que nesses casos, as puérperas sejam convidadas a ir para outro ambiente, que ofereça maior privacidade, de modo que elas se sintam mais à vontade e não sejam influenciadas em suas respostas.

Esse estudo pretende contribuir para com as ações dos profissionais da saúde que atuam no centro obstétrico, afim de que eles promovam um cuidado humanizado, levando em consideração a percepção das mães e as condições em que as mesmas se encontram. Além disso, pretende contribuir para a diminuição da mortalidade infantil, tendo em vista que a criança amamentada na primeira hora de vida tem menor risco de evoluir ao óbito no período neonatal precoce.

O presente estudo sugere a importância do pré-natal como um momento oportuno para informar as gestantes sobre o contato pele a pele e a amamentação na sala de parto e, para elucidar as possíveis dúvidas das mesmas em relação a essas práticas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Eliane Aparecida de; MARTINS FILHO, José. O contato precoce mãe-filho e sua contribuição para o sucesso do aleitamento materno. **Revista de Ciências Médicas**, v. 13, n. 4, p. 381-388, 2012.

BARBIERI, Caroline Mayara et al. Aleitamento materno: orientações recebidas no pré-natal, parto e puerpério. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 36, n. 1, p. 17-24, 2015.

BARCELOS, Ana Maria Ferreira. Metodologia de pesquisa das crenças sobre aprendizagem de línguas: Estado da Arte¹, **Rev. Brasileira de Linguística Aplicada**, v.1, n.1, 2001.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2006.

BOCCOLINI, Cristiano Siqueira et al. Amamentação na primeira hora de vida e mortalidade neonatal: um estudo ecológico. **J. Pediatr**, v, 89, n.2, Rio de Janeiro, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual técnico. Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Cadernos de Atenção Básica, n.23. Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos**. 2015b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvmg.def>>. Acesso em: 15 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria Nº 306, de 28 de março de 2016**. Brasília, 2016. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/31/MINUTA-de-Portaria-SAS-Cesariana-03-03-2016.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2017.

CHAIBEN, Maira Oliveira. **Contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida em um hospital amigo da criança do sul do Brasil**, 2012. 49f. Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

ESTEVES, Tania Maria Brasil et al. Fatores associados ao início tardio da amamentação em hospitais do Sistema Único de Saúde no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 2009. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n.11, p.2390-2400, 2015.

FIGUEIREDO, Nébida Maria Almeida. **Método e metodologia na pesquisa científica**. 3.ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2008.

FUCKS, Ingrid dos Santos et al. A sala de parto: o contato pele a pele e as ações para o estímulo ao vínculo entre mãe-bebê. **Rev. Av Enferm.**, v. 33, n.1, p. 29-37, 2015.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. Organização Mundial da Saúde. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 3: promovendo e incentivando a amamentação em um hospital amigo da criança: curso de 20 horas para equipes de maternidade – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

LAVILLE, Christian; DIONNE, Jean. **A construção do saber**: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda.; Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.

LEITE, Maura Fernanda Ferreira da Silva et al. Promoção do aleitamento materno na primeira hora de vida do recém-nascido por profissionais da enfermagem. **Arq. Cienc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 20, n. 2, p. 137-143, 2016.

MATOS, Thaís Alves et al. Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. **Rev. bras. Enferm.**, v. 63, n. 6, p. 998-1004, 2010.

MIOT, Hélio Amante. Tamanho da amostra em estudos clínicos e experimentais. **Rev. J Vasc Bras.**, v. 10, n. 4, p. 275-278, 2011.

MONTEIRO, Juliana Cristina dos Santos. **Contato precoce e amamentação em sala de parto na perspectiva da mulher**, 2006. 123f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo.

OLIVEIRA, Fabio André Miranda de et al. O uso do Escore de Bologna na avaliação da assistência a partos normais em maternidades. **Rev Gaúcha Enferm.** v.36, p.177-84, 2015.

PAGANO, Marcelo. **Princípios de bioestatística**. Tradução de Luiz Sérgio de Castro Paiva: revisão técnica de Lúcia Pereira Barroso. São Paulo: Cengage Learning, 2011, p. 454.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernadette P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

SAMPAIO, Ádila Roberta Rocha et al. Contato pele a pele ao nascer: um desafio para a promoção do aleitamento materno em maternidade pública no Nordeste brasileiro com o título de Hospital Amigo da Criança. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 25, n.2, p. 281-290, 2016.

SANTOS, Luciano Marques dos et al. Vivenciando o contato pele a pele com o recém-nascido no pós-parto como um ato mecânico. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 67, n.2, p. 202-7, 2014.

SILVA, Cristianny Miranda et al. Fatores associados ao contato pele a pele entre mãe/filho e amamentação na sala de parto. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.29, n.4, p.457-471, 2016.

UEMA, Roberta Tognollo Borotta et al. Insucesso na amamentação do prematuro: alegações da equipe. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 36, n. 1, p. 199-208, 2015.

VIVANCOS, Raquel Bosquim Zavanella et al. O contato pele a pele ao nascimento e o choro de recém-nascidos durante vacinação contra Hepatite B. **Rev. Acta Paul Enferm.**, v. 23, n. 4, p, 461-5, 2010.

WHEELER, Barbara J. Promoção da saúde do recém-nascido e da família. In: HOCKENBERRY, Marilyn J.; WILSON, David. **Wong fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. Tradução da 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Baby friendly hospital initiative, revised, updated and expanded for integrate care, Section 1, Background and Implementation, Preliminary Version Geneve: WHO; 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. I. World Health Organization, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 10 facts on breastfeeding, 2017. Disponível em: <<http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/en/>>. Acesso em: 20 nov. 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidada para participar da pesquisa intitulada “Percepções das mães em relação ao contato pele a pele precoce e à amamentação na primeira hora de vida”, sob a responsabilidade das pesquisadoras Lori Anisia Martins de Aquino e Drielly Alexandre Mendes.

Nesta pesquisa nós estamos buscando investigar se as mães conhecem a possibilidade e a importância de vivenciar o contato pele a pele precoce e de amamentar seu filho imediatamente após o parto. Buscamos também conhecer qual o sentimento desenvolvido nas mães que passam por essa experiência.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pela pesquisadora Drielly Alexandre Mendes, no alojamento conjunto do setor de maternidade, após ter sido devidamente explicado.

Na sua participação você deverá apenas responder um questionário de questões fechadas e abertas, aplicado presencialmente e individualmente. Além disso, a acadêmica pesquisadora realizará uma consulta ao seu prontuário, para coletar alguns dados disponíveis nesse documento, com o propósito de não lhe incomodar com perguntas repetidas, por um longo período de tempo.

Em nenhum momento você será identificada. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada.

Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa.

O risco da sua participação é mínimo e consiste apenas na sua identificação. Para evitar que isso aconteça, você não deverá escrever seu nome no questionário e ao terminar, você mesma deverá guardá-lo dentro de um envelope. Os benefícios serão a prestação de uma assistência mais humanizada a outras mães que derem à luz, futuramente, nesse hospital, e também que essa assistência proporcione a vivência do contato pele a pele precoce e da amamentação na primeira hora de vida.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação.

Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Lori Anisia Martins de Aquino ou Drielly Alexandre Mendes pelo telefone: (34) 3225-8603, ou pelo endereço: Av. Pará, 1720, Bloco 2U, sala 16, Campus Umuarama – Uberlândia-MG, CEP: 38400-902. Poderá também entrar em contato com o CEP - Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos na Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; fone: 34-3239-4131. O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Uberlândia, ... de de 201.....

Acadêmica pesquisadora

Pesquisadora Orientadora

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Participante da pesquisa

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o Responsável Legal pelo menor de idade (TCLE-RL)

Prezado(a) senhor(a), a menor, pela qual o(a) senhor(a) é responsável, está sendo convidada para participar da pesquisa intitulada “ Percepções das mães em relação ao contato pele a pele precoce e à amamentação na primeira hora de vida”, sob a responsabilidade das pesquisadoras Lori Anisia Martins de Aquino e Drielly Alexandre Mendes.

Nesta pesquisa nós estamos buscando investigar se as mães conhecem a possibilidade e a importância de vivenciar o contato pele a pele precoce e de amamentar seu filho imediatamente após o parto. Buscamos também conhecer qual o sentimento desenvolvido nas mães que passam por essa experiência.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pela pesquisadora Drielly Alexandre Mendes, no alojamento conjunto do setor de maternidade, após ter sido devidamente explicado.

Na participação da menor, ela deverá apenas responder um questionário de questões fechadas e abertas, aplicado presencialmente e individualmente. Além disso, a acadêmica pesquisadora realizará uma consulta ao seu prontuário, para coletar alguns dados disponíveis nesse documento, com o propósito de não lhe incomodar com perguntas repetidas, por um longo período de tempo.

Em nenhum momento a menor será identificada. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada.

A menor não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa.

O risco da participação da menor na pesquisa é mínimo e consiste apenas na sua identificação. Para evitar que isso aconteça, ela será orientada a não escrever seu próprio nome no questionário e, ao terminar, ela mesma deverá guardá-lo dentro de um envelope. Os benefícios serão a prestação de uma assistência mais humanizada a outras mães que derem à luz, futuramente, nesse hospital, e também que essa assistência proporcione a vivência do contato pele a pele precoce e da amamentação na primeira hora de vida.

A menor é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação.

Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com o(a) senhor(a), responsável legal pela menor.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, o(a) senhor(a), responsável legal pela menor, poderá entrar em contato com: Lori Anisia Martins de Aquino ou Drielly Alexandre Mendes pelo telefone: (34) 3225-8603, ou pelo endereço: Av. Pará, 1720, Bloco 2U, sala 16, Campus Umuarama – Uberlândia-MG, CEP: 38400-902. Poderá também entrar em contato com o CEP - Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos na Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; fone: 34-32394131. O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Uberlândia, ... de de 201.....

Acadêmica pesquisadora

Pesquisadora Orientadora

Eu, responsável legal pela menor _____ consinto na sua participação no projeto citado acima, caso ela deseje, após ter sido devidamente esclarecida.

Responsável pela menor participante da pesquisa

APÊNDICE C – Termo de Assentimento para o Menor (TAM)

Você está sendo convidada para participar da pesquisa intitulada “Percepções das mães em relação ao contato pele a pele precoce e à amamentação na primeira hora de vida”, sob a responsabilidade das pesquisadoras Lori Anisia Martins de Aquino e Drielly Alexandre Mendes.

Nesta pesquisa nós estamos buscando investigar se as mães conhecem a possibilidade e a importância de vivenciar o contato pele a pele precoce e de amamentar seu filho imediatamente após o parto. Buscamos também conhecer qual o sentimento desenvolvido nas mães que passam por essa experiência.

Na sua participação você deverá apenas responder um questionário de questões fechadas e abertas, aplicado presencialmente e individualmente. Além disso, a acadêmica pesquisadora realizará uma consulta ao seu prontuário, para coletar alguns dados disponíveis nesse documento, com o propósito de não lhe incomodar com perguntas repetidas, por um longo período de tempo.

Em nenhum momento você será identificada. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada.

Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa.

O risco da sua participação é mínimo e consiste apenas na sua identificação. Para evitar que isso aconteça você não deverá escrever seu nome no questionário e, ao terminar, você mesma deverá guardá-lo dentro de um envelope. Os benefícios serão a prestação de uma assistência mais humanizada a outras mães que derem à luz, futuramente, nesse hospital, e também que essa assistência proporcione a vivência do contato pele a pele precoce e da amamentação na primeira hora de vida.

Mesmo seu responsável legal tendo consentido na sua participação na pesquisa, você não é obrigada a participar da mesma se não desejar. Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação.

Uma via original deste Termo de Assentimento ficará com você.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Lori Anisia Martins de Aquino ou Drielly Alexandre Mendes pelo telefone: (34) 3225-8603, ou pelo endereço: Av. Pará, 1720, Bloco 2U, sala 16, Campus Umuarama – Uberlândia-MG, CEP: 38400-902. Poderá também entrar em contato com o CEP - Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos na Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; fone: 34-32394131. O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Uberlândia, ... de de 201.....

Acadêmica pesquisadora

Pesquisadora Orientadora

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecida.

Participante da pesquisa

APÊNDICE D – Instrumento de coleta de dados dos prontuários

[illegible]

APÊNDICE E – Questionário**PERCEPÇÃO DAS MÃES EM RELAÇÃO AO CONTATO PELE A PELE
PRECOCE E À AMAMENTAÇÃO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA**

Número da participante: _____

1. Você fez contato pele a pele com o seu bebê na sala de parto?

() SIM () NÃO

2. Você já sabia que era possível vivenciar o contato pele a pele com seu filho na sala de parto?

() SIM () NÃO

Se você respondeu SIM, conte-nos um pouco sobre como você ficou sabendo dessa possibilidade. _____**3. Você acha que é importante realizar o contato pele a pele precoce?**

() SIM () NÃO

Por que? _____

Para as questões **4** e **5** você deve assinalar **TODAS** as alternativas que você considerar necessário:

4. Como você se sentiu ao realizar o contato pele a pele precoce?

A () Feliz B () Emocionada C () Incomodada D () Com medo

E () Outros sentimentos. Quais? _____

5. Caso você NÃO tenha realizado o contato pele a pele com o seu bebê, como você se sentiu por não ter realizado esse contato?

A () Triste B () Frustrada C () Aliviada D () Indiferente

E () Outros sentimentos. Quais? _____

6. Você amamentou seu filho na sala de parto?

() SIM () NÃO

Se você respondeu NÃO, por qual motivo você não amamentou seu filho?

7. Você sabia que era possível amamentar seu filho ainda na sala de parto?

() SIM () NÃO

Se você respondeu SIM, conte-nos um pouco sobre como você ficou sabendo dessa possibilidade. _____

8. Você acha que é importante amamentar o seu bebê na primeira hora de vida dele?

() SIM () NÃO

Por que? _____

Para as questões **9** e **10** você deve assinalar **TODAS** as alternativas que você considerar necessário:

9. Como você se sentiu ao amamentar seu filho, imediatamente após o parto?

A () Feliz B () Emocionada C () Incomodada D () Com medo

E () Outros sentimentos. Quais? _____

10. Caso você NÃO tenha amamentado seu bebê imediatamente após o parto, como você se sentiu por não ter amamentado seu bebê, logo que ele nasceu?

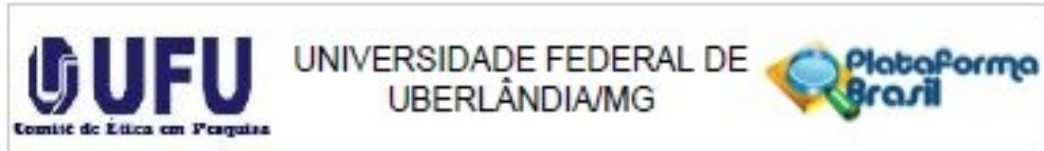
A () Frustrada B () Revoltada C () Aliviada D () Indiferente

E () Outros sentimentos. Quais? _____

AGRADECEMOS SUA DISPONIBILIDADE!!!
SUA PARTICIPAÇÃO FOI MUITO IMPORTANTE!!!

ANEXOS

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÕES DAS MÃES EM RELAÇÃO AO CONTATO PELE A PELE PRECOCE E À AMAMENTAÇÃO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA

Pesquisador: LORI ANISIA MARTINS DE AQUINO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 63833317.9.0000.5152

Instituição Proponente: Universidade Federal de Uberlândia/ UFU/ MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

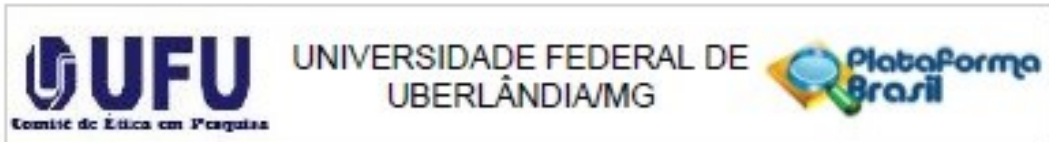
Número do Parecer: 1.962.431

Apresentação do Projeto:

Nos termos do projeto:

"Esse estudo tem como objetivo analisar as percepções das mães em relação ao contato pele a pele precoce e à amamentação, imediatamente após o parto, ou seja, investigar se as mães conhecem a possibilidade de vivenciar o contato pele a pele precoce e amamentar seu filho na sala de parto, identificar a percepção das mães acerca da importância do contato pele a pele precoce e da amamentação na primeira hora de vida, e depreender os sentimentos das mães ao vivenciarem o contato pele a pele precoce e ao amamentarem seu filho, logo após o parto. Trata-se de uma pesquisa de campo, quanti-qualitativa e descritiva, que será realizada no alojamento conjunto, do setor de maternidade do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HCU). De acordo com o cálculo amostral, obtivemos um resultado de 122, que representa o número de mulheres que participarão desse estudo. A coleta de dados será realizada exclusivamente pela acadêmica pesquisadora e será utilizado como instrumento de coleta de dados um questionário, elaborado pelas próprias pesquisadoras. Vale ressaltar, que somente após aprovação desse projeto de pesquisa, será iniciada a coleta de dados. Os dados obtidos na pesquisa serão analisados de forma quanti-qualitativa. Os resultados quantitativos serão expressos por meio de estatística simples, ou seja, números absolutos e porcentagem e apresentados em forma de gráficos e

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 1.962.431

tabelas e para a realização de um estudo minucioso dos dados qualitativos, utilizar-se-á a análise de conteúdo para interpretação e compreensão dos dados, adotando-se a sequência de passos, propostas por Bardin (2006).

[...]

A acadêmica pesquisadora realizará uma consulta ao prontuário da mãe, para coletar alguns dados disponíveis nesse documento, com o propósito de não incomodar a mãe com perguntas repetidas, por um longo período de tempo. Os dados encontrados serão condensados em um instrumento de coleta de dados (Apêndice D).

[...]

Hipótese:

Partimos do pressuposto que as mães desconhecem a possibilidade e a importância do contato pele a pele precoce e da amamentação na sala de parto; e que, quando ocorre esse contato precoce, o sentimento desenvolvido nas mães é positivo. Neste sentido, a pesquisa será norteadas pelas seguintes questões: As mães sabem que é possível ter contato pele a pele precoce e amamentar seu filho na sala de parto? As mesmas conhecem a importância dessas ações? O que as mães sentem ao vivenciarem o contato pele a pele precoce e ao amamentarem seu filho, logo após o parto?"

Objetivo da Pesquisa:

Nos termos do projeto:

"Objetivo Primário:

Analisar as percepções das mães em relação ao contato pele a pele precoce e a amamentação, imediatamente após o parto.

Objetivo Secundário:

- Investigar se as mães conhecem a possibilidade de vivenciar o contato pele a pele precoce e amamentar seu filho na sala de parto.
- Identificar a percepção das mães acerca da importância do contato pele a pele precoce e da amamentação na primeira hora de vida.
- Depreender os sentimentos das mães ao vivenciarem o contato pele a pele precoce e ao amamentarem seu filho, logo após o parto."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Nos termos do projeto:

"Riscos:

Os riscos inerentes dessa pesquisa são mínimos e consistem da identificação das participantes; no

Endereço: Av. João Neves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
 Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
 UF: MG Município: UBERLÂNDIA
 Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4335 E-mail: cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 1.962.431

entanto as pesquisadoras deste trabalho se comprometem a cumprir as recomendações previstas na Resolução 466/12 CNS/MS, garantindo o total sigilo das respostas e preservando a identidade das envolvidas. Para tanto, as próprias participantes serão orientadas a guardar o questionário dentro de um envelope, fornecido pela acadêmica pesquisadora, que só iniciará a leitura e análise das respostas após ter finalizado completamente a etapa de coleta de dados.

Benefícios:

Essa pesquisa beneficiará indiretamente os profissionais da saúde que atuam no centro obstétrico, as mulheres e os recém-nascidos. Acreditamos que os resultados desse trabalho podem criar subsídios para a prestação de uma assistência mais humanizada, que leve em consideração as percepções e as condições em que as mães se encontram, e também que essa assistência proporcione a vivência do contato pele a pele precoce e da amamentação na primeira hora de vida."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não há.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências apontadas no parecer consubstanciado número 1.919.407, de 14 de Fevereiro de 2017, foram devidamente atendidas.

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, o CEP manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

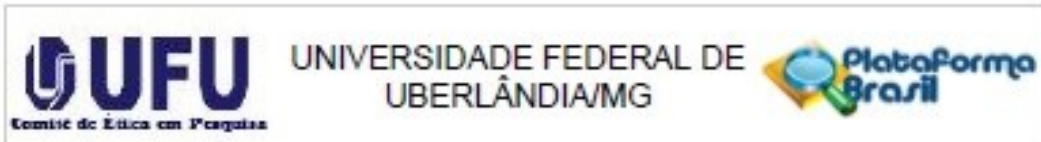
O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Data para entrega de Relatório Final ao CEP/UFU: Dezembro de 2017.

OBS.: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
 Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
 UF: MG Município: UBERLÂNDIA
 Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4335 E-mail: cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 1.962-431

O CEP/UFU lembra que:

- a- segundo a Resolução 466/12, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.
- b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.
- c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução CNS 466/12, não implicando na qualidade científica do mesmo.

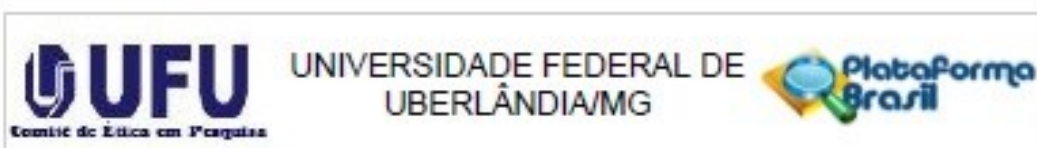
Orientações ao pesquisador :

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 466/12) e deve receber uma via original do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delimitada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS 466/12), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12). É papel de o pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res.251/97, Item III.2.e).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	06/03/2017		Aceito

Endereço: Av. João Neves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
 Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
 UF: MG Município: UBERLÂNDIA
 Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4335 E-mail: cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 1.962.431

Básicas do Projeto	ETO_850873.pdf	13:58:41		Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TAM_CORRIGIDO.pdf	06/03/2017 13:57:30	Drielly Alexandre Mendes	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_RL_CORRIGIDO.pdf	06/03/2017 13:57:14	Drielly Alexandre Mendes	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CORRIGIDO.pdf	06/03/2017 13:56:47	Drielly Alexandre Mendes	Acelto
Outros	RESPOSTA_PARECER.pdf	06/03/2017 13:56:23	Drielly Alexandre Mendes	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PESQUISA.pdf	17/01/2017 16:13:19	Drielly Alexandre Mendes	Acelto
Outros	INSTRUMENTO_DE_COLETA_DE_DADOS_DE_PRONTUARIOSdocx.pdf	17/01/2017 12:01:53	Drielly Alexandre Mendes	Acelto
Outros	QUESTIONARIO.pdf	17/01/2017 12:01:25	Drielly Alexandre Mendes	Acelto
Outros	LINKS_PARA_OS_CURRICULOS_LAT_TES.pdf	17/01/2017 11:59:32	Drielly Alexandre Mendes	Acelto
Declaração de Pesquisadores	TERMO_DE_COMPROMISSO_DA_EQUIPE_EXECUTORA.pdf	17/01/2017 11:52:47	Drielly Alexandre Mendes	Acelto
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	17/01/2017 11:45:45	Drielly Alexandre Mendes	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERLÂNDIA, 13 de Março de 2017

Assinado por:
Sandra Terezinha de Farias Furtado
(Coordenador)

Endereço: Av. João Neves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
UF: MG Município: UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4335 E-mail: cep@propp.ufu.br