

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS PASSO FUNDO – RS
CURSO DE MEDICINA

ISABEL BENEVIDES FROSSARD

HORA DE OURO: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO PRIMEIRO
CONTATO PELE A PELE DA MÃE COM O BEBÊ EM USUÁRIAS DO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE

PASSO FUNDO – RS

2026

ISABEL BENEVIDES FROSSARD

**HORA DE OURO: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO PRIMEIRO
CONTATO PELE A PELE DA MÃE COM O BEBÊ EM USUÁRIAS DO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE**

Trabalho de curso apresentado como requisito parcial
para obtenção do grau de Bacharel em Medicina na
Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo
Fundo, RS.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Shana Ginar da Silva

PASSO FUNDO – RS

2026

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Frossard, Isabel Benevides

HORA DE OURO: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO PRIMEIRO CONTATO PELE A PELE DA MÃE COM O BEBÊ EM USUÁRIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE / Isabel Benevides Frossard. -- 2026.
79 f.

Orientadora: Professora doutora Shana Ginar Silva

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de Bacharelado em Medicina, Passo Fundo, RS, 2026.

1. Saúde materno infantil. 2. Contato pele a pele. 3. Sistema único de saúde. I. Silva, Shana Ginar, orient. II. Universidade Federal da Fronteira Sul. III. Título.

Elaborada pelo sistema de Geração Automática de Ficha de Identificação da Obra pela UFFS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

ISABEL BENEVIDES FROSSARD

**HORA DE OURO: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO PRIMEIRO
CONTATO PELE A PELE DA MÃE COM O BEBÊ EM USUÁRIAS DO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE**

Trabalho de curso apresentado como requisito parcial
para obtenção do grau de Bacharel em Medicina na
Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo
Fundo, RS.

Este Trabalho de Curso foi defendido e aprovado pela banca em DD/MM/AAAA.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Shana Ginar da Silva – UFFS
Orientadora

Prof.^a M.^a Ana Paula Seibert
Avaliadora

Prof.^a M.^a Kamylla Brizolla
Avaliadora

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar meus sinceros agradecimentos a todos que contribuíram para a realização deste trabalho. À minha família, pelo amor, dedicação, incentivo e confiança, que tornaram este percurso mais leve e inspirador. Sem meus pais, Amanda e Valério, e minha irmã Cecília, não estaria onde estou hoje. Todas as minhas conquistas são, antes de tudo, de vocês. Ao meu namorado, Lucas, companheiro que divide a vida comigo e todos os desafios que ela apresenta, especialmente os da medicina. Ele é o maior parceiro que eu poderia ter, sempre me apoiando nos momentos difíceis e nunca medindo esforços para me ajudar. Abdicou do seu tempo diversas vezes para me auxiliar e me incentivar, sendo minha fonte constante de motivação; sem seu apoio, nada disso seria possível. À minha orientadora, Prof.^a Shana Ginar da Silva, agradeço por todo o apoio, paciência e pelo constante incentivo concedido a mim ao longo de toda a minha jornada acadêmica, desde os primeiros passos até a conclusão deste trabalho. Sua dedicação e orientação tornaram minha trajetória muito mais especial; sem você, nada disso seria possível.

APRESENTAÇÃO

Trata-se de um Trabalho de Curso (TC) de Graduação realizado como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), campus Passo Fundo, RS. Este trabalho foi elaborado pela acadêmica Isabel Benevides Frossard, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Shana Ginar Silva e teve como objetivo descrever a prevalência e analisar os fatores sociodemográficos e clínicos relacionados à hora do ouro em usuárias do Sistema Único de Saúde. O documento foi elaborado de acordo com o Manual de Trabalhos Acadêmicos da UFFS e está em conformidade com o Regulamento do TC, sendo composto pelo projeto de pesquisa, relatório de atividades e artigo científico, desenvolvidos ao longo de três semestres acadêmicos do Curso de Medicina da UFFS, nos componentes curriculares (CCrs) obrigatórios: TC I, TC II e TC III. Durante o CCr de Trabalho de Curso I, no primeiro semestre acadêmico de 2025, foi desenvolvida a primeira parte do trabalho que consiste no Projeto de Pesquisa. A segunda parte, elaborada no segundo semestre acadêmico de 2025 no CCr TC II, corresponde ao Relatório de Pesquisa, no qual são detalhados todos os aspectos envolvidos na realização do trabalho, desde a conclusão do projeto de pesquisa até a finalização da coleta de dados e das análises. E por último, a terceira parte, elaborada no CCr TC III no primeiro semestre acadêmico de 2026, traz o Artigo Científico produzido a partir dos principais resultados encontrados.

RESUMO

Introdução: A hora de ouro refere-se aos primeiros 60 minutos após o parto, período considerado crítico para o estabelecimento do contato pele a pele imediato entre mãe e bebê. Essa prática é reconhecida por fortalecer o vínculo afetivo, promover a transição fisiológica do recém-nascido e trazer benefícios para a saúde materna e neonatal. Apesar de recomendada pela Organização Mundial da Saúde, sua implementação ainda varia significativamente nos serviços de saúde, especialmente no Sistema Único de Saúde. **Objetivo:** Estimar a prevalência da hora de ouro e analisar os fatores sociodemográficos e clínicos associados ao primeiro contato pele a pele entre mãe e bebê em usuárias do Sistema Único de Saúde. **Métodos:** Estudo transversal realizado entre dezembro de 2022 e dezembro de 2024 com mulheres com idade igual ou superior a 12 anos e filhos de até dois anos de idade, em acompanhamento de puericultura em cinco Unidades Básicas de Saúde de Passo Fundo, RS. Os dados foram coletados por meio de entrevistas face a face nas dependências das unidades. O desfecho principal foi a realização do contato pele a pele na primeira hora de vida. Foram avaliadas variáveis sociodemográficas, comportamentais e clínicas. Na análise dos dados utilizou-se estatística descritiva, teste do qui-quadrado para análises bivariadas e regressão de Poisson com variância robusta para o cálculo de razões de prevalência brutas e ajustadas com intervalos de confiança de 95% (IC95%). Adotou-se nível de significância estatística de 5%. **Resultados:** Foram incluídos 377 binômios mãe-bebê. A prevalência do contato pele a pele na primeira hora de vida foi de 79% (IC95%: 74,0–83,0). Após ajuste, permaneceram associados ao desfecho: cor da pele materna preta, parda, indígena ou amarela ($p=0,039$), número de filhos ≥ 2 ($p=0,009$), parto vaginal ($p<0,001$) e escore de Apgar no 1º minuto ≥ 7 ($p=0,032$). **Conclusões:** A prevalência do contato pele a pele na primeira hora de vida foi elevada na população estudada e esteve associada a fatores sociodemográficos e clínicos, especialmente características maternas e condições do parto e do recém-nascido. Os achados reforçam a necessidade de qualificação da assistência ao parto e nascimento, com ênfase na adoção rotineira de práticas que favoreçam o contato precoce entre mãe e bebê.

Palavras-chave: Saúde materno-infantil; sistema único de saúde; fatores sociodemográficos; parto humanizado; cuidado pré-natal.

ABSTRACT

Introduction: The Golden Hour refers to the first 60 minutes after birth, a period considered critical for the establishment of immediate skin-to-skin contact between mother and baby. This practice is recognized for strengthening the emotional bond, promoting the physiological transition of the newborn, and bringing benefits to both maternal and neonatal health. Although recommended by the World Health Organization, its implementation still varies significantly across health services, especially within the Brazilian Unified Health System. **Objective:** To estimate the prevalence of the Golden Hour and to analyze the sociodemographic and clinical factors associated with the first skin-to-skin contact between mother and baby among users of the Brazilian Unified Health System. **Methods:** This cross-sectional study was conducted from December 2022 to December 2024 with women aged 12 years or older and children up to two years of age, who were receiving childcare follow-up at five Basic Health Units in Passo Fundo, RS. Data were collected through face-to-face interviews at the health units. The primary outcome was the performance of skin-to-skin contact in the first hour of life. Sociodemographic, behavioral, and clinical variables were evaluated. Data analysis included descriptive statistics, chi-square test for bivariate analyses, and Poisson regression with robust variance to calculate crude and adjusted prevalence ratios with 95% confidence intervals (95%CI). A statistical significance level of 5% was adopted. **Results:** A total of 377 mother-baby dyads were included. The prevalence of skin-to-skin contact in the first hour of life was 79% (95%CI: 74.0–83.0). After adjustment, the following factors remained associated with the outcome: maternal skin color black, brown, indigenous, or yellow ($p=0.039$), number of children ≥ 2 ($p=0.009$), vaginal delivery ($p<0.001$), and Apgar score at the 1st minute ≥ 7 ($p=0.032$). **Conclusions:** The prevalence of skin-to-skin contact in the first hour of life was high in the studied population and was associated with sociodemographic and clinical factors, especially maternal characteristics and conditions related to delivery and the newborn. The findings reinforce the need to qualify labor and birth care, with emphasis on the routine adoption of practices that favor early contact between mother and baby.

Keywords: Maternal and child health; unified health system; sociodemographic factors; humanized childbirth; prenatal care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS- Atenção Primária à Saúde
CEP- Comitê de Ética em Pesquisa
CCr- Componente Curricular
CPP- Contato pele a pele
EPDS- Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo
IHAC- Iniciativa Hospital Amigo da Criança
MS- Ministério da Saúde
OMS- Organização Mundial da Saúde
PNAISC- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
RN- Recém-nascido
SINASC- Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SUS- Sistema Único de Saúde
TC- Trabalho de Curso
TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFFS- Universidade Federal da Fronteira Sul
UBS- Unidade Básica de Saúde
UTI- Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	DESENVOLVIMENTO	13
2.1	PROJETO DE PESQUISA	13
2.1.1	Tema	13
2.1.2	Problemas.....	13
2.1.3	Hipóteses	13
2.1.4	Objetivos	14
2.1.4.1	Objetivo geral.....	14
2.1.4.2	Objetivos específicos	14
2.1.5	Justificativa	14
2.1.6	Referencial Teórico	16
2.1.6.1	Impactos fisiológicos e desfechos materno-infantis do contato pele a pele	16
2.1.6.2	A hora de ouro e sua relação com determinantes clínicos e epidemiológicos	19
2.1.6.3	Repercussões negativas da privação da hora de ouro.....	20
2.1.6.4	Políticas públicas e práticas hospitalares no Brasil relacionadas ao CPP	22
2.1.7	Metodologia.....	24
2.1.7.1	Tipo de estudo	24
2.1.7.2	Local e período de realização	24
2.1.7.3	População e amostragem	24
2.1.7.4	Variáveis, instrumentos e coleta de dados	25
2.1.7.5	Processamento, controle de qualidade e análise dos dados	27
2.1.7.6	Aspectos éticos	27
2.1.8	Recursos	27
2.1.9	Cronograma	28
2.1.10	Referências	29
2.1.11	ANEXO A - QUESTIONÁRIO DA ENTREVISTA.....	32
2.1.12	ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	47
2.2	RELATÓRIO DE PESQUISA.....	54
3	ARTIGO CIENTÍFICO	57
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	79

1 INTRODUÇÃO

A hora de ouro, ou *golden hour*, refere-se aos primeiros 60 minutos de vida do bebê após o parto, um período crucial em que se incentiva o contato imediato entre mãe e recém-nascido (RN). A relevância desse momento inicial é enfatizada pelo estudo descrito por Sharma (2017), em que esse intervalo é visto como um momento crítico em que o neonato precisa se adaptar rapidamente às mudanças fisiológicas que ocorrem em seus sistemas vitais, como o cardiovascular, respiratório, imunológico e metabólico. Essas transformações são essenciais para a estabilização e sobrevivência do bebê, destacando a importância desse momento inicial.

Nos instantes iniciais de adaptação do recém-nascido, promover o contato imediato com a mãe desempenha um papel vital no fortalecimento do vínculo entre eles e na prevenção de complicações neonatais precoces. Essa prática, denominada contato pele a pele (CPP), envolve colocar o bebê exposto, em posição de bruços, diretamente sobre o peito descoberto da mãe, entre os seios, imediatamente após o parto. Salvo em situações de instabilidade da mãe ou do neonato, é fundamental que esse momento seja incentivado e valorizado em todas as circunstâncias possíveis (Karimi *et al.*, 2019).

Retomando a contribuição de Sharma (2017), a hora de ouro transcende a ideia de um simples intervalo de tempo, abrangendo um conjunto de práticas essenciais a serem realizadas na primeira hora de vida do bebê, como o clampeamento tardio do cordão umbilical, a implementação CPP e o incentivo à amamentação precoce — que fornece nutrição essencial ao RN.

Essa prática oferece outros diversos benefícios, tais como a regulação da temperatura corporal, a estabilização respiratória e a preservação do equilíbrio ácido-básico durante a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina. Além disso, promove o exercício do reflexo de sucção, previne a hipoglicemia neonatal e favorece a colonização pela microbiota cutânea materna. Também aumenta a probabilidade de o bebê consumir o colostro, um alimento de alto valor nutricional, fácil digestão e repleto de propriedades imunológicas essenciais ao neonato (Lucchese *et al.* 2021).

Um estudo transversal publicado por Uchoa *et al.*, em 2021, na *Brazilian Journal of Nursing*, intitulado "Influence of social determinants of health on skin to skin contact between mother and newborn", investigou diversos fatores sociais e clínicos que exercem influência significativa nessa prática essencial para o bem-estar materno-infantil. O tipo de parto destacou-se como um dos principais determinantes, com mães submetidas a cesáreas apresentando um risco 8,4 vezes maior de não realizar o CPP ($p < 0,001$), evidenciando uma barreira clínica

relevante. Além disso, a prematuridade do recém-nascido ($p < 0,001$) e condições como baixo peso ao nascer ($< 2.500\text{g}$) e escore Apgar baixo (< 7) também aumentaram consideravelmente a probabilidade de não realização do CPP, refletindo desafios associados à saúde do bebê. Fatores sociais, como idade materna, escolaridade e número de filhos, mostraram tendências de impacto, mas sem significância estatística robusta, sugerindo uma influência menos direta. A presença de acompanhantes, embora não avaliada diretamente, foi apontada como um potencial facilitador, especialmente em cesáreas. Esses achados reforçam a necessidade de políticas públicas e intervenções direcionadas para superar barreiras clínicas e apoiar mães em situações vulneráveis, promovendo os benefícios do CPP.

Além disso, mulheres com pele mais escura (consideradas negras ou pardas no contexto brasileiro) apresentaram maior associação com cuidados pré-natais inadequados — acompanhamento insuficiente ou tardio que não atende às diretrizes mínimas para garantir a saúde materna e fetal, impactando potencialmente os desfechos do parto. Nesse sentido, pré-natais inadequados podem não receber informações sobre os benefícios do CPP, o que pode diminuir sua prática. A falta de orientação pode levar a menor conscientização sobre a importância da hora de ouro, especialmente em contextos em que mulheres de cor enfrentam barreiras adicionais, como menor acesso a suporte médico ou cultural. Isso pode resultar em menor vínculo materno-infantil e impactos negativos na saúde do bebê, como menor sucesso na amamentação exclusiva (Fonseca *et al.*, 2015).

Dessa maneira, a revisão da literatura destaca uma escassez de estudos que investiguem diretamente a prevalência e os fatores sociodemográficos e de saúde relacionados à hora de ouro no primeiro contato entre mãe e bebê entre usuárias do SUS. Embora alguns estudos apresentem dados parciais, nenhum oferece uma análise abrangente que reúna prevalência, idade, raça, renda, escolaridade, condições de saúde, como tipo de parto e complicações, em um único estudo. Isso sugere que a hora de ouro ainda é um tema em fase inicial de exploração científica no Brasil, especialmente no âmbito do sistema público de saúde. A limitada produção de pesquisas específicas pode ser explicada pelo predomínio de estudos focados em mortalidade materno-infantil ou amamentação, pela ausência de registros consistentes sobre o momento do contato no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e pelas barreiras estruturais do SUS, como a alta demanda e falta de protocolos padronizados, que dificultam investigações mais aprofundadas.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 PROJETO DE PESQUISA

2.1.1 Tema

Prevalência e fatores relacionados ao primeiro contato da mãe com o bebê em mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde de um município do sul do Brasil.

2.1.2 Problemas

Quais são características sociodemográficas, comportamentais e clínicas de mulheres com filhos de até dois anos de idade assistidas na Atenção Primária à Saúde?

Qual a prevalência da hora de ouro na amostra?

Existem diferenças na prevalência da hora de ouro segundo características sociodemográficas, comportamentais e clínicas na amostra avaliada?

Qual é a relação entre o suporte emocional oferecido pela equipe de saúde durante o parto e a adesão à hora de ouro?

2.1.3 Hipóteses

Mulheres brancas, entre 20 e 30 anos, pertencentes aos estratos de baixa renda e escolaridade, primigestas serão a maioria na amostra avaliada.

A prevalência da hora de ouro será de 50%

A prevalência da hora de ouro deve ser maior entre mães com idade materna mais avançada, brancas, maior escolaridade e renda, que realizaram mais consultas pré-natais, tiveram parto vaginal e deram à luz recém-nascidos a termo e sem complicações durante o parto.

Mães que recebem suporte emocional contínuo e positivo da equipe de saúde durante o parto apresentarão maior adesão à hora de ouro.

2.1.4 Objetivos

2.1.4.1 Objetivo geral

Estimar a prevalência da hora de ouro e investigar sua relação com fatores sociodemográficos, comportamentais e clínicos materno-infantis em usuárias do Sistema Único de Saúde.

2.1.4.2 Objetivos específicos

Descrever características sociodemográficas, comportamentais e clínicas de mulheres com filhos de até dois anos de idade assistidas na Atenção Primária à Saúde.

Identificar a prevalência da hora de ouro na amostra avaliada.

Investigar a relação da hora de ouro segundo características sociodemográficas, comportamentais e de saúde materno-infantil.

Avaliar a relação entre o suporte emocional oferecido pela equipe de saúde durante o parto e a adesão à hora de ouro, investigando se esse suporte aumenta a segurança e a confiança das mães para o contato imediato com o bebê.

2.1.5 Justificativa

A importância de adotar o contato pele a pele imediatamente após o nascimento fundamenta seu incentivo, pois essa prática promove benefícios essenciais para mãe e para o bebê. Ela estabiliza a temperatura, a frequência cardíaca e a respiração do recém-nascido, facilita a amamentação – com vantagens duradouras à saúde – e fortalece o vínculo emocional, fundamental para o desenvolvimento do bebê e a adaptação de ambos ao novo contexto. Para a mãe, o contato pele a pele diminui o estresse e fortalece sua saúde mental, reduzindo riscos como depressão pós-parto. Apesar dessas evidências, muitas instituições de saúde ainda não priorizam essa prática, o que destaca a importância de estudos e da educação de profissionais para integrá-la às rotinas de cuidado (Widström *et al.*, 2019).

Dessa forma, o contato pele a pele vai além de um simples gesto de afeto, constituindo uma base fundamental para o bem-estar físico e emocional de mãe e bebê, o que reforça a necessidade de sua promoção e proteção como elemento essencial do cuidado perinatal.

Quanto às recomendações, a Organização Mundial da Saúde (OMS), desde 1996, reconhece o contato pele a pele como uma prática positiva nos cuidados de saúde durante o intraparto — período entre o início do trabalho de parto e o parto. Alinhado a isso, o Ministério

da Saúde (MS) do Brasil recomenda seu incentivo à parturiente, de forma a minimizar a desvinculação e assegurar o contato imediato após o parto entre as partes (Monteiro *et al.*, 2019).

No Brasil, a Lei nº 11.108/2005, conhecida como Lei do Parto Humanizado, assegura às mulheres o direito ao contato pele a pele como parte integrante de uma assistência obstétrica humanizada. A referida legislação também garante a presença de um acompanhante de livre escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, fator que pode favorecer a realização dessa prática. No entanto, a efetivação desses direitos ainda apresenta variações significativas, sendo comum a ausência de orientações claras durante o acompanhamento pré-natal.

No âmbito do SUS, que atende uma parcela significativa da população brasileira, especialmente grupos socioeconomicamente vulneráveis, há uma lacuna e escassez de estudos sobre a prevalência e os fatores relacionados à hora de ouro, particularmente na região sul do Brasil – região com características sociodemográficas e de infraestrutura de saúde distintas, podendo apresentar desafios únicos na implementação dessa prática. As principais dificuldades para a rede pública de saúde brasileira, que comprometem a prática do contato imediato entre mãe e bebê são altas taxas de cesarianas, falta de treinamento entre os profissionais de saúde, limitações de recursos e ausência de políticas e protocolos de apoio.

Apesar dos avanços e das políticas públicas de saúde direcionadas ao cuidado neonatal, dados da pesquisa nacional “Nascer no Brasil”, realizada entre 2011 e 2012, indicam que apenas 28,2% dos recém-nascidos tiveram contato pele a pele com a mãe imediatamente após o parto (Moreira *et al.*, 2014). Tal achado evidencia que a prioridade nas salas de parto ainda recai sobre as intervenções imediatas, muitas vezes desnecessárias, como a aspiração das vias aéreas, a secção precoce do cordão umbilical e a profilaxia ocular, em detrimento da promoção de práticas humanizadas. Presume-se que essas condutas estejam relacionadas à padronização de rotinas institucionais, à busca por agilidade na assistência e à necessidade de liberação dos leitos obstétricos (Santos *et al.*, 2014).

Dessa maneira, garantir a implementação da hora de ouro é essencial para reduzir desigualdades em saúde materno-infantil. No entanto, a literatura sugere que essa prática não é universalmente adotada, mesmo em hospitais públicos designados como "Baby-Friendly". Nesse contexto, relatos maternos apontam que, no ambiente hospitalar, o contato pele a pele é frequentemente interrompido pela equipe de saúde para a execução de procedimentos institucionais de rotina, de maneira automática, dificultando a formação do vínculo (Souza *et al.*, 2017).

Portanto, compreender as barreiras e facilitadores do contato pele a pele no SUS é essencial para orientar intervenções que melhorem a qualidade do atendimento obstétrico, especialmente em um sistema com desafios regionais e estruturais. Os resultados do estudo podem contribuir para a capacitação de profissionais de saúde, o alinhamento às políticas públicas e o fortalecimento de práticas baseadas em evidências, promovendo a equidade e a humanização do cuidado materno-infantil no Brasil. Dessa forma, evidenciam-se não apenas a relevância do tema, mas também a necessidade de sua contínua investigação e aplicação no contexto assistencial.

2.1.6 Referencial Teórico

2.1.6.1 Impactos fisiológicos e desfechos materno-infantis do contato pele a pele

O contato pele a pele entre a mãe e o bebê emerge como uma prática fundamental na assistência neonatal, pois é responsável por uma série de benefícios que proporciona estabilidade fisiológica e emocional para ambos. A ocitocina — conhecida como "hormônio do amor", é liberada pela proximidade física e pelo olhar mútuo entre mãe e bebê—, ao mesmo tempo em que a prática reduz os níveis de hormônios de estresse gerados durante o trabalho de parto, proporcionando uma sensação de tranquilidade. Durante tal momento íntimo compartilhado, essa substância aumenta consideravelmente durante o CPP, promove a intensificação do vínculo entre mãe e recém-nascido, reduz o estresse materno e neonatal e auxilia o bebê na transição para a vida pós-natal (Buckley, 2015).

Os primeiros instantes após o nascimento representam um período crítico, porém muito necessário, para o estabelecimento da amamentação. Na primeira hora, a sucção do recém-nascido e o contato pele a pele desencadeiam as respostas hormonais maternas, promovendo então a liberação de ocitocina para a ejeção do leite e de prolactina para sua produção. Ao mesmo tempo, o aumento das catecolaminas no organismo do bebê, decorrente da pressão craniana e da hipóxia intermitente durante o trabalho de parto, intensifica sua sensibilidade olfativa, auxiliando na localização do mamilo materno. No entanto, após as duas primeiras horas, a queda nos níveis de catecolaminas leva o recém-nascido a um sono profundo, dificultando seu despertar por 3 a 4 horas e prejudicando o início eficaz da amamentação (Karimi *et al.*, 2019).

Nesse contexto, o aleitamento materno deve ser incentivado durante a chamada *golden hour*, pois os elevados níveis de ocitocina criam condições favoráveis para um início saudável e satisfatório da amamentação (Sharma, 2017). Nesse sentido, o CPP facilita a maturação do

sistema digestivo do neonato, ajudando na transição para a alimentação oral. Ludington-Hoe *et al* (2006) analisaram habilidades de sucção em prematuros após cuidados canguru (incentivo do contato pele a pele prolongado entre mãe e bebê), mostrando melhorias na alimentação. Adicionalmente, do ponto de vista nutricional, esse período aumenta as chances de o neonato ingerir o colostro, um líquido altamente nutritivo, de fácil digestão e rico em propriedades imunológicas essenciais (Lucchese *et al.*, 2021).

O contato pele a pele pode reduzir a incidência de hipoglicemia em recém-nascidos—distúrbio metabólico mais frequente no período neonatal, relacionado a maior morbimortalidade e associado a sequelas de longo prazo—por meio de diversos mecanismos. Entre eles, destaca-se a diminuição do gasto energético do bebê, facilitada pela termorregulação através da vasodilatação dos vasos sanguíneos cutâneos maternos. Além disso, o CPP contribui para a redução do choro e para a promoção de um sono tranquilo, efeitos que se prolongam por pelo menos 4 horas após o contato, minimizando ainda mais o consumo de energia pelo neonato (Lord *et al.*, 2023).

A meta-análise de 2023 “Skin-to-skin contact for the prevention of neonatal hypoglycaemia: a systematic review and meta-analysis” mostrou que o contato pele a pele imediato após o nascimento reduziu o risco de hipoglicemia neonatal em 71%, com um risco relativo de 0,29 (IC 95% 0,13-0,66, $p < 0,0001$). Esse impacto significativo foi observado especialmente em bebês de risco, como os nascidos de mães com diabetes gestacional, sugerindo que o contato pele a pele desempenha um papel crucial na estabilização dos níveis de glicose, podendo diminuir a necessidade de internações em unidades neonatais.

A prática melhora a frequência cardíaca e a respiração, reduzindo episódios de apneia em prematuros, uma vez que o contato pele a pele reduz os efeitos negativos do “estresse de nascer”, com melhorias nos sistemas vitais (Bystrova *et al.*, 2003). Além disso, a manutenção da temperatura corporal, fundamental para prevenir a hipotermia — especialmente em recém-nascidos prematuros —, é um dos principais benefícios dessa abordagem. O estudo de Bergman *et al* (2004) demonstrou que bebês de 1200 a 2199 gramas em contato pele a pele apresentaram melhor estabilização térmica comparados aos colocados em incubadoras.

Os primeiros momentos de vida do recém-nascido são fundamentais para a adaptação fisiológica ao ambiente extrauterino, e nesse contexto, a proximidade com a mãe desempenha um papel crucial. Quando o bebê é colocado sobre o peito materno, o calor e os estímulos sensoriais promovem a regulação do sistema nervoso autônomo — responsável por funções vitais, como a frequência cardíaca e respiratória. Essa interação favorece especialmente recém-nascidos mais vulneráveis, como prematuros e bebês de baixo peso, que frequentemente

apresentam instabilidade nesses parâmetros. Essa prática promove uma regulação cardiorrespiratória mais eficiente, resultando não apenas na redução de episódios de bradicardia e na melhora da oxigenação sanguínea, mas também em benefícios duradouros. Ao estabilizar os sinais vitais, diminui-se a instabilidade clínica do recém-nascido, o que reduz significativamente o risco de complicações neonatais. Como consequência, observa-se uma melhora nos desfechos clínicos, estabelecendo bases mais seguras para o desenvolvimento infantil a longo prazo. Dessa forma, o contato pele a pele não apenas fortalece o vínculo afetivo, mas também desempenha um papel crucial na saúde física e bem-estar do recém-nascido nos momentos iniciais de vida (Sharma, 2017).

Além de proporcionar diversos benefícios ao recém-nascido, o contato pele a pele também tem sido associado a vantagens significativas para as mães. A secreção de ocitocina, estimulada pelo CPP, intensifica as contrações uterinas, facilitando a expulsão da placenta e reduzindo a duração da chamada terceira fase do trabalho de parto (Kiss, 2005). Em muitas maternidades, o manejo inadequado dessa etapa é uma prática comum para acelerar o processo, geralmente com a administração de ocitocina sintética, que induz fortes contrações uterinas. Em um parto espontâneo e sem complicações, é razoável planejar uma terceira fase fisiológica ou natural, aproveitando a ocitocina produzida pelo próprio corpo da mãe (Burke, 2010). Como um método simples, custo-efetivo e apropriado, o CPP entre mãe e recém-nascido é recomendado para aprimorar o cuidado pós-parto e potencialmente salvar vidas, especialmente de mães e bebês (Boundy *et al.*, 2016).

Além de seus efeitos na terceira fase do trabalho de parto, o contato pele a pele promove vantagens significativas para a saúde física e emocional da mãe. A prática eleva a liberação de ocitocina, hormônio que não só fortalece o vínculo com o bebê, mas também promove calma e bem-estar, reduzindo os níveis de cortisol e atenuando o estresse fisiológico do parto. Esse efeito ajuda a mãe a se sentir mais tranquila e segura em seu novo papel. Além disso, o CPP contribui para a estabilização da pressão arterial materna ao estimular respostas fisiológicas que aprimoram a regulação cardiovascular, diminuindo o risco de complicações como hipertensão. O estado fisiológico equilibrado é fundamental para que a mãe possa cumprir suas responsabilidades cuidando do recém-nascido e promovendo um ambiente seguro e saudável para ambos. Portanto, fica evidente o papel central do CPP não apenas no fortalecimento do vínculo afetivo entre mãe e bebê, mas também na promoção do bem-estar físico e emocional materno durante um período crítico e crucial de transição (Sharma, 2017).

2.1.6.2 A hora de ouro e sua relação com determinantes clínicos e epidemiológicos

A hora de ouro, embora vista como benéfica para recém-nascidos, enfrenta desafios em sua aplicação aos pré-termos devido à fragilidade fisiológica destes, o que resulta em uma baixa prevalência do contato pele a pele nesses casos. Prematuros extremos (<28 semanas), muito prematuros (28-31 semanas) ou moderados (32-36 semanas) frequentemente enfrentam complicações como síndrome do desconforto respiratório, hipotermia ou hipoglicemia, que podem exigir intervenções médicas imediatas. Croop *et al* (2020) observaram que, embora o CPP seja ideal, a necessidade de estabilização térmica e glicêmica em prematuros <28 semanas pode preceder o contato, mas não o elimina completamente. Após estabilização (geralmente em minutos), o CPP foi introduzido com sucesso, reduzindo hipotermia e hipoglicemia.

Para prematuros tardios (34-36 semanas) ou moderados (32-33 semanas) sem complicações graves, o CPP é plenamente viável e recomendado. O estudo de Croop *et al* (2020) também demonstra que esses bebês têm menor necessidade de suporte intensivo, permitindo o contato imediato, em concordância com as diretrizes atualizadas da Organização Mundial da Saúde, as quais recomendam o CPP imediato para prematuros e bebês de baixo peso (<2,5 kg), sem período inicial em incubadora, desde que estejam clinicamente estáveis.

Aspectos como o parto cesáreo, as condições clínicas da mãe e a administração de analgésicos no parto podem dificultar e influenciar a realização do contato pele a pele. Embora a prática possa ser implementada em cesáreas, ela exige coordenação adicional entre a equipe obstétrica e neonatal, algo que não está sempre acessível em todos os contextos hospitalares (Stevens *et al.*, 2006).

As desigualdades socioeconômicas desempenham um papel significativo no acesso ao contato pele a pele, especialmente no contexto do SUS, onde a maioria das mulheres de menor renda busca atendimento. O estudo desenvolvido por Uchoa *et al* (2021) fornece evidências de como fatores sociais afetam essa prática. As mães sem cuidados pré-natais adequados ou com menos de seis consultas tiveram 1,7 e 1,5 vezes mais chances, respectivamente, de não realizar o contato, indicando que o acesso a serviços de saúde, influenciado por renda e educação, é crucial.

Outro estudo relevante, cunhado por Alonso *et al* (2017), demonstra que o status socioeconômico materno está associado a maiores taxas de cesarianas em ambientes públicos, mas não no setor privado, onde a fonte de financiamento determina o modo de parto. Como os partos cesáreos podem dificultar o contato pele a pele imediato devido aos protocolos hospitalares, isso sugere que as mulheres de menor status socioeconômico, mais dependentes

do SUS, podem enfrentar barreiras adicionais. Essa relação indireta é reforçada pelo trabalho de Rosa *et al* (2014), que identifica que baixa escolaridade, baixa renda familiar e falta de apoio conjugal estão associados à ausência de cuidados pré-natais, o que pode reduzir a preparação e o incentivo para o contato pele a pele.

A publicação de Safarzadeh *et al* (2025) identificou os principais fatores que influenciam o contato pele a pele entre mães e recém-nascidos. Entre os aspectos demográficos, a idade materna é destacada, com mães mais jovens mostrando maior predisposição, além do grau de escolaridade materna. Nos fatores obstétricos, o início espontâneo do trabalho de parto e a idade gestacional a termo são determinantes, pois partos naturais e bebês a termo facilitam o contato imediato, enquanto cesáreas ou nascimentos prematuros o dificultam. Partos vaginais, especialmente sem intervenções como episiotomia, também favorecem o CPP, devido à menor necessidade de procedimentos médicos pós-parto que possam atrasar o contato, desde que mãe e bebê estejam estáveis. Entre os fatores clínicos, a saúde materna, como a ausência de condições como pré-eclâmpsia ou diabetes gestacional, e o peso neonatal adequado são essenciais para a prevalência da prática.

Nesse mesmo estudo, outros parâmetros foram avaliados, como o suporte social, por meio da atuação de doulas e da participação em aulas de parto, sendo caracterizados como fatores decisivos para a prática do contato pele a pele. Cerca de 67,4% das mães assistidas por doulas e 68,4% das que participaram de aulas realizaram o CPP, mesmo em situações adversas como cesáreas — onde essa prática ocorre em apenas 3% dos casos. Esses dados evidenciam que o apoio profissional e a educação pré-natal aumentam a conscientização e oferecem suporte prático e emocional, contribuindo para superar obstáculos e viabilizar a prática. O estudo reforça a necessidade de incorporar doulas e programas educativos nas políticas públicas de saúde para promover um cuidado neonatal mais humanizado e inclusivo.

2.1.6.3 Repercussões negativas da privação da hora de ouro

Os bebês vêm ao mundo preparados fisiologicamente para estabelecerem uma conexão com a mãe. Quando um recém-nascido não é submetido a doses excessivas de medicamentos, sua atenção vigilante e o olhar fixo no rosto materno se destacam claramente para todos ao redor. Até o instante em que o cordão umbilical é cortado, mãe e bebê formam, em essência, um só organismo biológico. Mesmo após o nascimento, por vários meses, eles continuam a funcionar como uma unidade "psicobiológica" integrada (Phillips, 2013).

Gallager (1992, p. 13) retrata de maneira expressiva a experiência de um bebê separado de sua mãe:

mãe e filho vivem em um estado biológico que tem muito em comum com o vício. Quando são separados, o bebê não apenas sente falta da mãe. Ele experimenta uma abstinência física e psicológica de uma série de estímulos sensoriais dela, não muito diferente da situação de um viciado em heroína que passa por uma retirada abrupta.

No âmbito dos estudos sobre o vínculo inicial entre mãe e bebê, evidências sugerem que a separação logo após o nascimento pode interferir significativamente na interação entre ambos, impactando negativamente a autoestima materna e a confiança no sucesso da amamentação (Karimi *et al.*, 2019). Além disso, a interrupção ou o atraso no cuidado pele a pele pode suprimir os comportamentos protetores inatos do recém-nascido, levando à desorganização comportamental e dificultando a autorregulação e a amamentação, o que compromete ainda mais o estabelecimento desse vínculo essencial (Crenshaw, 2014).

Essa intervenção também está associada a efeitos fisiológicos desfavoráveis no bebê, como a intensificação dos níveis de estresse, evidenciado por choro intenso e prolongado, que poderão comprometer o funcionamento pulmonar, a pressão intracraniana e o fechamento do forame oval. Ao comparar o comportamento de choro de bebês separados de suas mães com o de bebês mantidos em contato pele a pele com elas, observa-se que os bebês separados exibem uma frequência de choro 10 vezes maior e uma duração do choro 40 vezes mais longa (Christensson *et al.*, 1995). Adicionalmente, esse processo resulta em um elevado gasto energético, intensificando ainda mais os desafios enfrentados pelo recém-nascido. (Karimi *et al.*, 2019).

Da mesma forma, a ausência do contato pele a pele e a separação precoce podem reduzir a resposta afetiva da mãe em relação ao filho, afetando negativamente o comportamento materno e o fortalecimento do vínculo entre eles, evidenciando os prejuízos de práticas que interrompem o contato imediato após o nascimento (Crenshaw, 2014).

Diversos estudos realizados entre as décadas de 1970 e 1980 compararam o comportamento de mães que tiveram breves períodos de contato pele a pele com seus recém-nascidos — por apenas 15 minutos — com o de mães que apenas viram seus bebês rapidamente após o parto e, em seguida, eram reunidas com eles a cada 4 horas para a amamentação, enquanto os recém-nascidos permaneciam no berçário, separados de suas mães. Ao final da internação hospitalar no pós-parto, aquelas que tiveram um contato precoce e breve com seus bebês mostraram-se mais confiantes e seguras ao manusear e cuidar dos filhos, em comparação às mães que vivenciaram a separação após o parto (De Chateau e Wiberg, 1977).

A comunicação face a face, o contato visual, a voz materna e o toque não são apenas formas de afeto entre mãe e bebê, mas também desempenham um papel ativo no desenvolvimento cerebral do recém-nascido, contribuindo para a formação de conexões sinápticas. A mãe desperta o bebê sonolento e o incentiva à interação por meio da voz, do olhar e do toque. Quando o bebê está superestimulado, uma mãe sensível às suas necessidades o acolhe junto ao corpo, usa sons suaves e o protege de estímulos intensos, ajudando-o a recuperar o equilíbrio emocional. Essa função reguladora da interação mãe-bebê é fundamental para a organização dos circuitos cerebrais (Ovtscharoff e Braun, 2001). Estudos indicam que bebês que passaram as primeiras 1 a 2 horas de vida em contato pele a pele com suas mães demonstram, ao longo do primeiro ano, melhor capacidade de autorregulação, menos frustração e maior facilidade para se acalmar durante situações estruturadas de brincadeira (Bystrova *et al.*, 2009).

Hipotermia, bradicardia e hipoglicemia são quadros clínicos comuns em recém-nascidos que são afastados de suas mães, mesmo em unidades de cuidados especiais. Períodos curtos de separação, que desencadeiam respostas de protesto, não são considerados prejudiciais ao desenvolvimento cerebral do bebê. Já as separações frequentes e prolongadas, que levam a um estado de "colapso emocional", são amplamente documentadas como danosas, com consequências negativas que podem persistir ao longo da vida (Phillips, 2013).

Portanto, diante das evidências apresentadas, o contato imediato entre mãe e bebê após o nascimento não se trata apenas de uma prática humanizada, mas uma necessidade biológica com repercussões emocionais, fisiológicas e neurológicas significativas. A separação precoce compromete o início do vínculo afetivo, prejudica a autorregulação do recém-nascido e interfere negativamente no comportamento materno. Assim, promover o CPP desde os primeiros minutos de vida deve ser reconhecido como uma estratégia essencial para garantir um início de vida mais saudável, fortalecendo os laços afetivos e favorecendo o desenvolvimento integral do bebê.

2.1.6.4 Políticas públicas e práticas hospitalares no Brasil relacionadas ao CPP

As políticas públicas no Brasil desempenham um papel essencial na promoção do contato pele a pele, sobretudo no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Um marco nesse contexto é a Portaria nº 371, de 2014, do Ministério da Saúde, que estabelece diretrizes para a atenção integral e humanizada ao recém-nascido dentro da rede pública de saúde. Essa norma orienta a realização imediata e ininterrupta do contato pele a pele para bebês a termo que

apresentem respiração regular, tônus adequado e ausência de líquido meconial, recomendando que o neonato seja colocado de bruços sobre o abdômen ou tórax da mãe, coberto com uma manta seca e aquecida, em um ambiente com temperatura próxima de 26°C para prevenir a perda de calor. Adicionalmente, o documento propõe o adiamento de procedimentos rotineiros, como pesagem e vacinação, para depois da primeira hora de vida, salvo em situações específicas, como em mães com HIV ou HTLV positivo.

No Brasil, políticas públicas como a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), implementada desde 1992, e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), instituída em 2015, desempenham um papel central na promoção do contato pele a pele. A IHAC, fundamentada em diretrizes da OMS e UNICEF, recomenda o CPP imediato nos primeiros cinco minutos após o parto por pelo menos uma hora, enquanto a PNAISC reforça a importância de práticas que favoreçam o vínculo materno-infantil e o aleitamento materno. Apesar dessas diretrizes, a implementação da hora de ouro no contexto do Sistema Único de Saúde enfrenta dificuldades significativas. Evidências apontam que cerca de 50% dos recém-nascidos são amamentados na primeira hora de vida, um indicador indireto da baixa adesão ao CPP, mesmo em maternidades credenciadas como Amigas da Criança (Victora *et al.*, 2016). Essa lacuna reflete a resistência a mudanças nas rotinas hospitalares e a falta de alinhamento com as evidências científicas, comprometendo os benefícios fisiológicos e emocionais dessa prática (Uchoa *et al.*, 2021).

A implementação do contato pele a pele no Brasil é frequentemente limitada por desafios estruturais e organizacionais nas maternidades do SUS. A sobrecarga de trabalho e a escassez de recursos humanos capacitados são barreiras que dificultam a priorização dessa prática, especialmente em contextos de alta demanda. Portanto, mesmo em maternidades de referência, a ausência de protocolos consistentes e a resistência cultural de profissionais de saúde perpetuam para a baixa adesão à hora de ouro. Tais obstáculos organizacionais refletem a necessidade de investimentos em infraestrutura e de estratégias para alinhar as práticas hospitalares às políticas nacionais, garantindo que o CPP seja incorporado de forma sistemática e eficaz na assistência ao parto (Uchoa *et al.*, 2021).

A ausência de orientação adequada durante o pré-natal representa um desafio significativo para a promoção do contato pele a pele no Brasil. Embora políticas como a PNAISC, que incentivem a educação em saúde para gestantes, a preparação para o CPP é frequentemente negligenciada no acompanhamento pré-natal. Essa falha reduz a conscientização das mães sobre os benefícios do contato imediato com o bebê, como a estabilização fisiológica do recém-nascido e o fortalecimento do vínculo materno-infantil,

limitando sua capacidade de exigir essa prática no momento do parto. A falta de informações claras durante o pré-natal perpetua a baixa adesão ao CPP, especialmente entre mulheres com menor acesso a serviços de saúde de qualidade. Assim, a integração de conteúdos educativos sobre o CPP no pré-natal é essencial para empoderar as gestantes e ampliar a efetividade das políticas públicas voltadas à saúde materno-infantil (Uchoa *et al.*, 2021).

A análise do contato pele a pele no Brasil revela um contraste entre diretrizes normativas e barreiras práticas, como discrepâncias nas práticas hospitalares, limitações estruturais e falta de orientação no pré-natal, que dificultam sua implementação no SUS. Estratégias como capacitação profissional e educação pré-natal são essenciais para integrar o CPP à assistência ao parto, garantindo benefícios à saúde materno-infantil.

2.1.7 Metodologia

2.1.7.1 Tipo de estudo

Este estudo tem natureza quantitativa e observacional, com delineamento epidemiológico transversal, adotando uma abordagem descritiva e analítica. Trata-se, ainda, de um recorte da pesquisa *Saúde da mulher e da criança no ciclo gravídico-puerperal em usuárias do Sistema Único de Saúde*.

2.1.7.2 Local e período de realização

Este estudo será realizado no período de agosto de 2025 a julho de 2026 nas Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Passo Fundo, Rio Grande do Sul, especificamente nas UBS São Luiz Gonzaga, Donária/Santa Marta, São José e Parque Farroupilha. Essas unidades integram a rede de assistência à saúde do município, localizado no norte do estado, e são cenários de prática da Universidade Federal da Fronteira Sul – Campus Passo Fundo.

2.1.7.3 População e amostragem

A população estudada na pesquisa da qual este recorte faz parte compreendeu mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade de Passo Fundo, RS. Para a composição da amostra da pesquisa original, foram consideradas elegíveis usuárias com idade igual ou superior a 12 anos, que possuíam filhos de até 2 anos de idade e que estavam em acompanhamento de puericultura no território de abrangência das respectivas unidades de saúde supracitadas durante o período do estudo. Mulheres que possuíam alguma deficiência cognitiva

que as impedia de consentir a participação na pesquisa foram consideradas inelegíveis. Além disso, foram incluídas na amostra apenas as participantes que responderam diretamente ao questionário e que forneceram informações completas sobre si mesmas e sobre o bebê. Excluíram-se também os casos de gestação múltipla (gêmeos), considerando-se apenas um recém-nascido por puérpera. Questionários com dados incompletos ou respondidos por terceiros foram desconsiderados, a fim de garantir a qualidade e a consistência das informações analisadas.

A amostra utilizada nesse recorte fez parte da mesma estimada para o projeto guarda-chuva. A definição do cálculo amostral (projeto guarda-chuva) foi realizada em duas etapas: (a) inicialmente, realizou-se um cálculo para estudo de prevalência considerando os seguintes parâmetros: (1) prevalência esperada do desfecho de 50%; (2) margem de erro de 5 pontos percentuais. Em uma segunda etapa, para o (b) estudo de associação entre desfecho e exposição de interesse, adotaram-se os seguintes critérios: (1) nível de confiança de 95%; (2) frequência esperada do desfecho em não expostos de 10%; (3) poder de 80% considerando uma razão de expostos/não expostos=1,5, e RP de 2. No estudo de associações, além do aumento de 15% para perdas e recusas, e para controle de possíveis fatores de confusão. Assim, o maior tamanho da amostra necessário para o desfecho a ser analisado nesse estudo foi de $n=455$ participantes

A seleção das participantes foi do tipo não probabilística, e todas as mulheres em acompanhamento nas UBS's citadas anteriormente e que se enquadravam nos critérios de inclusão foram convidadas a participar do estudo. O estudo incluiu dados coletados na etapa I, realizada de dezembro de 2022 a agosto de 2023 ($n=256$), e na etapa II, de ampliação da amostra, executada de junho a dezembro de 2024 ($n=136$), totalizando 392 participantes.

2.1.7.4 Variáveis, instrumentos e coleta de dados

Tendo sido obtida a autorização do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP/UFFS) e o termo de ciência e concordância da Secretaria Municipal de Saúde de Passo Fundo, RS, a captação de usuárias elegíveis para o estudo foi conduzida com o apoio da gestão das Unidades de Saúde. A estratégia envolveu o acesso à lista de mulheres e crianças inscritas em programas de puericultura, identificando agendamentos realizados para otimizar o contato e o convite às participantes. Após o primeiro contato e a obtenção do consentimento, as entrevistas foram realizadas presencialmente em ambientes privados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), por estudantes de Medicina da UFFS devidamente treinados.

Foi destacado que, em caso de concordância com a participação no estudo, o estudo foi conduzido somente após a leitura e assinatura dos Termos de Assentimento e Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pela participante. Para menores de 18 anos, a participação foi permitida após a obtenção do TCLE por parte dos pais ou responsáveis, autorizando a participação, e do Termo de Assentimento para menores alfabetizados. A participação foi voluntária, e os termos foram assinados em duas vias, com uma via ficando com o participante e a outra com a equipe de pesquisa.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas utilizando um questionário estruturado em cinco blocos: (A) Identificação e características demográficas; (B) Hábitos de vida e presença de comorbidades; (C) Informações sobre o pré-natal, parto e última gestação; (D) Saúde da mulher; e (E) Saúde da criança. Adicionalmente, também foi utilizada a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS), aplicada de forma autoadministrada.

Para este recorte de pesquisa, serão utilizadas variáveis provenientes dos blocos A, B, C e E do questionário. No Bloco A, referente à identificação e às características sociodemográficas, serão consideradas as variáveis idade materna, cor da pele, estado civil, escolaridade, situação laboral, renda familiar, número de filhos e planejamento da gestação, informações que permitirão traçar o perfil socioeconômico e demográfico das participantes.

No Bloco B, que contempla hábitos de vida e presença de comorbidades, será analisada a prática de atividade física durante a gestação, como fator comportamental potencialmente relacionado ao período gravídico.

O Bloco C, que reúne informações do pré-natal, parto e última gestação, abrangerá variáveis relativas ao acompanhamento pré-natal, incluindo o início do pré-natal, o número de consultas realizadas, o recebimento de orientações sobre aleitamento materno, sobre o parto e os direitos da gestante, além da indicação do local que deveria ser procurado e da elaboração de um plano de parto. Quanto aos dados clínicos, serão consideradas as morbidades apresentadas durante a gestação, o tipo de parto e a satisfação com o parto. Para avaliar o suporte emocional oferecido pela equipe, serão utilizadas as seguintes questões: “Algum familiar ou amigo acompanhou você durante a internação e o trabalho de parto?”, “Alguma dúvida ou pergunta sua deixou de ser respondida durante o trabalho de parto ou o acompanhamento pré-natal?”, “Algum profissional gritou, xingou, humilhou ou ameaçou você durante o trabalho de parto ou o acompanhamento pré-natal?”, “Algum profissional repreendeu você por chorar ou gritar durante o trabalho de parto?”, “Algum profissional debochou ou fez piadas sobre você durante o trabalho de parto ou o acompanhamento pré-natal?” e “Você foi abandonada em algum momento, sozinha, sem explicações ou atendimento durante o trabalho de parto?”.

No Bloco E, voltado à saúde da criança, serão consideradas as variáveis relacionadas às condições neonatais, em especial as complicações ao nascer, a necessidade de internação imediata em unidade neonatal e a prematuridade, uma vez que tais fatores podem interferir diretamente na realização do contato precoce entre mãe e bebê.

Por fim, para avaliação do principal desfecho deste estudo — a prevalência do primeiro contato da mãe com o bebê — será utilizada principalmente a questão do Bloco C: “Logo que o bebê nasceu, ainda na sala de parto, você pegou e/ou tocou nele?”, cujas opções de resposta são “Sim”, “Não” e “Não sabe/não lembra”. Ainda, a fim de caracterizar o incentivo ao aleitamento pós-parto, uma das premissas do conjunto de práticas incentivadas durante o contato pele a pele, será utilizada a questão, também do Bloco C: “Você pôde amamentar a criança logo após as primeiras horas do parto?”, com as seguintes alternativas: “Sim”, “Não, não deixaram”, “Não, a criança teve alguma complicação e foi direto encaminhada para atendimento”, “Não sabe/não lembra” e “Outro”.

2.1.7.5 Processamento, controle de qualidade e análise dos dados

As informações coletadas foram registradas em duplicata em um banco de dados desenvolvido no software Epidata versão 3.1 (livre distribuição). Após a inserção dos dados, a análise estatística será conduzida nos programas PSPP (livre distribuição) e Stata versão 12.1 (licença nº 30120505989). Essa análise envolverá a descrição da amostra por meio de frequências absolutas (n) e relativas (%) para variáveis categóricas, além de médias, desvios-padrão e medianas para variáveis numéricas. Para investigar a relação entre variáveis dependentes e independentes, será utilizado o teste qui-quadrado, com um nível de significância estatística de $p < 0,05$.

2.1.7.6 Aspectos éticos

O projeto guarda-chuva nomeado *Saúde da mulher e da criança no ciclo gravídico-puerperal em usuárias do Sistema Único de Saúde*, institucionalizado na UFFS, já foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFFS, segundo parecer de número: 6.871.168 (Anexo B).

2.1.8 Recursos

Os recursos financeiros necessários para o desenvolvimento do projeto estão listados no quadro 1 a seguir, sendo todos custeados pela equipe de pesquisa.

Quadro 1- orçamento

Item	Quantidade	Valor unitário	Valor total
Canetas	8	R\$2,00	R\$16,00
Impressões	1000	R\$0,25	R\$250,00
Vale-transporte	100	R\$4,50	R\$450,00
Notebook	1	R\$3000,00	R\$3000,00
Pastas	4	R\$5,00	R\$20,00
Total			R\$3736,00

Fonte: própria, 2025.

2.1.9 Cronograma

A execução das atividades relacionadas ao projeto em questão, através dos meses de agosto de 2025 até julho de 2026, está descrita no quadro 2 a seguir.

Quadro 2 – cronograma de execução (agosto/2025 a julho/2026)

Atividades/período	Ago 2025	Set 2025	Out 2025	Nov 2025	Dez 2025	Jan 2026	Fev 2026	Mar 2026	Abr 2026	Mai 2026	Jun 2026	Jul 2026
Revisão da literatura	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Processamento e análise dos dados	X	X	X	X	X	X						
Elaboração do artigo científico							X	X	X	X	X	X
Apresentação e divulgação dos resultados											X	X

Fonte: própria, 2025.

2.1.10 Referências

- ALONSO, B. D. *et al.* Caesarean birth rates in public and privately funded hospitals: a cross-sectional study. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, p. 101, 2017.
- AYRES, L. F. A. *et al.* Fatores associados ao contato pele a pele imediato em uma maternidade. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, e20200116, 2021.
- BERGMAN, N. J.; LINLEY, L. L.; FAWCUS, S. R. Randomized controlled trial of skin-to-skin contact from birth versus conventional incubator for physiological stabilization in 1200- to 2199-gram newborns. **Acta Paediatrica**, [S. l.], v. 93, n. 6, p. 779-785, jun. 2004. DOI: 10.1111/j.1651-2227.2004.tb03018.x.
- BOUNDY, E. O. *et al.* Kangaroo mother care and neonatal outcomes: a meta-analysis. **Pediatrics**, [S. l.], v. 137, n. 1, e20152238, jan. 2016. DOI: 10.1542/peds.2015-2238.
- BUCKLEY, S. J. Executive summary of hormonal physiology of childbearing: evidence and implications for women, babies, and maternity care. **Journal of Perinatal Education**, [S. l.], v. 24, n. 3, p. 145-153, 2015. DOI: 10.1891/1058-1243.24.3.145.
- BURKE, C. Active versus expectant management of the third stage of labor and implementation of a protocol. **Journal of Perinatal & Neonatal Nursing**, [S. l.], v. 24, n. 3, p. 215-228, jul./set. 2010. DOI: 10.1097/JPN.0b013e3181e8ce90.
- BYSTROVA, K. *et al.* Early contact versus separation: effects on mother-infant interaction one year later. **Birth**, [S. l.], v. 36, n. 2, p. 97-109, jun. 2009. DOI: 10.1111/j.1523-536X.2009.00307.x.
- BYSTROVA, K. *et al.* Skin-to-skin contact may reduce negative consequences of "the stress of being born": a study on temperature in newborn infants, subjected to different ward routines in St. Petersburg. **Acta Paediatrica**, [S. l.], v. 92, n. 3, p. 320-326, mar. 2003. DOI: 10.1080/08035250310009248.
- CHRISTENSSON, K. *et al.* Separation distress call in the human neonate in the absence of maternal body contact. **Acta Paediatrica**, [S. l.], v. 84, n. 5, p. 468-473, maio 1995. DOI: 10.1111/j.1651-2227.1995.tb13676.x.
- CRENSHAW, J. T. Healthy birth practice #6: keep mother and baby together - it's best for mother, baby, and breastfeeding. **Journal of Perinatal Education**, [S. l.], v. 23, n. 4, p. 211-217, 2014. DOI: 10.1891/1058-1243.23.4.211.
- CROOP, S. E. W. *et al.* The golden hour: a quality improvement initiative for extremely premature infants in the neonatal intensive care unit. **Journal of Perinatology**, [S. l.], v. 40, n. 3, p. 530-539, mar. 2020. DOI: 10.1038/s41372-019-0545-0.
- DE CHATEAU, P.; WIBERG, B. Long-term effect on mother-infant behaviour of extra contact during the first hour post partum: I. first observations at 36 hours. **Acta Paediatrica Scandinavica**, [S. l.], v. 66, n. 2, p. 137-143, mar. 1977. DOI: 10.1111/j.1651-2227.1977.tb07825.x.
- DOS SANTOS, L. M. *et al.* Vivenciando o contato pele a pele com o recém-nascido no pós-parto como um ato mecânico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 67, n.

2, p. 202-207, mar./abr. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140026>. Acesso em: 28 mar. 2025.

FONSECA, S. C.; KALE, P. L.; SILVA, K. S. da. Pré-natal em mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde em duas maternidades no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: a cor importa? **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 15, n. 2, p. 209-217, abr./jun. 2015.

GALLAGHER, W. Motherless child. **Sciences**, [S. l.], p. 12-15, 1992.

HELK SOUZA, L. *et al.* Puerperae bonding with their children and labor experiences. **Investigación y Educación en Enfermería**, [S. l.], v. 35, n. 3, p. 364-371, out. 2017. DOI: 10.17533/udea.iee.v35n3a13.

KARIMI, F. Z. *et al.* The effect of mother-infant skin to skin contact on success and duration of first breastfeeding: a systematic review and meta-analysis. **Taiwan Journal of Obstetrics and Gynecology**, [S. l.], v. 58, n. 1, p. 1-9, 2019. DOI: 10.1016/j.tjog.2018.11.002. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2018.11.002>. Acesso em: 28 mar. 2025.

KISS, A.; MIKKELSEN, J. D. Oxytocin - anatomy and functional assignments: a minireview. **Endocrine Regulations**, [S. l.], v. 39, n. 3, p. 97-105, set. 2005.

LORD, L. G. *et al.* Skin-to-skin contact for the prevention of neonatal hypoglycaemia: a systematic review and meta-analysis. **BMC Pregnancy and Childbirth**, [S. l.], v. 23, n. 1, 744, 21 out. 2023. DOI: 10.1186/s12884-023-06057-8.

LUCCHESI, I. *et al.* Contato pele a pele e a amamentação na COVID-19. **Revista da Escola de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, e61623, 2021. DOI: 10.12957/reuerj.2021.61623. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2021.61623>. Acesso em: 28 mar. 2025.

LUDINGTON-HOE, S. M. *et al.* Breast and infant temperatures with twins during shared kangaroo care. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, [S. l.], v. 35, n. 2, p. 223-231, mar./abr. 2006. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2006.00024.x.

MONTEIRO, B. R. *et al.* Elements that influenced immediate mother-neonate contact during the golden hour. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 56, e20220015, 22 ago. 2022. DOI: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0015en.

MOORE, E. R. *et al.* Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. **The Cochrane database of systematic reviews**, vol. 11,11 CD003519. 25 Nov. 2016. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub4

MOREIRA, M. E. *et al.* Clinical practices in the hospital care of healthy newborn infant in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S1-S12, ago. 2014. DOI: 10.1590/0102-311X00145213.

OVTCHAROFF JR., W.; BRAUN, K. Maternal separation and social isolation modulate the postnatal development of synaptic composition in the infralimbic cortex of Octodon degus. **Neuroscience**, [S. l.], v. 104, n. 1, p. 33-40, 2001. DOI: 10.1016/s0306-4522(01)00059-8.

PHILLIPS, R. The sacred hour: uninterrupted skin-to-skin contact immediately after birth. **Newborn and Infant Nursing Reviews**, [S. l.], v. 13, n. 2, p. 67-72, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2013.04.001>. Acesso em: 28 mar. 2025.

ROSA, C. Q. da; SILVEIRA, D. S. da; COSTA, J. S. D. da. Factors associated with lack of prenatal care in a large municipality. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 977-984, dez. 2014.

SAFARZADEH, S. *et al.* Predicting mother and newborn skin-to-skin contact using a machine learning approach. **BMC Pregnancy and Childbirth**, [S. l.], v. 25, n. 1, 182, 18 fev. 2025. DOI: 10.1186/s12884-025-07313-9.

SHARMA, D. Golden hour of neonatal life: need of the hour. **Maternal Health, Neonatology and Perinatology**, [S. l.], v. 3, p. 1-21, 2017. DOI: 10.1186/s40748-017-0057-x. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s40748-017-0057-x>. Acesso em: 28 mar. 2025.

SILVA, A. K. S. da *et al.* Fatores associados à ausência de aleitamento materno na alta hospitalar em uma maternidade pública de Maceió, Alagoas, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, p. 3355-3364, nov. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/fgYFN35RBBqsMTXwDpMsygr/?lang=pt>. Acesso em: 3 abr. 2025.

STEVENS, J. *et al.* Immediate or early skin-to-skin contact after a caesarean section: a review of the literature. **Maternal & Child Nutrition**, [S. l.], v. 10, n. 4, p. 456-473, out. 2014. DOI: 10.1111/mcn.12128.

UCHOA, J. L. *et al.* Influence of social determinants of health on skin-to-skin contact between mother and newborn. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 74, supl. 4, e20200138, 11 jun. 2021. DOI: 10.1590/0034-7167-2020-0138.

VICTORA, C. G. *et al.* Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **The Lancet**, [S. l.], v. 387, n. 10017, p. 475-490, 30 jan. 2016. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)01024-7.

WIDSTRÖM, A. M. *et al.* Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. **Acta Paediatrica**, [S. l.], v. 108, n. 7, p. 1192-1204, jul. 2019. DOI: 10.1111/apa.14754.

2.1.11 ANEXO A - QUESTIONÁRIO DA ENTREVISTA

 UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - CAMPUS PASSO FUNDO – RS CURSO DE MEDICINA		
Título da pesquisa: Saúde da mulher e da criança no ciclo gravídico-puerperal em usuárias do Sistema Único de Saúde. Pesquisadora responsável: Shana Ginar da Silva – shana.silva@uufs.edu.br		
0.a	ID do questionário	NQUES ____
0.b	Nome do entrevistador(a)	
0.c	Nº do entrevistador(a)	
0.d	Data da entrevista: ____/____/____	
0.e	Local da entrevista: (1) UBS São Luiz Gonzaga (2) UBS Donária/Santa Marta (3) UBS São José (4) UBS Parque Farroupilha	LOCAL ____
BLOCO A - IDENTIFICAÇÃO E CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		
1.	Qual o seu nome completo? _____	
2.	Qual é a sua idade? _____ ANOS COMPLETOS	IDA ____
3.	Você tem telefone para contato? TEL () _____ - _____ SE NÃO, PERGUNTE SOBRE TELEFONE PARA RECADOS E ANOTE DE QUEM É	TEL () _____ - _____
4.	Você poderia me informar o seu endereço? ANOTAR COMPLETO (RUA, Nº, BAIRRO E PONTO DE REFERÊNCIA)	
5.	Você se considera de que raça/cor? (1) Branca (2) Preta (3) Parda (4) Indígena (5) Amarela	COR ____
6.	Qual seu estado civil? (1) Casada/ vivendo com companheiro (2) Solteira (3) Divorciada (4) Viúva	CIV ____
6a	SE CASADA/ VIVENDO COM COMPANHEIRO: O seu marido/companheiro é o Pai do biológico do seu último filho? (1) Sim (2) Não (9) Não se aplica	PAIBIOL ____
6b	SE SOLTEIRA/ OU CASO O COMPANHEIRO NÃO SEJA O PAI BIOLÓGICO: Você tem contato com o pai da criança? (1) Sim, relação amigável (2) Sim, relação conflituosa (3) Não tem contato	CPAI ____
7.	Qual a sua escolaridade? (1) Ensino Fundamental Incompleto (2) Ensino Fundamental Completo (3) Ensino Médio Incompleto (4) Ensino Médio Completo (5) Ensino Superior Incompleto (6) Ensino Superior Completo	ESC ____
8.	Você trabalha atualmente? (1) Sim SE SIM, trabalha com o que? _____ (2) Não trabalho/ estou desempregada	TRAB ATIVIDADE ____
9.	Quantas pessoas moram no seu domicílio? _____ INCLUIR A PARTICIPANTE	NDOM ____
10.	Qual sua renda familiar total (em reais R\$)? CONSIDERE A RENDA DE TODOS DA FAMÍLIA	REND _____
11.	Quantos filhos(as) você tem? _____	FIL ____
12.	Quantas gestações você já teve além da última? _____ SE TEVE APENAS UMA GESTAÇÃO COLOCAR 00	GESTA ____

13.	Você já sofreu abortos? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	ABORT ____
13a	<i>SE SIM, quantos foram?</i>	NABORT __
14.	A sua última gestação foi planejada ou você engravidou sem querer? (1) Sim (2) Não	PLA ____
BLOCO B - HÁBITOS DE VIDA E PRESENÇA DE COMORBIDADES		
15.	Você atualmente é fumante? (1) Sim (2) Não, nunca fumei. (3) Não, mas já fumei.	FUMA ____
15a	Na sua última gestação você fumou? (1) Sim (2) Não (3) Fumava, mas parou quando descobriu a gravidez	FUMOGEST _
16.	Você tem o costume de consumir bebida alcoólica? <i>ÀS VEZES/DE VEZ EM QUANDO, CONSIDERE "SIM"</i> (1) Sim (2) Não	BEBE ____
16a	Na sua última gestação você consumiu bebidas alcoólicas? (1) Sim (2) Não (3) sim, mas parou quando descobriu a gravidez	ALCGEST _
17.	Atualmente, você tem o costume de fazer atividade física no seu tempo livre? <i>ÀS VEZES/DE VEZ EM QUANDO, CONSIDERE "SIM"</i> (1) Sim. (2) Não	AF __
17a	<i>SE SIM, quantas vezes por semana? ____ EM DIAS</i>	AFVEZ _
17b	<i>SE SIM, Quanto tempo por dia? ____ EM MINUTOS</i>	AFTEMP _ _ _
17c	<i>SE SIM, Qual tipo de atividade física você faz atualmente? _____</i>	TIPOAF _
Agora vamos falar da sua atividade física na última gestação....		
18.	Sem contar sua atividade em casa ou no emprego, a Sra. fazia algum tipo de exercício físico regular nos <u>TRÊS MESES ANTES</u> da última gravidez? (1) Sim (2) Não	AFANTES _
18a	<i>SE SIM, Qual(is)?</i>	TIPOAFANTES ____
18b	<i>SE SIM, Quantas vezes por semana? ____ vezes</i>	AFANTESV _
18c	<i>SE SIM, Quanto tempo em cada vez? ____ minutos</i>	AFANTEST _
19	Sem contar sua atividade em casa ou no emprego, a Sra. fazia algum tipo de exercício físico regular nos <u>TRÊS PRIMEIROS MESES</u> da gravidez? (1) Sim (2) Não	AF1TRI _
19a	<i>SE SIM, Qual(is)?</i>	TIPOAF1TRI ____
19b	<i>SE SIM, Quantas vezes por semana? ____ vezes</i>	AF1TRIV _
19c	<i>SE SIM, Quanto tempo em cada vez? ____ minutos</i>	AF1TRITEMP _
20	Sem contar sua atividade em casa ou no emprego, a Sra. fazia algum tipo de exercício físico regular <u>DOS 4 AOS 6 MESES</u> da gravidez? (1) Sim (2) Não	AF2TRI _

20a	SE SIM, Qual(is)?	TIPOAF3TRI __
20b	SE SIM, Quantas vezes por semana? _____ vezes	AF2TRIV_
20c	SE SIM, Quanto tempo em cada vez? _____ minutos	AF2TRITEMP_
21	Sem contar sua atividade em casa ou no emprego, a Sra. fazia algum tipo de exercício físico regular DOS 7 MESES ATÉ O FINAL da gravidez? (1) Sim (2) Não	AF3TRIM_
21a	SE SIM, Qual(is)? _____	TIPOAF3TRI __
21b	SE SIM, Quantas vezes por semana? _____ vezes	AF3TRIV_
21c	SE SIM, tempo em cada vez? _____ minutos	AF3TRITEMP_
22	Quem disse como a Sra. deveria se exercitar durante a gestação? (1) Médico (2) Professor de educação física (3) Outro profissional de saúde (4) Amigo/parente (5) Ninguém (6) Outro: _____ (7) Não fez exercício na gravidez	AFACONS_ AFOUTRO __
Agora vamos falar de algumas comorbidades...		
Alguma vez algum médico lhe disse que você tem:		
23	Muito peso (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	OBE __
24	Diabetes (não considerar diabetes gestacional) (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	DM __
25	Pressão alta (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	HAS __
26	Colesterol alto (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	COLES __
27	Triglicérideo alto (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	TRIGLI __
28	Problema de coração (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	CARDI __
29	Problema de tireoide (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	TIRE __
30	Depressão (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	DEPRE __
31	HIV/AIDS (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	HIV __
32	Câncer (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	CANCER __
32a	SE SIM, em que local do corpo?	LCAN __ __
33	ATUALMENTE , você utiliza algum método contraceptivo? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe informar	MET_
33a	SE SIM, Qual método contraceptivo você usa? (1) Contraceptivo oral (2) Contraceptivo injetável (3) DIU de cobre (4) DIU hormonal (5) Método de barreira (camisinha, diafragma). (6) Outro. Se outro qual? _____	TIPOMET_ OUTROMET ____
34	Qual seu peso atual (em kg)? ____ , ____ (9) não sabe/não lembra	PESO ____, __
35	Qual a sua altura (em cm)? ____ (9) não sabe/não lembra	ALT ____

BLOCO C - INFORMAÇÕES DO PRÉ-NATAL, PARTO E ÚLTIMA GESTAÇÃO		
36	Quantos anos você tinha quando engravidou do último filho? _ _	IDADULTFIL_
36a	Qual foi a idade gestacional quando você descobriu a gravidez? SEMANAS (9) Não sabe/não lembra	IDADESCO_
36b	Qual foi a sua reação com a notícia da gravidez? <i>AGUARDAR A MULHER RESPONDER E ASSINALAR A RESPOSTA CORRESPONDENTE</i>	REATGEST_
37	Na sua última gestação, você fez acompanhamento pré-natal? (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	PRENAT_
38	SE SIM, Quantas consultas de pré-natal você fez? _____ (9) Não sabe/não lembra	PRECONS_
39	Em qual trimestre você começou a realizar pré-natal? (1) Primeiro trimestre (2) Segundo trimestre (3) Terceiro trimestre (4) Não realizei pré-natal. (5) Não sabe/não lembra	PRETRI_
40	Em qual tipo de serviço você realizou a maior parte do seu pré-natal? (1) Público/SUS (2) privado (3) convênio (5) Não realizei pré-natal (4) Outro	SERVPRE_
41	Durante o seu pré-natal, você foi atendida por um médico especialista pelo menos uma vez? (1) Sim (2) Não (3) Não realizei pré-natal (9) Não sei/ Não lembro.	ATMEDESP_
42	Durante pré-natal, realizaram controle da sua pressão arterial? (1) Sim (2) Não (3) Não realizei pré-natal (9) Não sei/ Não lembro.	CPA_
43	Durante pré-natal, realizaram coleta de sangue? (1) Sim (2) Não (3) Não realizei pré-natal (9) Não sei/ Não lembro.	CSANGUE_
44	Durante pré-natal, realizaram coleta de urina? (1) Sim (2) Não (3) Não realizei pré-natal (9) Não sei/ Não lembro.	CURINA_
45	Você recebeu orientações sobre o aleitamento materno? (1) Sim (2) Não (3) Não realizei pré-natal (9) Não sei/ Não lembro.	OLOCAL_
46	Você recebeu orientações sobre o parto, seus direitos e local que deveria procurar? (1) Sim (2) Não (3) Não realizei pré-natal (9) Não sei/ Não lembro.	OPARTO_
47	Você foi orientada a elaborar um plano de parto? (1) Sim, e elaborei (2) Sim, mas não elaborei (3) Não (4) Não realizei pré-natal (9) Não sei/ Não lembro.	PLANOP_
Agora vamos falar de alguns dados clínicos da sua última gestação....		
48	Qual foi a data do parto? / /	DATAPART_
49	Qual a idade atual do seu filho(a)? ano meses	IDADEFIL_
50	Qual foi a idade gestacional no momento do nascimento? _____ semanas	IG_
51	Qual foi o tipo de gestação? (1) Única (2) gemelar	TIPOGEST_
Agora vou falar sobre algumas morbidades e gostaria que você me informasse se teve alguma delas durante a sua gestação?		
52	Diabetes gestacional: (1) Sim (2) Não	DMG_
52a	Já tinha diabetes <u>ANTES</u> da gestação? (1) Sim (2) Não	DMANTES_
53	Hipertensão gestacional: (1) Sim (2) Não	HASG_
53a	Já tinha pressão alta <u>ANTES</u> de engravidar? (1) Sim (2) Não	PANTESG_
54	Pré-eclâmpsia: (1) Sim (2) Não	PRECLAMP_
55	Eclâmpsia: (1) Sim (2) Não	ECLAMP_
56	Síndrome de Hellp: (1) Sim (2) Não	SH_
57	Infecção do trato urinário (1) Sim (2) Não	ITU_
58	Excesso de ganho de peso (1) Sim (2) Não	

59	ISTs – sífilis, clamídia, HIV, verrugas genitais (1) Sim (2) Não	IST_
60	Outro: _____ Se sim, qual?	OUTRAMORB_
61	Qual foi seu peso <u>AO FINAL</u> gestação? _____ (9) Não sei/não lembro	PESOFINAL_
62	Qual era o seu peso <u>ANTES</u> de engravidar? _____ (9) Não sei/não lembro	PESOANTES_
63	Qual foi seu tipo de parto? (1) Cesárea (2) Vaginal (3) Vaginal com fórceps (um tipo de ferro para ajudar o bebê a nascer/a retirar o bebê da sua barriga) ou Vácuo Extrator	TIPOPART_
64	EM CASO DE CESÁREA, Quando foi decidido que o parto seria cesárea? (1) Durante o pré natal (2) Na internação do parto (3) Na sala de parto (4) Não sei/Não lembro	DECICES_
65	EM CASO DE CESÁREA, Qual foi o motivo para fazer cesárea? (1) Complicações na hora do parto. (2) Complicações da gestação. (3) A senhora quis. (4) O médico quis. (5) Foi programada durante a gravidez (6) Não sei/ Não lembro	MOTIVCES_
66	Qual foi o local do parto? (1) Hospital Público/SUS (2) Hospital Privado (3) Hospital via Convênio (4) Domiciliar	LOCPARTO_
67	Qual foi a sua satisfação com o parto? (1) Muito ruim (2) Ruim (3) Indiferente (4) Bom (5) Muito bom	SATISFPART_
67a	SE MUITO RUIM/RUIM, qual foi o principal motivo?	MSATISFPAR_
68	Você <u>utilizava</u> algum método contraceptivo quando engravidou nesta última gestação? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	CONTPREGES_
68a	SE SIM, Qual método você utilizava quando engravidou? (1) Contraceptivo oral (2) Contraceptivo injetável (3) DIU de cobre (4) DIU hormonal (5) Método de barreira (camisinha, diafragma). (6) Outro: _____	METPREGEST_ METPREGESO_
68b	SE NÃO, Qual o motivo de não usar método contraceptivo? (1) A gravidez foi planejada (2) Não tinha conhecimento sobre métodos contraceptivos (3) Tinha conhecimento sobre métodos contraceptivos, mas não tinha acesso a eles (4) Tinha conhecimento sobre métodos contraceptivos, mas não achava que seria necessário (5) Outro: _____	MOTNAOMET_ OMOTNAOMET_

QUESTÕES ESPECÍFICAS SOBRE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA		
	Agora vou fazer umas perguntas e gostaria que você me dissesse o que você considera ser seu direito na hora do parto?	
69	Ter um acompanhante o tempo todo no hospital durante o parto? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe	VACOMP_
70	Escolher a posição do parto? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe	VPOSPART_
71	Ter uma doula? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe	VDOULA
72	Receber auxílio para dor? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe	VDOR_
73	Escolher se vai fazer a raspagem dos pelos? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe	VPELOS_
74	Ter um plano de parto? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe	VPLANPART_
75	Negar a realização do corte na vagina? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe	VEPISIO_
76	Você sabe o que é/ já ouviu falar em violência obstétrica? (1) Sim (2) Não	VSABEVO_
76a	SE SIM, O que você entende por violência obstétrica?	EVO_
77	Você, em algum momento, já sofreu violência obstétrica? (1) Sim (2) Não (3) Não sei/ Não lembro (4) Não sabe o que é violência obstétrica.	VSOFREVO_
77a	SE SIM, Você sabia o que fazer diante da violência sofrida? (1) Sim (2) Não	VSFAZER_
77b	SE SIM, Quais as providências você tomou?	VPROVID_
77c	SE NÃO, Caso tivesse sofrido você saberia o que fazer?	VSABERIA_
78	Você considera ter vivido violência/maus tratos no parto/cesariana nascimento do seu último bebê? (1) Sim (2) Não (3) Não sei/ Não lembro.	VNASCULT_
CASO O PARTO TENHA SIDO VAGINAL/NORMAL FAZER AS PERGUNTAS ABAIXO: → SE PARTO CESÁREA PULAR PARA QUESTÃO 94		
79	Qual foi sua a posição do parto ? (1) Deitada (com as pernas afastadas) (2) Cócoras (3) No banquinho (4) De quatro (5) Outra:	VPOSIPART_ OVPOSIPART_
80	Você escolheu a posição do seu parto? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	VESCPOSIPA_
81	SE NÃO, Quem escolheu sua posição de parto? (1) Médico (2) Enfermeiro (3) Doula (4) Outro: _____ (5) Não sei/não lembro	VQUEMPOSI_ OVQUEMPOSI_
82	Na hora do parto, alguém apertou/subiu na sua barriga para a saída do bebê? (1) Sim (2) Não	VSUBIBAR_
83	Foi realizado um corte na vagina na hora do bebê nascer? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	VCORTEV_

83a	<i>SE SIM, Você foi informada que esse corte seria feito?</i> (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	VINFOCORT_
83b	<i>SE SIM, Foi feita anestesia para a realização do corte?</i> (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	VANESTCORT_
84	Durante o trabalho de parto você foi proibida de sair da cama e caminhar pelo quarto ou corredor? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	VPROIBSAIR_
85	A senhora sentiu muita dor durante o trabalho de parto? (1) Sim, um pouco (2) Sim, muita dor. (3) Não	VMUITADOR_
85a	<i>SE SIM, Você pediu algum remédio ou outra coisa para alívio da dor?</i> (1) Sim. (2) Não (9) Não sabe/não lembra	VREM_
85b	<i>SE SIM, depois de pedir algum remédio ou outra coisa para alívio da dor você teve seu pedido atendido?</i> (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	VPEDATEND_
86	Foi oferecido para você alguns desses itens para alívio da dor? Bola (1) Sim, e usou. (2) Sim, mas não quis usar. (3) Não.	VBOLA_
87	Massagem (1) Sim, e usou. (2) Sim, mas não quis usar. (3) Não.	VMASSAG_
88	Banquinho (1) Sim, e usou. (2) Sim, mas não quis usar. (3) Não.	VBANCO_
89	Outro:	OUTRO_
90	Durante o trabalho de parto, você pediu algum líquido ou alimento? (1) Sim. (2) Não (9) Não sabe/não lembra	VALIMENT_
90a	<i>SE SIM, você teve o seu pedido de alimentação/ líquido atendido?</i> (1) Sim. (2) Não (3) Não, realizei cesárea (9) Não sabe/não lembra	VALTATEND_
91	Fizeram exame de toque em você durante o trabalho de parto? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	VTOQUE_
92	<i>SE SIM, O exame foi realizado por diferentes pessoas/profissionais de saúde?</i> (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	VPROFDIF_
93	Antes de iniciar o trabalho de parto, foi colocado algum remédio por baixo (na vagina) para entrar em trabalho de parto? (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/Não lembra	VOCITO_
94	Algum familiar (amigo) acompanhou a senhora durante a internação e trabalho de parto? (1) Sim, a maior parte do tempo. (2) Sim, o tempo todo. (3) Não, a maternidade não permitia. (4) Não, não era permitido em virtude da covid19 (5) Outro: _____	VACOMP_ OUTVACOMP_
95	Sobre cuidados <u>ANTES</u> do parto: Foi feita lavagem intestinal? (1) Sim (2) Não (9) não sabe/não lembra	VLAVINT_
96	Você foi obrigada a fazer raspagem dos pelos pubianos? (1) Sim (2) Não (9) não sabe/não lembra	VRASPEL_
97	Algum profissional rompeu sua bolsa? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/ Não lembra	ROMPB_
98	Alguém deixou de responder alguma dúvida ou pergunta sua durante o trabalho de parto ou acompanhamento pré-natal? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/ Não lembra	VDUV_
99	Algum profissional gritou, xingou, humilhou ou ameaçou você durante o trabalho de parto ou acompanhamento pré-natal? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/ Não lembra	VHUM_
100	Algum profissional repreendeu você por chorar ou gritar durante o trabalho de parto? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/ Não lembra	VREPREND_
101	Algum profissional debochou ou fez piadas de você durante o trabalho de parto ou acompanhamento pré-natal? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/ Não lembra	VPIADA_

102	Você foi abandonada em algum momento sozinha, sem explicações e sem atendimento durante o trabalho de parto? (1) Sim (2) Não (9) Não sei/ Não lembro	VSOZ_____
103	Logo que o bebê nasceu, ainda na sala de parto, você pegou e/ou tocou nele? (1) Sim (2) Não, não deixaram. (3) Não, a criança teve alguma complicação e foi direto encaminhada para atendimento (4) Outro: _____ (5) Não sabe/não lembra	VPELEBEB_____ VPELEBBO_____
104	Você pode amamentar a criança logo após as primeiras horas do parto? (1) Sim (2) Não (3) Não sei/ Não lembro	VAMAPOS_____
105	Você teve COVID-19 durante a gestação? (1) Sim (2) Não	COVIDGEST_
106	SE SIM, teve alguma complicação/sequela relacionada à COVID-19 no parto ou após?	COMPLCOV_
BLOCO D - SAÚDE DA MULHER		
107	Qual foi a idade da sua menarca (primeira menstruação)? __ ANOS (9) Não sabe/não lembra	IDADMENARC_
108	Qual a idade da sexarca (idade da primeira relação sexual)? __ ANOS (9) Não sabe/não lembra	IDADSEX_
110	Durante a sua adolescência, houve ALGUMA conversa sobre mudanças corporais e sexualidade? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	CSEXUAL_
111	SE SIM, Quem conversou com você sobre esses assuntos? (1) Família. Qual membro? _____ (2) Escola (3) Unidade de saúde (4) Amigos (5) Outro: _____	QUEMSEXUAL_ FAMSEX_____ OUTROSEX_____
112	Como você considera a sua saúde? (1) Excelente (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim	AUTOSAUDE_
113	Como você considera a qualidade do seu sono? (1) Excelente (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim	AUTOSONO_
114	Alguma vez na vida você fez exame ginecológico preventivo? (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	EXAMEPAPA_
114a	SE SIM, nos últimos 03 anos você fez pelo menos 01 exame ginecológico preventivo? (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	PAPATRES_
114b	SE SIM, de que forma você soube da necessidade de fazer o exame?	FORMAPAPA_
114c	SE NÃO, por que você não fez o exame ginecológico preventivo?	MOTNAOPAPA_
115	Atualmente, você está grávida? (1) Sim (2) Não	GRAVIDA_____
115a	SE SIM, de quantas semanas? SEMANAS	G2SEM_
116	Você já participou de algum programa de planejamento familiar? (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	PARTPLAN_
117	Algum profissional de saúde já te orientou sobre o uso de métodos contraceptivos (Incluindo instruções de uso, quais as opções existentes, quais os prós e contras de cada método contraceptivo)? (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	ACONMETPRO_
118	Você está satisfeita com o método contraceptivo que utiliza atualmente? (1) Sim (2) Não (3) Não uso atualmente.	SATISFMET_
118a	SE NÃO, porquê não está satisfeita?	INSAMET_

119	Você considera de fácil acesso, pelo SUS, o método contraceptivo que você escolheu utilizar? (1) Sim (2) Não (3) Não uso atualmente.	ACESSUSMET_
120	Algum profissional de saúde já te orientou sobre o que são e como se prevenir de IST's? (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	ACONSIST_
121	Algum profissional de saúde já te orientou acerca da importância de cuidar da sua saúde? Como a importância de manter a higiene íntima, fazer exame citopatológico. (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	ACONSCUID_
Agora vamos falar de alguns aspectos de saúde mental....		
122	Você já teve algum diagnóstico psiquiátrico? (1) Sim (2) Não	DIAPSI_
SE SIM, qual?		
122b	Transtorno Depressivo Maior não relacionada à gestação (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	TDM_
122c	Transtorno Depressivo na Gestação (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	TDG_
122d	Transtorno Depressivo Pós-Parto (excluir última gestação) (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	TDPP_
122e	Transtorno Ansioso (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	TA_
122f	Transtorno Afetivo Bipolar (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	TAB_
122g	Transtorno Esquizoafetivo (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	TE_
122h	Transtorno Obsessivo-compulsivo (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	TOC_
122i	Transtorno de Personalidade (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	TPERS_
122j	TDAH (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro (1) Outro: _____	TDAH_ OUTROTRANS_
123	Você já fez/ faz uso de medicamentos para dormir desde o último parto? (1) Sim, atualmente faço. (2) Sim, já fiz, mas não faço mais. (3) Não (4) Não sei/não lembro	MEDDORM_
124	Você já fez/ faz uso de medicamentos para depressão? (1) Sim, atualmente faço. (2) Sim, já fiz, mas não faço mais. (3) Não (4) Não sei/não lembro	MEDDEPRE_
125	Você tem algum familiar com histórico de transtorno mental? (1) Sim (2) Não (3) Não sei/não lembro	FAMTMC_
126	Você possui algum problema de dependência de substâncias ilícitas? (1) Sim (2) Não	DEPSUBST_
127	SE SIM, faz acompanhamento, seja na UBS ou no CAPS AD? (1) Sim (2) Não	ACOMPcaps_
BLOCO E - SAÚDE DA CRIANÇA		
Agora vamos falar de alguns assuntos relacionados à saúde da criança....		
128	Qual idade ATUAL do seu bebê? ____ m ____ d	IDAB_

129	Qual foi o peso do bebê ao nascer a <u>NASCER</u> ? _____ g (9) Não sei/não lembro	PESNASC _____
130	Qual é o peso <u>ATUAL</u> do bebê? _____ g (9) Não sei/não lembro	PESOATUAL _____
131	Qual foi o comprimento do bebê ao <u>NASCER</u> ? _____ cm (9) Não sei/não lembro	COMPNASC _____
132	Qual é o comprimento <u>ATUAL</u> do seu bebê? _____ cm (9) Não sei/não lembro	COMPATUAL _____
133	O seu bebê nasceu prematuro? (1) Sim (2) Não	PREMAT _____
134	O bebê precisou de internação em unidade neonatal assim que nasceu? (1) Sim (2) Não	UTI _____
134a	SE SIM, por qual motivo? (9) Não sei/não lembro	MOTIVOUTI _____
135	APGAR no 1': _____ (9) Não Sabe/não lembra	APGAR1 _____
136	APGAR no 5': _____ (9) Não Sabe/não lembra	APGAR5 _____
137	O bebê atualmente mama no peito? (1) Sim (2) Não	MAMAPEIT _____
137a	SE NÃO, o bebê, em algum momento mamou no peito? (1) Sim (2) Não	MAMOU _____
137b	SE NÃO MAMOU: Por que não mamou? _____	MOTIVNMAMA _____
137c	SE SIM, Até que idade mamou no peito? ____ ano ____ meses (99) ainda mama	IDADEMAMOU _____
138	O bebê já tomou fórmula infantil como Nan, Milupa, Aptamil, Pregomin? (1) Sim (2) Não	FORM _____
138a	SE SIM, Com que idade ele começou a tomar fórmula? ____ ano ____ meses	IDADFORM _____
Agora eu vou lhe dizer uma lista de alimentos e a Sra. vai me dizer se o bebê já começou a beber/comer. Se ele (a) está recebendo, eu quero saber quando começou?		
139	Água _____ m _____ d. (00) Nunca ingeriu (99) Não sei/não lembro	AGUA _____
140	Leite em pó _____ m _____ d. (00) Nunca ingeriu (99) Não sei/não lembro	LEITEPO _____
141	Leite de vaca _____ m _____ d. (00) Nunca ingeriu (99) Não sei/não lembro	LEITEVAC _____
142	Chá _____ m _____ d. (00) Nunca ingeriu (99) Não sei/não lembro	CHA _____
143	Suco _____ m _____ d. (00) Nunca ingeriu (99) Não sei/não lembro	SUCO _____
144	Refrigerante _____ m _____ d. (00) Nunca ingeriu (99) Não sei/não lembro	REFRI _____
145	Papa de frutas _____ m _____ d. (00) Nunca ingeriu (99) Não sei/não lembro	PAPAFRUT _____
146	Papa salgada _____ m _____ d. (00) Nunca ingeriu (99) Não sei/não lembro	PAPASALG _____
147	Caldos _____ m _____ d. (00) Nunca ingeriu (99) Não sei/não lembro	CALDO _____
148	Sopa _____ m _____ d. (00) Nunca ingeriu (99) Não sei/não lembro	SOPA _____
149	Iogurte _____ m _____ d. (00) Nunca ingeriu (99) Não sei/não lembro	IOGURT _____
150	Bolacha _____ m _____ d. (00) Nunca ingeriu (99) Não sei/não lembro	BOLACH _____
151	Pão _____ m _____ d. (00) Nunca ingeriu (99) Não sei/não lembro	PAO _____
152	Ovo _____ m _____ d. (00) Nunca ingeriu (99) Não sei/não lembro	OVO _____
153	Carne _____ m _____ d. (00) Nunca ingeriu (99) Não sei/não lembro	CARNE _____
154	Massa _____ m _____ d. (00) Nunca ingeriu (99) Não sei/não lembro	MASSA _____
155	Legumes _____ m _____ d. (00) Nunca ingeriu (99) Não sei/não lembro	LEGUM _____
156	Arroz _____ m _____ d. (00) Nunca ingeriu (99) Não sei/não lembro	ARROZ _____
157	Outro? _____ m _____ d. (00) Nunca ingeriu (99) Não sei/não lembro	OUTROAL _____
Sobre as vacinas, o seu bebê já tomou:		
PEÇA PARA VER A CADERNETA DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA		
AO NASCER		
158	BCG ID (1) Sim (2) Não (4) Não sei/não lembro/ sem carteirinha	BCG

159	Hepatite B (1) Sim (2) Não (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	HEPBNASC
<i>AOS 2 MESES (PENTA = Hepatite B + Triplice Bacteriana + Haemophilus Influenzae)</i>		
160	Hepatite B (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	HEPB2
161	DTP/DTPa (Triplice Bacteriana) (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	DTPA2
162	Hib (Haemophilus influenzae) (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	HIB2
163	Rotavírus (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	ROTA2
164	VOP/VIP (Poliomielite) (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	VOP2
165	Pneumocócica conjugada (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	PNEMO2
<i>AOS 3 MESES</i>		
166	Meningocócica conjugada C e ACWY (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/sem carteirinha	MENINGOC3
167	Meningocócica B recombinante (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	MENINGOB3
<i>AOS 4 MESES, REFORÇOU: (PENTA = Hepatite B + Triplice Bacteriana + Haemophilus Influenzae)</i>		
168	Hepatite B (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	HEPB4
169	DTP/DTPa (Triplice Bacteriana) (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	DTPA4
170	Hib (Haemophilus influenzae) (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	HIB4
171	Rotavírus (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	ROTA4
172	VOP/VIP (Poliomielite) (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	VOP4
173	Pneumocócica conjugada (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	PNEUMO4
<i>AOS 5 MESES, REFORÇOU:</i>		
174	Meningocócica conjugada C e ACWY (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/sem carteirinha	MENINGOC5
175	Meningocócica B recombinante (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	MENINGOB5
<i>AOS 6 MESES, REFORÇOU: (PENTA = Hepatite B + Triplice Bacteriana + Haemophilus Influenzae)</i>		
176	Hepatite B (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	HEPATB6
177	DTP/DTPa (Triplice Bacteriana) (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	DTPA6
178	Hib (Haemophilus influenzae) (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	HIB6
179	VOP/VIP (Poliomielite) (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	VOP6
180	Pneumocócica conjugada (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	PNEUMO6
<i>AOS 7-11 MESES</i>		
181	Febre Amarela (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	FEBRE7
<i>AOS 12 MESES, REFORÇOU:</i>		
182	Pneumocócica conjugada (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	PNEUMO12
183	Meningocócica conjugada C e ACWY (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	MENINGOC12
184	Meningocócica B recombinante (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	MENINGOB12
Agora vamos falar sobre a periodicidade de consultas médicas realizadas pelo seu bebê nos 2 primeiros anos de vida....		
185	1 semana (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4)Não sei/não lembro	SEM
186	1 mês (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4)Não sei/não lembro	MES1
187	2 meses (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4)Não sei/não lembro	MES2
188	4 meses (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4)Não sei/não lembro	MES4
189	6 meses (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4)Não sei/não lembro	MES6
190	9 meses (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4)Não sei/não lembro	MES9
191	12 meses (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4)Não sei/não lembro	MES12
192	18 meses (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4)Não sei/não lembro	MES18
193	24 meses (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4)Não sei/não lembro	MES24
Agora vamos falar sobre tempo de tela e desenvolvimento infantil		

194	Atualmente o (a) <NOME DA CRIANÇA> vê televisão ? (0) Não (1) Sim (2) TV está sempre ligada (9) ignorada <i>SE NÃO OU IGNORADO, ir para a questão 198</i>	TV ____
194a	<i>SE SIM, A partir de qual idade <NOME DA CRIANÇA> começou a ver televisão? ____ (meses)</i>	IDATV ____
194b	Quais os programas/ desenhos que o (a) <NOME DA CRIANÇA> assiste na TELEVISÃO? (assinalar todos que a criança assiste) 1. _____ 2. _____ 3. _____	PROTV1 ____ PROTV2 ____ PROTV3 ____
195	Quanto tempo<NOME DA CRIANÇA> vê televisão pela manhã? ____ minutos	TPTVM ____
196	Quanto tempo <NOME DA CRIANÇA> vê televisão pela tarde? ____ minutos	TPTVT ____
197	Quanto tempo<NOME DA CRIANÇA> vê televisão pela noite? ____ minutos	TPTVN ____
198	Atualmente o (a) <NOME DA CRIANÇA> usa celular, tablets/ipad, computador? (0) Não (1) Sim (9) ignorada <i>SE NÃO OU IGNORADO, ir para a questão 198</i>	DISP ____
198a	<i>SE SIM, A partir de qual idade <NOME DA CRIANÇA> começou a usar esses dispositivos? ____ (meses)</i>	IDADISP ____
198b	Quais os programas/ desenhos que o (a) <NOME DA CRIANÇA> assiste nesses dispositivos? (assinalar todos que a criança assiste) 1. _____ 2. _____ 3. _____	PRODISP1 ____ PRODISP2 ____ PRODISP3 ____
199	Quanto tempo<NOME DA CRIANÇA> usa esses dispositivos pela manhã? ____ minutos	TPDISPM ____
200	Quanto tempo <NOME DA CRIANÇA> usa esses dispositivos pela tarde? ____ minutos	TPDISPT ____
201	Quanto tempo<NOME DA CRIANÇA> usa esses dispositivos pela noite? ____ minutos	TPDISPN ____
FICHA DE ACOMPANHAMENTO DESENVOLVIMENTO INFANTIL		
	Com quantos meses o seu filho começou a <i>(PEÇA PARA MÃE A CARTEIRINHA PARA CONFIRMAR ALGUNS ITENS SE POSSÍVEL, SE NÃO PERGUNTE PARA MÃE)</i> ATÉ OS SEIS MESES	
202	Postura barriga para cima, pernas e braços fletidos, cabeça lateralizada) ____ (meses) (99) não sabe/sem informação	FLEX ____
203	Olha para a pessoa que a observa ____ (meses) (99) não sabe/sem informação	OBS ____
204	Reage ao som, procura com os olhos ou muda de expressão ____ (meses) (99) não sabe/sem informação	SOMO ____
205	Com a criança de barriga para baixo, ela eleva a cabeça ____ (meses) (99) não sabe/sem informação	ELEVC ____
206	Sorri quando estimulada ____ (meses) (99) não sabe/sem informação	SORSOC ____
207	Abre as mãos espontaneamente em alguns momentos ____ (meses) (99) não sabe/sem informação	ABREMS ____

208	Emite sons, que não seja choro _____ (meses) (99) não sabe/sem informação	SONS _____
209	Movimenta os braços e pernas _____ (meses) (99) não sabe/sem informação	MOVMM _____
210	Responde ao contato social _____ (meses) (99) não sabe/sem informação	SOCIAL _____
211	Segura objetos _____ (meses) (99) não sabe/sem informação	SEGOBJ _____
212	Emite sons, como gugu, eeeee ou emite gargalhadas (ri alto) _____ (meses) (99) não sabe/sem informação	RIALTO _____
213	De barriga para baixo, levanta a cabeça e apoia-se nos antebraços _____ (meses) (99) não sabe/sem informação	SUSTCAB _____
214	Busca ativa de objetos _____ (meses) (99) não sabe/sem informação	BUSCOBJ _____
215	Leva objetos a boca _____ (meses) (99) não sabe/sem informação	OBJBOCA _____
216	Localiza som, virando a cabeça _____ (meses) (99) não sabe/sem informação	SOMCAB _____
217	Rola (muda de posição) _____ (meses) (99) não sabe/sem informação	ROLA _____
6 MESES – 1 ANO E 6 MESES		
218	Brinca de esconde-achou _____ (meses) (99) não sabe/sem informação	ESCACH _____
219	Transfere objeto de uma mão para outra _____ (meses) (99) não sabe/sem informação	TROCAM _____
220	Duplica sílabas (mama, dada, papa) _____ (meses) (99) não sabe/sem informação	DUPSIL _____
221	Senta-se sem apoio _____ (meses) (99) não sabe/sem informação	SENTA _____
222	Imita gestos (tchau, bater palmas) _____ (meses) (99) não sabe/sem informação	TCHAU _____
223	Faz movimento de pinça (pega um objeto pequeno com movimento de pinça) _____ (meses) (99) não sabe/sem informação	PINCA _____
224	Produz conversas consigo mesma (incompreensível) _____ (meses) (99) não sabe/sem informação	CONVER _____
225	Anda com apoio _____ (meses) (99) não sabe/sem informação	ANDAAP _____
226	Mostra o que quer _____ (meses) (99) não sabe/sem informação	MOSTRA _____
227	Coloca blocos na caneca (objetos dentro de outros) _____ (meses) (99) não sabe/sem informação	OBJDENT _____
228	Diz uma palavra _____ (meses) (99) não sabe/sem informação	UMAPALA _____
229	Anda sem apoio _____ (meses) (99) não sabe/sem informação	ANDASOZ _____
230	Usa colher ou garfo (derramando pouco) _____ (meses) (99) não sabe/sem informação	TALHER _____
231	Constrói torres com 2 cubos _____ (meses) (99) não sabe/sem informação	TORRE2C _____
232	Fala 3 palavras _____ (meses) (99) não sabe/sem informação	TRESPALA _____
233	Anda para trás _____ (meses) (99) não sabe/sem informação	ANDATRAS _____
1 ANO E MEIO – 2 ANOS		
234	Tira a roupa (sapato, casacos, calça) _____ (meses) (99) não sabe/sem informação	TIRAROUN _____
235	Constrói torre com 3 cubos _____ (meses) (99) não sabe/sem informação	TORRE3C _____
236	Aponta 2 figuras (reconhece) _____ (meses) (99) não sabe/sem informação	APONT2F _____
237	Chuta bola sem apoio _____ (meses) (99) não sabe/sem informação	CHUTA _____
Responda as questões abaixo sobre comportamento do seu filho(a)		
CRIANÇAS COM IDADE MAIOR IGUAL 16 MESES <i>SE NÃO FOR UM COMPORTAMENTO FREQUENTE A RESPOSTA É NÃO</i> (M-CHAT-R/F)TM		
238	Se você apontar para algum objeto no quarto, o seu filho(a) olha para este objeto? (POR EXEMPLO, se você apontar para um brinquedo ou animal, o seu filho(a) olha para o brinquedo ou para o animal?) (0) Sim (1) Não (9) Ignorado	OBJAPONT _____
239	Alguma vez você se perguntou se o seu filho(a) pode ser surdo? (0) Sim (1) Não (9) Ignorado	DIFAUD _____
240	O seu filho (a) brinca de faz de contas? (POR EXEMPLO, faz de conta que bebe em um copo vazio, faz de conta que fala ao telefone, faz de conta que dá comida a uma boneca ou a um bichinho de pelúcia?) (0) Sim (1) Não (9) Ignorado	FAZCONT _____

241	O seu filho(a) gosta de subir nas coisas? <i>(POR EXEMPLO, móveis, brinquedos em parques ou escadas)</i> (0) Sim (1) Não (9) Ignorado	SUBIR _____
242	O seu filho faz movimentos estranhos com os dedos perto dos olhos? <i>(POR EXEMPLO, mexe os dedos em frente aos olhos e fica olhando para os mesmos?)</i> (0) Sim (1) Não (9) Ignorado	MOVOLH _____
243	O seu filho aponta com o dedo para mostrar algo interessante para você? <i>(POR EXEMPLO, aponta para um avião no céu ou um caminhão grande na rua)</i> (0) Sim (1) Não (9) Ignorado	DEDOAP _____
244	O seu filho se interessa por outras crianças? <i>(POR EXEMPLO, seu filho olha para outras crianças, sorri para elas ou se aproxima delas?)</i> (0) Sim (1) Não (9) Ignorado	OUTCRIAN _____
245	O seu filho traz coisas para mostrar para você ou as segura para que você as veja - não para conseguir ajuda, mas apenas para compartilhar? <i>(POR EXEMPLO, para mostrar uma flor, um bichinho de pelúcia ou um caminhão de brinquedo)</i> (0) Sim (1) Não (9) Ignorado	COMPCOISA _____
246	O seu filho responde quando você o chama pelo nome? <i>(POR EXEMPLO, ele olha para você, fala ou emite algum som, ou para o que está fazendo quando você o chama pelo nome?)</i> (0) Sim (1) Não (9) Ignorado	RESPNOM _____
247	Quando você sorri para o seu filho, ele sorri de volta para você? (0) Sim (1) Não (9) Ignorado	SORRIV _____
248	O seu filho fica muito incomodado com barulhos do dia a dia? <i>(POR EXEMPLO, seu filho grita ou chora ao ouvir barulhos como os de liquidificador ou de música alta?)</i> (0) Sim (1) Não (9) Ignorado	BARULHO _____
249	O seu filho anda? (0) Sim (1) Não (9) Ignorado	ANDA _____
250	O seu filho olha nos seus olhos quando você está falando ou brincando com ele, ou vestindo a roupa dele? (0) Sim (1) Não (9) Ignorado	OLHAOL _____
251	O seu filho tenta imitar o que você faz? <i>(POR EXEMPLO, quando você dá tchau, ou bate palmas, ou joga um beijo, ele repete o que você faz?)</i> (0) Sim (1) Não (9) Ignorado	IMITA _____
252	Quando você vira a cabeça para olhar para alguma coisa, o seu filho olha ao redor para ver o que você está olhando? (0) Sim (1) Não (9) Ignorado	OLHARED _____
253	O seu filho tenta fazer você olhar para ele? <i>(POR EXEMPLO, o seu filho olha para você para ser elogiado/aplaudido, ou diz: "olha mãe!" ou "ôh mãe!")</i> (0) Sim (1) Não (9) Ignorado	ELOGIO _____
254	O seu filho compreende quando você pede para ele fazer alguma coisa? <i>(POR EXEMPLO, se você não apontar, o seu filho entende quando você pede: "coloca o copo na mesa" ou "liga a televisão")?</i> (0) Sim (1) Não (9) Ignorado	ENTENDE _____
255	Quando acontece algo novo, o seu filho olha para o seu rosto para ver como você se sente sobre o que aconteceu? <i>(POR EXEMPLO, se ele ouve um barulho estranho ou vê algo engraçado, será que ele olharia para seu rosto?)</i> (0) Sim (1) Não (9) Ignorado	ALGNOVO _____
256	O seu filho gosta de atividades de movimento? <i>(POR EXEMPLO, ser balançado ou pular em seus joelhos)</i> (0) Sim (1) Não (9) Ignorado	ATIVMOV _____

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - CAMPUS PASSO FUNDO – RS		
Título da pesquisa: Saúde da mulher e da criança no ciclo gravídico-puerperal em usuárias do Sistema Único de Saúde.		
ID do Questionário	NQUES ____	
Nº do entrevistador(a)		
Data da entrevista: ____/____/____		
Local da entrevista: (1) UBS São Luiz Gonzaga (2) UBS Donária/Santa Marta (3) UBS São José (4) UBS Parque Farroupilha	LOCAL ____	
ESCALA AUTOAPLICADA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDIMBURGO (EPDS)		
Você teve um bebê há pouco tempo e gostaríamos de saber como você está e sentindo nos ÚLTIMOS SETE DIAS...		
1	Eu tenho me sentido capaz de rir e achar graça das coisas (0) Como eu sempre fiz (1) Não tanto quanto antes (2) Sem dúvida, menos que antes (3) De jeito nenhum	RIR__
2	Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer no meu dia-a-dia. (0) Como sempre senti (1) Talvez, menos que antes (2) Com certeza menos (3) De jeito nenhum	PRA__
3	Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem errado (3) Sim, na maioria das vezes (2) Sim, algumas vezes (1) Não muitas vezes (0) Não, nenhuma vez	CUL__
4	Eu tenho me sentindo ansiosa ou preocupada sem uma boa razão (0) Não, de maneira alguma (1) Pouquíssimas vezes (2) Sim, algumas vezes (3) Sim, muitas vezes	ANS__
5	Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo (3) Sim, muitas vezes (2) Sim, algumas vezes (1) Não muitas vezes (0) Não, nenhuma vez	PAN__
6	Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia (3) Sim, na maioria dos dias não consigo lidar bem com eles (2) Sim. Algumas vezes não consigo lidar tão bem quanto antes (1) Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles (0) Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes	ESM__
7	Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho dificuldade para dormir (3) Sim, na maioria das vezes (2) Sim, algumas vezes (1) Não muitas vezes (0) Não, nenhuma vez	DOR__
8	Eu tenho me sentido triste ou arrasada (3) Sim, na maioria das vezes (2) Sim, algumas vezes (1) Não muitas vezes (0) Não, nenhuma vez	TRI__
9	Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho chorado (3) Sim, quase o tempo todo (2) Sim, muitas vezes (1) De vez em quando (0) Não, nenhuma vez	CHO__
10	A ideia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça (3) Sim, muitas vezes, ultimamente (2) Algumas vezes nos últimos dias (1) Pouquíssimas vezes, ultimamente (0) Nenhuma vez	MAL__

2.1.12 ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL EM USUÁRIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Pesquisador: SHANA GINAR DA SILVA

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 62903222.8.0000.5564

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.871.168

Apresentação do Projeto:

A Emenda trata do pedido para o aumento do tamanho amostral e da inclusão de novas variáveis no instrumento de coleta de dados.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Avaliar indicadores de saúde materna e infantil no ciclo gravídico-puerperal em usuárias do Sistema Único de Saúde, assim como os fatores sociodemográficos, clínicos e comportamentais associados.

Objetivo Secundário:

- Avaliar a prevalência de adequação da assistência pré-natal, assim como a relação entre assistência adequada com características maternas (idade, escolaridade e cor da pele) e do recém-nascido (peso ao nascer e idade gestacional).

- Estimar a proporção de mulheres que realizam aleitamento materno exclusivo.

- Investigar a ocorrência de morbidades maternas como diabetes gestacional e pré-eclâmpsia. -Avaliar a prevalência de realização do rastreio para câncer de mama e de colo de útero.

- Avaliar a cobertura vacinal no ciclo gravídico puerperal.

- Investigar fatores relacionados ao planejamento familiar.

- Estimar a prevalência de hábitos de vida como tabagismo, álcool e prática de atividade no

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar

Bairro: Área Rural

CEP: 89.815-899

UF: SC

Município: CHAPECÓ

Telefone: (49)2049-3745

E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 6.871.168

lazer.

- Estimar a prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares.
- Estimar a proporção de violência obstétrica que possa ter ocorrido durante o ciclo gravídico-puerperal em mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde.
- Estimar a proporção de depressão pós-parto na amostra analisada.
- Estimar a proporção do uso excessivo de tempo de tela e a associação dessa exposição com o desenvolvimento infantil da criança.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Em posse do termo de ciência e concordância por parte da Secretaria Municipal de Saúde de Passo Fundo, o projeto será enviado para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFFS (CEP -UFFS), conforme resolução 466/2012. A pesquisa iniciará somente após a aprovação por este comitê. As participantes que se enquadrarem nos critérios de inclusão do estudo serão convidadas a participar da pesquisa. Caso houver o aceite das mesmas, as participantes de idade 17 anos, deverão assinar o Termo de Assentimento para os menores alfabetizados e os pais ou responsáveis o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos pais ou responsáveis consentindo a participação dos menores. E as participantes com idade ≥ 18 anos deverão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Esses documentos devem ser assinados voluntariamente, em duas vias, onde uma via ficará com o participante e a outra com a pesquisadora. Os participantes terão o direito de retirar seu consentimento a qualquer momento da pesquisa, sem qualquer penalidade. O usuário que escolher não participar do estudo não sofrerá qualquer restrição e seu atendimento no serviço será mantido. Em relação aos participantes, os princípios éticos serão assegurados por meio de participação no estudo somente após leitura e assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido e de Assentimento, de garantir o direito de não participar na pesquisa sem prejuízo do atendimento na ESF e da desistência em qualquer fase do estudo, além de garantir o sigilo sobre os dados coletados, de forma a preservar a identificação dos participantes. Quanto aos riscos, há o risco de exposição acidental da identificação das participantes. Visando minimizar esse risco, e para garantir o sigilo e a privacidade dos participantes, os dados de identificação do participante serão substituídos por um número nos instrumentos de coleta de dados. Caso haja quebra de sigilo, e vazamento de informações o estudo será interrompido, a participante será informada sobre o ocorrido, assim como o local de coleta de dados (UBS e SMS). Ainda, há

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar

Bairro: Área Rural

CEP: 89.815-899

UF: SC

Município: CHAPECÓ

Telefone: (49)2049-3745

E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 6.871.168

o risco emocional e de constrangimento. De modo a minimizar esse risco, a entrevista será realizada em local reservado garantindo a privacidade da participante. Além disso, a participante será informada que poderá interromper e deixar de responder qualquer pergunta do questionário de pesquisa e, caso seja necessário, poderá ser encaminhada para atendimento psicológico na rede de saúde.

Benefícios:

Como principal benefício, a partir do decorrer da entrevista será possível que a participante identifique e reconheça as principais práticas de promoção, cuidado e atenção à saúde materna e infantil. Além disso, a comunidade poderá ser indiretamente beneficiada, pois através das informações obtidas, será possível identificar e discutir ações para validar leis e políticas públicas, no âmbito do SUS, na Atenção Básica, que proponham ações educativas para a troca de saberes entre os profissionais de saúde e mulheres, para esclarecimento de dúvidas, críticas e promoção da saúde, sendo possível repensar nas estratégias de assistência ao pré-natal e a saúde materna e infantil. A devolutiva dos resultados da pesquisa para as instituições envolvidas por meio da entrega de uma cópia física impressa em papel das publicações científicas, como por exemplo, artigos em revistas e resumos em anais de eventos nos quais serão divulgados os resultados do projeto. Para as participantes a devolutiva será a partir de cartilhas informativas sobre os temas abordados. Os dados físicos serão armazenados em local seguro e privativo em sala específica na UFFS, Campus Passo Fundo, sala 014, destinada aos trabalhos científicos, por cinco anos e posterior a isso serão destruídos através de incineração. Os arquivos digitais serão armazenados no computador da pesquisadora responsável, com login e senha, de acesso restrito, e após os cinco anos de armazenamento os arquivos serão deletados de forma permanente (esvaziamento da lixeira do computador).

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O pedido de Emenda trata do aumento do tamanho amostral e da inclusão de novas variáveis no instrumento de coleta de dados com a justificativa de que, para alguns dos desfechos avaliados, em especial aqueles de menor prevalência, o tamanho amostral inicialmente estimado não teve poder estatístico na análise das associações realizadas.

Levando em conta os resultados já alcançados durante o estudo, a ampliação é necessária para aumentar a precisão estatística e o poder do estudo. Os resultados preliminares indicam que a amostra atual pode não capturar adequadamente toda a gama de variação presente na

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECÓ
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 6.871.168

população-alvo. Ao aumentar o tamanho da amostra, busca-se reduzir o efeito dessa variabilidade, proporcionando estimativas mais precisas dos parâmetros de interesse.

Quanto a inclusão das novas variáveis, o tempo de tela se tornou uma preocupação crescente no que diz respeito ao desenvolvimento infantil. O uso excessivo pode acarretar uma série de consequências negativas para as crianças, sendo associado a problemas de saúde física e mental, como obesidade, distúrbios do sono, ansiedade e depressão. Além disso, pode interferir no desenvolvimento cognitivo, social e emocional das crianças, limitando suas habilidades de interação social, comunicação e imaginação. Portanto, é indiscutível a importância de estudar e compreender os impactos do tempo de tela no desenvolvimento infantil. Ao compreender melhor os efeitos do tempo de tela, pode-se tomar medidas proativas para mitigar os impactos negativos. Todas as modificações, tanto no instrumento como no corpo do texto estão detalhadas na nova versão do projeto, e estão transcritas a seguir:

1. Novo cálculo de tamanho amostral:

A definição do novo cálculo amostral, para este estudo, foi realizada em duas etapas: (a) inicialmente foi realizado um cálculo para estudo de prevalência considerando os seguintes parâmetros: (1) prevalência esperada de 20%; (2) margem de erro de 5 pontos percentuais. Em uma segunda etapa, para o (b) estudo de associação entre desfecho e exposição de interesse foram adotados os seguintes critérios: (1) nível de confiança de 95%; (2) frequência esperada do desfecho em não expostos de 10% (3) poder de 80% considerando uma razão de expostos/não expostos=1,5, e RP de 2. No estudo de associações, foi adicionado um aumento de 15% para perdas e recusas, e para controle de possíveis fatores de confusão. Assim, o maior tamanho de amostra necessário para o estudo foi de n=455 participantes.

2. Variáveis adicionadas no estudo:

Bloco G do instrumento de coletas

¿ Variáveis sobre desenvolvimento infantil

¿ Variáveis sobre uso de tela

¿ Variáveis sobre história médica pregressa das crianças

3. Inclusão de objetivo e hipótese para as novas variáveis incluídas: Estimar a proporção do uso

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar

Bairro: Área Rural

CEP: 89.815-899

UF: SC

Município: CHAPECO

Telefone: (49)2049-3745

E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 6.871.168

excessivo de tempo de tela e a associação dessa exposição com o desenvolvimento infantil da criança. A proporção do uso de tempo de tela excessivo será alta na amostra e essa exposição estará associada a um atraso no desenvolvimento infantil da criança.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos sem alterações. Nada a declarar

Folha de rosto: adequado

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ONDE SERÃO COLETADOS OS DADOS: adequado

TCLE - Termo de consentimento livre e esclarecido (para maiores de 18 anos) adequado

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PAIS E RESPONSÁVEIS LEGAIS -

IDADE 17 ANOS: adequado

Recomendações:

Nada a declarar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Não há pendências e/ou inadequações éticas, baseando-se nas Resoluções 466/2012 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde, e demais normativas complementares. Logo, uma vez que foram procedidas pelo/a pesquisador/a responsável todas as correções apontadas pelo parecer consubstanciado de número 4.097.470, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP/UFFS) julga o protocolo de pesquisa adequado para, a partir da data deste novo parecer consubstanciado, agora de APROVAÇÃO, iniciar as etapas de coleta de dados e/ou qualquer outra que pressuponha contato com os/as participantes.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador(a)

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar

Bairro: Área Rural

CEP: 89.815-899

UF: SC

Município: CHAPECÓ

Telefone: (49)2049-3745

E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 6.871.168

A partir desse momento o CEP passa a ser corresponsável, em termos éticos, do seu projeto de pesquisa e vide artigo X.3.9. da Resolução 466 de 12/12/2012.

Fique atento(a) para as suas obrigações junto a este CEP ao longo da realização da sua pesquisa. Tenha em mente a Resolução CNS 466 de 12/12/2012, a Norma Operacional CNS 001/2013 e o Capítulo III da Resolução CNS 251/1997. A página do CEP/UFFS apresenta alguns pontos no documento "Deveres do Pesquisador".

Lembre-se que:

1. No prazo máximo de 6 meses, a contar da emissão deste parecer consubstanciado, deverá ser enviado um relatório parcial a este CEP (via NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil) referindo em que fase do projeto a pesquisa se encontra. Veja modelo na página do CEP/UFFS. Um novo relatório parcial deverá ser enviado a cada 6 meses, até que seja enviado o relatório final.
2. Qualquer alteração que ocorra no decorrer da execução do seu projeto e que não tenha sido prevista deve ser imediatamente comunicada ao CEP por meio de EMENDA, na Plataforma Brasil. O não cumprimento desta determinação acarretará na suspensão ética do seu projeto.
3. Ao final da pesquisa deverá ser encaminhado o relatório final por meio de NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil. Deverá ser anexado comprovação de publicização dos resultados. Veja modelo na página do CEP/UFFS.

Em caso de dúvida:

Contate o CEP/UFFS: (49) 2049-3745 (8:00 às 12:00 e 14:00 às 17:00) ou cep.uffs@uffs.edu.br;

Contate a Plataforma Brasil pelo telefone 136, opção 8 e opção 9, solicitando ao atendente suporte Plataforma Brasil das 08h às 20h, de segunda a sexta;

Contate a "central de suporte" da Plataforma Brasil, clicando no ícone no canto superior direito da página eletrônica da Plataforma Brasil. O atendimento é online.

Boa pesquisa!

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2356445_E1.pdf	04/06/2024 11:17:52		Aceito
Outros	Emenda_PSMC_junho2024.pdf	04/06/2024	SHANA GINAR DA	Aceito

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar

Bairro: Área Rural

CEP: 89.815-899

UF: SC

Município: CHAPECÓ

Telefone: (49)2049-3745

E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS**



Continuação do Parecer: 6.871.168

Outros	Emenda_PSMC_junho2024.pdf	11:16:54	SILVA	Aceito
Outros	QUES_SMCemenda_JUN24.pdf	04/06/2024 11:15:38	SHANA GINAR DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoSMC_emenda_jun2024.pdf	04/06/2024 11:14:38	SHANA GINAR DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Saude_Mulher_e_da_Crianca.p df	01/11/2022 10:38:03	NATASHA CECILIA SILVA VILELA	Aceito
Outros	Anexo_Carta_Pendencias.pdf	01/11/2022 10:37:39	NATASHA CECILIA SILVA VILELA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PAIS_E_RESPONSAVEIS_modif icado.pdf	12/10/2022 13:00:49	NATASHA CECILIA SILVA VILELA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_modificado.pdf	12/10/2022 13:00:38	NATASHA CECILIA SILVA VILELA	Aceito
Outros	Instrumento_de_Coleta_de_Dados.pdf	12/10/2022 13:00:07	NATASHA CECILIA SILVA VILELA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	02/09/2022 08:46:07	NATASHA CECILIA SILVA VILELA	Aceito
Declaração de concordância	Autorizacao_Pesquisa_SMS.pdf	01/09/2022 17:45:49	SHANA GINAR DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE.pdf	01/09/2022 17:42:34	SHANA GINAR DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CHAPECO, 06 de Junho de 2024

**Assinado por:
Izabel Aparecida Soares
(Coordenador(a))**

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br

2.2 RELATÓRIO DE PESQUISA

O presente relatório tem como objetivo detalhar as atividades desenvolvidas no componente curricular Trabalho de Curso II, cursado no semestre letivo de 2025/2, relacionado ao projeto de pesquisa intitulado “Hora de Ouro: prevalência e fatores relacionados ao primeiro contato da mãe com o bebê em usuárias do Sistema Único de Saúde”. O objetivo deste estudo é analisar e descrever a prevalência de fatores sociodemográficos e clínicos relacionados a hora de ouro em usuárias do Sistema Único de Saúde.

O projeto de pesquisa foi realizado na vigência do componente curricular de Trabalho de Curso I, durante o quinto semestre do curso de medicina na Universidade Federal da Fronteira Sul - campus Passo Fundo, sob a orientação da Professora Doutora Shana Ginar da Silva. Trata-se de um recorte do projeto “guarda-chuva” intitulado *Saúde da mulher e da criança no ciclo gravídico-puerperal em usuárias do Sistema Único de Saúde*, cuja aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos foi realizada sob o número de parecer 6.871.168 (Anexo B).

Os dados foram coletados por meio da aplicação de um questionário desenvolvido para o projeto guarda-chuva, conforme anexo A, por estudantes do curso previamente capacitados. A coleta de dados foi realizada na Rede Urbana de Atenção Primária à Saúde de Passo Fundo, especificamente nas Unidades Básicas de Saúde Parque Farroupilha, São Luiz Gonzaga, São José, Santa Marta e Donária, cenários de prática do curso de medicina da UFFS - Passo Fundo. Os critérios de inclusão abrangeram mulheres com idade igual ou superior a 12 anos com filhos de até dois 2 anos de idade em acompanhamento de puericultura nos territórios mencionados, desde que não fossem detentoras de problemas de cognição que as impedissem de responder ao questionário.

A seleção de participantes foi do tipo não probabilística, e todas as mulheres em acompanhamento nas respectivas Unidades Básicas de Saúde e que atenderam aos critérios de inclusão foram convidadas a participar do estudo. O presente estudo incluiu duas etapas de coleta de dados sendo a primeira etapa realizada no período de dezembro de 2022 a agosto de 2023, e a segunda etapa, de ampliação do tamanho da amostra, foi realizada de junho a dezembro de 2024. A estimativa inicial de 455 participantes não foi alcançada devido à saturação dos dados nas Unidades Básicas de Saúde inicialmente selecionadas. A acadêmica e autora do presente trabalho, ainda antes de escrevê-lo, já atuava como voluntária na coleta de dados. Ao todo, considerando as duas etapas de coleta de dados, 382 entrevistas foram realizadas, sendo 378 respondidas exclusivamente pelas mães e 4 por pais ou outros

responsáveis. O número total de informações referentes às crianças foi de 392, incluindo 5 pares de gêmeos presentes na amostra inicial. Para o presente recorte analítico, os casos de gemelaridade não foram considerados, a fim de evitar dependência entre as observações. Assim, a análise foi conduzida com $n = 377$, considerando apenas os questionários respondidos pela mãe e que apresentavam informações completas tanto maternas quanto da criança. Foram excluídos questionários de mulheres com deficiência cognitiva que as impedisse de consentir a participação na pesquisa, questionários com informações insuficientes para a análise e respostas com dados ausentes para o desfecho de interesse.

As variáveis relacionadas ao início do pré-natal, número de consultas, aleitamento materno precoce enquanto uma orientação recebida durante o pré-natal, satisfação materna com o parto e aleitamento materno precoce, embora previstas no projeto inicial, não foram incluídas nas análises, considerando a temporalidade em relação ao desfecho principal investigado. O suporte da equipe de saúde durante o parto, também previsto como objetivo do estudo, não foi avaliado no presente delineamento, configurando-se como uma limitação metodológica.

Por outro lado, o escore de Apgar no 1º minuto, embora não previsto inicialmente, foi incluído nas análises por sua relevância clínica e possível influência sobre a realização do contato pele a pele.

Os dados foram duplamente digitados e validados e a análise estatística incluiu a descrição da amostra, verificação da prevalência do desfecho de interesse com intervalo de confiança de 95% (IC95). Foi analisada, ainda, a sua distribuição conforme as variáveis preditoras (fatores sociodemográficos, comportamentais e clínicos), com teste qui-quadrado admitindo-se erro α de 5%, sendo significativos valores $p < 0,05\%$.

Embora o projeto inicial previsse análises descritivas e bivariadas, optou-se por incorporar análises ajustadas por regressão multivariável ao longo do desenvolvimento do estudo. Essa inclusão decorreu da necessidade de estimar associações independentes entre as variáveis investigadas e o contato pele a pele na primeira hora de vida, considerando o potencial efeito de confundimento entre características sociodemográficas, obstétricas e neonatais. Em estudos observacionais transversais, fatores como idade materna, escolaridade, renda, tipo de parto e condições clínicas podem estar inter-relacionados, influenciando simultaneamente a exposição e o desfecho. Assim, a análise ajustada permitiu maior robustez metodológica, refinamento interpretativo dos achados e produção de evidências mais consistentes acerca dos determinantes associados ao contato pele a pele no período neonatal imediato.

Ao final dessa etapa, foi realizada a redação do artigo científico entre os meses de março a julho de 2026, em vigência do CCR de Trabalho de Curso III. O artigo tem como título “Hora

de Ouro: prevalência e fatores relacionados ao primeiro contato da mãe com o bebê em usuárias do Sistema Único de Saúde”, e foi redigido de acordo com o formato proposto pela “Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil”, no qual pretende-se publicá-lo (disponível em: < <https://www.rbsmi.org.br/> >).

3 ARTIGO CIENTÍFICO

HORA DE OURO: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO PRIMEIRO CONTATO PELE A PELE DA MÃE COM O BEBÊ EM USUÁRIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

GOLDEN HOUR: PREVALENCE AND ASSOCIATED FACTORS OF THE FIRST SKIN-TO-SKIN CONTACT BETWEEN MOTHER AND BABY IN USERS OF THE BRAZILIAN UNIFIED HEALTH SYSTEM

Isabel Benevides Frossard¹
frossardisabel@gmail.com

Shana Ginar da Silva²
shana.silva@uffs.edu.br

^{1,2}Universidade Federal da Fronteira Sul. Rua Capitão Araújo, 20. Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil. CEP: 99.010-200.

¹Acadêmica curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul - campus Passo Fundo, RS. Bolsista de Iniciação Científica CNPq.

²Docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências Biomédicas (PPGCB), dos Programas de Residência Médica e Multiprofissional em Saúde e do Curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo, RS.

RESUMO

Objetivo: Estimar a prevalência da hora de ouro, assim como os fatores sociodemográficos e clínicos associados ao primeiro contato pele a pele da mãe com o bebê, em usuárias do Sistema Único de Saúde. **Métodos:** Estudo transversal realizado entre dezembro de 2022 a dezembro de 2024 com mulheres de idade igual ou superior a 12 anos e filhos de até dois anos de idade, em acompanhamento de puericultura em cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Passo Fundo, RS. Os dados foram coletados por entrevistas face a face nas dependências de cada UBS. O desfecho foi a prevalência da hora de ouro, caracterizada pelo contato pele a pele da mãe com o bebê na primeira hora após o nascimento. Foram avaliados como exposições variáveis sociodemográficas, comportamentais e clínicas. Para análise dos dados utilizou-se estatística descritiva (n, %), teste do qui-quadrado para análises bivariadas e regressão de Poisson com variância robusta para as estimativas de razões de prevalência (RP) bruta e

ajustada com os respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). O nível de significância estatística adotado foi de 5%. **Resultados:** Foram incluídos 377 binômios mãe-bebê. A prevalência do contato pele a pele na primeira hora de vida foi de 79% (IC95%: 74,0–83,0). Após ajuste, permaneceram associados ao desfecho: cor da pele materna preta, parda, indígena ou amarela ($p=0,039$), número de filhos ≥ 2 ($p=0,009$), parto vaginal ($p<0,001$) e escore Apgar 1º minuto ≥ 7 ($p=0,032$). **Conclusões:** A prevalência do contato pele a pele na primeira hora de vida foi elevada na população estudada e esteve associada a fatores sociodemográficos e clínicos, especialmente características maternas e condições do parto e do recém-nascido. Os achados reforçam a necessidade de qualificação da assistência ao parto e nascimento, com ênfase na adoção de práticas que favoreçam o contato precoce entre mãe e bebê.

Palavras chaves: Saúde materno-infantil; sistema único de saúde; fatores sociodemográficos; parto humanizado; cuidado pré-natal.

ABSTRACT

Objective: To estimate the prevalence of the Golden Hour, as well as the sociodemographic and clinical factors associated with the first skin-to-skin contact between mother and baby, among users of the Brazilian Unified Health System. **Methods:** This cross-sectional study was conducted from December 2022 to December 2024 with women aged 12 years or older and children up to two years of age, who were receiving childcare follow-up at five Basic Health Units (UBS) in Passo Fundo, RS. Data were collected through face-to-face interviews at each UBS. The outcome was the prevalence of the Golden Hour, characterized by skin-to-skin contact between mother and baby in the first hour after birth. Sociodemographic, behavioral, and clinical variables were evaluated as exposures. Data analysis included descriptive statistics (n, %), chi-square test for bivariate analyses, and Poisson regression with robust variance to estimate crude and adjusted prevalence ratios (PR) with their respective 95% confidence intervals (95%CI). The statistical significance level adopted was 5%. **Results:** A total of 377 mother-baby dyads were included. The prevalence of skin-to-skin contact in the first hour of life was 79% (95%CI: 74.0–83.0). After adjustment, the following factors remained associated with the outcome: maternal skin color black, brown, indigenous, or yellow ($p=0.039$), number of children ≥ 2 ($p=0.009$), vaginal delivery ($p<0.001$), and Apgar score at 1st minute ≥ 7 ($p=0.032$). **Conclusions:** The prevalence of skin-to-skin contact in the first hour of life was high in the studied population and was associated with sociodemographic and clinical factors, especially maternal characteristics and conditions related to delivery and the newborn. The

findings reinforce the need to improve care during labor and birth, with emphasis on adopting practices that favor early contact between mother and baby.

Keywords: Maternal and child health; public health system; sociodemographic factors; respectful maternity care; prenatal care.

INTRODUÇÃO

A hora de ouro, ou *golden hour*, corresponde aos primeiros 60 minutos de vida do recém-nascido após o parto, período considerado crítico para a adaptação fisiológica à vida extrauterina e para o estabelecimento do vínculo materno-infantil. Nesse intervalo, ocorrem rápidas e complexas transições nos sistemas cardiovascular, respiratório, metabólico e imunológico do neonato, fundamentais para sua estabilização e sobrevivência. Esse momento inicial não deve ser compreendido apenas como uma unidade temporal, mas como uma janela biológica singular, na qual intervenções adequadas podem repercutir positivamente nos desfechos maternos e neonatais a curto e longo prazo¹.

Entre as práticas centrais da hora de ouro, destaca-se o contato pele a pele (CPP) imediato entre mãe e bebê, caracterizado pela colocação do recém-nascido, ainda úmido, em posição prona sobre o tórax materno desnudo, logo após o nascimento². Essa prática é amplamente respaldada por evidências científicas, que demonstram associação do CPP precoce com maior sucesso e duração do aleitamento materno, melhor estabilidade fisiológica neonatal e fortalecimento do vínculo afetivo³. Salvo em situações de instabilidade clínica materna ou neonatal, o CPP deve ser incentivado como parte do cuidado padrão ao parto.

Do ponto de vista fisiológico, o contato pele a pele favorece a termorregulação, a estabilidade cardiorrespiratória, a prevenção da hipoglicemia neonatal e a colonização cutânea pela microbiota materna, além de estimular comportamentos neonatais inatos relacionados à sucção e à amamentação precoce^{4,5}. A liberação de ocitocina desencadeada pelo contato físico promove sensações de calma e bem-estar, reduzindo os níveis de estresse materno e neonatal e favorecendo uma transição mais segura para o pós-parto imediato⁶.

Além dos benefícios neonatais, a hora de ouro apresenta repercussões positivas significativas para a saúde materna. A secreção aumentada de ocitocina contribui para a involução uterina, a redução do risco de hemorragia pós-parto e o fortalecimento da confiança da mulher em relação aos cuidados com o recém-nascido, além de atuar como fator protetor para a saúde mental no puerpério¹. Esses efeitos reforçam que o CPP não se trata apenas de uma prática humanizada, mas de uma intervenção baseada em evidências, com impacto direto na morbimortalidade materno-infantil.

Apesar do consenso científico acerca dos benefícios da hora de ouro, sua implementação permanece desigual, especialmente no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Estudos demonstram que fatores clínicos, como o tipo de parto — com destaque para a cesariana —, a prematuridade, o baixo peso ao nascer e baixos escores de Apgar, estão fortemente associados à não realização do contato pele a pele imediato⁷. Apesar do consenso científico acerca dos

benefícios da hora de ouro, sua implementação permanece desigual, especialmente no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Estudos demonstram que fatores clínicos, como o tipo de parto — com destaque para a cesariana —, a prematuridade, o baixo peso ao nascer e baixos escores de Apgar, estão fortemente associados à não realização do contato pele a pele imediato⁷. Paralelamente, determinantes sociodemográficos, como escolaridade materna, renda, raça/cor da pele e adequação do pré-natal, também influenciam o acesso e a adesão a essa prática, refletindo desigualdades estruturais no cuidado obstétrico e neonatal^{7,8,9}.

No Brasil, conforme descrito na literatura, políticas públicas como a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança e normativas do Ministério da Saúde recomendam explicitamente o contato pele a pele imediato após o nascimento — incluindo diretrizes como os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”, que orientam sua realização na primeira hora de vida^{10,11}. A pesquisa “Nascer no Brasil” evidenciou que menos de um terço dos recém-nascidos teve contato pele a pele imediato após o parto, revelando a persistência de modelos assistenciais centrados em intervenções rotineiras e na separação precoce do binômio mãe-bebê¹².

Nesse cenário, observa-se uma lacuna na literatura nacional quanto à investigação sistemática da prevalência da hora de ouro e dos fatores sociodemográficos e clínicos associados a essa prática entre usuárias do SUS, especialmente na região Sul do Brasil. A maioria dos estudos concentra-se em desfechos como mortalidade neonatal ou aleitamento materno, havendo escassez de análises que integrem características maternas, condições obstétricas, aspectos do cuidado pré-natal e práticas assistenciais no momento do parto. Assim, torna-se relevante a realização de estudos que contribuam para a compreensão dos determinantes da hora de ouro, subsidiando estratégias para a qualificação do cuidado obstétrico e neonatal e para a promoção de práticas baseadas em evidências no âmbito do sistema público de saúde.

Diante disso, este estudo teve como objetivo investigar a prevalência da hora de ouro, caracterizada pelo contato pele a pele na primeira hora de vida, em usuárias do Sistema Único de Saúde de um município do sul do Brasil, bem como analisar a associação com fatores sociodemográficos maternos, características clínicas do parto e condições do recém-nascido.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, recorte do projeto de pesquisa intitulado “Saúde da mulher e da criança no ciclo gravídico-puerperal em usuárias do Sistema Único de Saúde”, realizado nas Unidades Básicas de Saúde dos bairros São Luiz Gonzaga, Donária/Santa Marta,

São José e Parque Farroupilha, cenários de prática do Curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul – Campus Passo Fundo, RS.

A população-alvo do projeto guarda-chuva foi composta por mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) que tivessem filhos de até 24 meses em acompanhamento de puericultura na atenção primária de Passo Fundo, RS. Foram consideradas elegíveis aquelas com idade igual ou superior a 12 anos, que possuíam filhos de até dois anos no momento da coleta de dados e que estavam em acompanhamento de puericultura nas unidades de saúde anteriormente mencionadas. Foram incluídas na amostra apenas as participantes que responderam diretamente ao questionário e que forneceram informações completas sobre si mesmas e sobre o bebê. Foram excluídos questionários de mulheres com deficiência cognitiva que as impedisse de consentir a participação na pesquisa, questionários com informações insuficientes para a análise e respostas com dados ausentes para o desfecho de interesse.

A seleção das participantes ocorreu por amostragem não probabilística, sendo convidadas a integrar a pesquisa todas as mulheres cadastradas e em acompanhamento nas unidades de saúde designadas que atendessem aos critérios de inclusão. A coleta de dados aconteceu em duas etapas, sendo a primeira (etapa I) realizada de dezembro de 2022 a agosto de 2023 e a etapa II, de ampliação da amostra, executada de junho a dezembro de 2024.

Com a obtenção do termo de ciência e autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Passo Fundo, RS, somado à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP/UFFS), sob parecer nº 6.871.168, iniciou-se o processo de recrutamento das participantes elegíveis, em colaboração com a gestão das Unidades de Saúde participantes. Posteriormente, após o primeiro contato e a manifestação de concordância em participar do estudo, foram realizadas entrevistas presenciais nas dependências das UBS, em locais reservados, conduzidas por acadêmicos de Medicina da UFFS previamente treinados.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas utilizando um questionário estruturado em cinco blocos, incluindo informações de identificação e características demográficas; hábitos de vida e presença de comorbidades, pré-natal, parto e última gestação, saúde da criança e da mulher.

O desfecho primário deste estudo foi a prevalência da hora de ouro, definida como o primeiro contato pele a pele da mãe com o bebê. A variável foi operacionalizada com base em respostas afirmativas ao questionamento: “Logo que o bebê nasceu, ainda na sala de parto, você pegou e/ou tocou nele?”, cujas opções de resposta foram “Sim”, “Não” e “Não sabe/não lembra”.

As exposições de interesse foram fatores sociodemográficos, principalmente maternos, incluindo idade, cor da pele, estado civil, escolaridade, renda per capita, planejamento da gestação e número de filhos. Também foram considerados fatores comportamentais ou hábitos de vida maternos, representados pela prática de atividade física em pelo menos um trimestre da gestação. Adicionalmente, incluíram-se fatores clínicos materno-infantis, como as orientações recebidas durante o pré-natal, a presença de comorbidades durante a gestação, o tipo de parto, o escore de Apgar no 1º minuto, prematuridade e internação em unidade de terapia intensiva neonatal.

Os dados coletados foram inseridos duplamente em um banco de dados estabelecido no software Epidata, versão 3.1, de distribuição gratuita. A análise dos dados foi feita nos programas de análises estatísticas PSPP, versão 3, também de distribuição livre, e no Programa Stata versão 12.1 (College Station, TX: StataCorp LLC; licença nº 30120505989) nas quais foram utilizadas estatísticas descritivas para determinar a prevalência do contato pele a pele, incluindo o intervalo de confiança de 95%. Para a análise da distribuição da prevalência do desfecho segundo exposições de interesse, foi empregado o teste do qui-quadrado, adotando-se um limiar de significância estatística de $p < 0,05$. Além disso, a caracterização da amostra envolveu a apresentação de frequências absolutas (n) e relativas (%) para as variáveis categóricas.

As associações entre as variáveis independentes e o contato pele a pele na primeira hora de vida foram estimadas por regressão de Poisson com variância robusta, com cálculo das razões de prevalência brutas e ajustadas (RP) e respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%). A análise ajustada foi conduzida segundo modelo hierárquico, em que as variáveis sociodemográficas compuseram o nível distal e as variáveis clínicas/obstétricas o nível proximal. Variáveis com $p \leq 0,20$ na análise bruta e aquelas consideradas relevantes com base em plausibilidade teórica foram mantidas nos modelos ajustados. Adicionalmente, foi testada a colinearidade entre determinadas variáveis independentes e não foi identificada evidência de multicolinearidade (VIF médio = 1,17; intervalo 1,04–1,28).

As participantes com idade igual ou superior a 18 anos foram incluídas no estudo após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). No caso de participantes menores de 18 anos, a inclusão ocorreu mediante a assinatura do TCLE pelos pais ou responsáveis legais, além da assinatura do Termo de Assentimento pelas participantes alfabetizadas. A participação no estudo foi voluntária, sendo os termos assinados em duas vias, das quais uma foi entregue à participante e a outra permaneceu arquivada pela equipe de

pesquisa. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP/UFFS), sob o parecer nº 6.871.168.

RESULTADOS

A amostra deste estudo foi composta por 377 usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), atendidas nas cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Passo Fundo, RS. Em relação ao perfil das mães, a maioria autodeclarou-se de pele branca (52%), seguida por parda (37,4%). A faixa etária mais prevalente foi de 19 a 35 anos (81,4%), com uma média de idade de 26,63 anos ($\pm 6,44$). A maior parte das participantes vivia com um cônjuge (72,9%) e não exercia atividade laboral no momento da entrevista (59,7%). Quanto às características socioeconômicas, 36,9% possuíam ensino médio completo, 57,2% relataram renda familiar entre 1 e 3 salários-mínimos e 84,7% possuíam renda per capita de até mil reais. Sobre a composição familiar, 71,9% das mulheres residiam em domicílios com até 4 pessoas. A maioria tinha dois ou mais filhos (59,9%) e não havia planejado a última gestação (61,7%). Em relação à prática de atividade física durante a gestação, observou-se que 27,2% das gestantes relataram ter realizado atividade física em pelo menos um trimestre gestacional, enquanto 72,8% não praticaram atividade física de lazer em nenhum período da gestação (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas e comportamentais de mulheres com filhos de até 2 anos de idade atendidas nas Unidades Básicas de Saúde. Passo Fundo, RS, dezembro de 2022 à dezembro de 2024 (n=377).

Variáveis	n	%
Idade materna		
12 – 18 anos	25	6,6
19 – 35 anos	307	81,4
≥ 36 anos	45	11,9
Cor da pele (n=375)		
Branca	196	52,0
Preta	37	9,8
Parda	141	37,4
Indígena	1	0,3
Amarela	2	0,5
Situação conjugal		
Casada/vivendo com companheiro	275	72,9
Solteira/divorciada	102	27,1
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	57	15,1
Ensino fundamental completo	55	14,6
Ensino médio incompleto	87	23,1
Ensino médio completo	139	36,9
Ensino superior incompleto	16	4,2
Ensino superior completo	23	6,1
Trabalha atualmente		

Sim	152	40,3
Não/desempregada	225	59,7
Renda familiar (n=339)		
≤1 salário-mínimo	107	31,6
> 1 e < 3 salários-mínimos	194	57,2
≥ 3 salários-mínimos	38	11,2
Renda per capita (n=339)		
≤ 1000 reais	287	84,7
> 1000 reais	52	15,3
Número de filhos		
1	151	40,1
≥ 2	226	59,9
Planejamento da gestação (n=376)		
Sim	144	38,3
Não	232	61,7
AF durante ≥ 1 trimestre (n=376)		
Ativa (AF em pelo menos 1 trimestre)	102	27,2
Inativa (AF em nenhum trimestre)	273	72,8

A Tabela 2 descreve as características clínicas das mulheres atendidas nas Unidades Básicas de Saúde. A quase totalidade das participantes realizou acompanhamento pré-natal (99,5%), sendo que apenas 0,5% (n=2) não realizaram esse acompanhamento. O início do pré-natal ocorreu predominantemente no primeiro trimestre gestacional (74,3%), seguido pelo segundo trimestre (22,8%) e terceiro trimestre (2,4%). Quanto ao número de consultas de pré-natal, 89,7% realizaram sete ou mais consultas, 8,7% entre quatro e seis consultas e 1,6% entre uma e três consultas.

Em relação às orientações recebidas durante o pré-natal, 69,5% receberam orientações sobre parto, direitos da mulher e local de referência para atendimento, e 28,6% relataram não ter recebido tais orientações. No que se refere ao plano de parto, 19,1% das mulheres elaboraram um plano, 6,9% referiram que houve discussão, mas sem elaboração, e 70,2% não elaboraram plano de parto.

Quanto às morbidades gestacionais, observou-se que 60,7% das mulheres apresentaram pelo menos uma comorbidade, enquanto 39,3% não relataram nenhuma condição. Dentre as comorbidades mais frequentes, destacaram-se a infecção do trato urinário (31,0%), a hipertensão gestacional (25,8%) e o excesso de ganho de peso (21,2%), seguidas por pré-eclâmpsia (11,7%) e diabetes gestacional (10,6%). Em relação ao tipo de parto, 52,0% das mulheres foram submetidas à cesariana, 45,9% tiveram parto vaginal e 2,1% parto vaginal com uso de fórceps.

A prevalência do contato pele a pele na primeira hora de vida foi de 79% (IC95%: 74,0–83,0). Entre os casos em que a prática não ocorreu, 6,1% relataram que o contato não foi permitido pela equipe de saúde e 11,2% indicaram a presença de complicações neonatais.

Outros motivos corresponderam a 4,0% dos casos e incluíram situações como necessidade de realização de exames, complicações maternas no pós-parto imediato, efeitos da anestesia, intercorrências clínicas maternas ou neonatais e necessidade de aguardar atendimento.

No que se refere às características neonatais, a maioria dos recém-nascidos apresentou escore de Apgar no 1º minuto ≥ 7 (92,0%), enquanto 8,0% apresentaram Apgar < 7 . Observou-se que 13,1% dos bebês nasceram prematuros e 86,9% não prematuros. Além disso, 26,4% necessitaram de internação em unidade de terapia intensiva neonatal, enquanto 73,6% não precisaram dessa internação.

A prevalência do contato pele a pele na primeira hora de vida foi de 79% (IC95%: 74,0–83,0). Entre os casos em que a prática não ocorreu, 6,1% relataram que o contato não foi permitido pela equipe de saúde e 11,2% indicaram a presença de complicações neonatais, enquanto 4,0% corresponderam a outros motivos, incluindo necessidade de exames, complicações maternas no pós-parto imediato, efeitos da anestesia e outras intercorrências clínicas.

Tabela 2. Características clínicas maternas e dos recém-nascidos de usuárias atendidas nas Unidades Básicas de Saúde. Passo Fundo, RS, dezembro de 2022 a dezembro de 2024 (n=377).

Variáveis	n	%
Realizou acompanhamento pré-natal		
Sim	375	99,5
Não	2	0,5
Início do pré-natal		
1º trimestre	280	74,3
2º trimestre	86	22,8
3º trimestre	9	2,4
Não realizou pré-natal	2	0,5
Número de consultas pré-natal (n=368)		
Entre 1 e 3	6	1,6
Entre 4 e 6	32	8,7
≥ 7	330	89,7
Orientações pré-natal		
Parto, direitos e local a procurar		
Sim	262	69,6
Não	108	28,6
Não realizou pré-natal	2	0,5
Não sabe/não lembra	5	1,3
Plano de parto (n=376)		
Sim, elaborou	72	19,2
Sim, mas não elaborou	26	6,9
Não	264	70,2
Não realizou pré-natal	2	0,5
Não sabe/não lembra	12	3,2
Comorbidades gestacionais		
Não teve	148	39,3
Teve pelo menos uma	229	60,7

Tipo de parto		
Cesárea	196	52,0
Vaginal	173	45,9
Vaginal com fórceps	8	2,1
Contato pele a pele (n=375)		
Sim	294	78,4
Não, não deixaram	23	6,1
Não, a criança teve alguma complicação	42	11,2
Outro	15	4,0
Não sabe/não lembra	1	0,3
Escore de Apgar 1º minuto (n=264)		
≥ 7	242	92,0
< 7	21	8,0
Nasceu prematuro (n=375)		
Sim	49	13,1
Não	326	89,9
Internação em UTI ao nascer (n=375)		
Sim	99	26,4
Não	276	73,6

A tabela 3, por sua vez, apresenta a análise bivariada da prevalência do contato pele a pele na primeira hora de vida segundo características sociodemográficas e comportamentais maternas. Observou-se relação estatisticamente significativa entre o contato pele a pele e a cor da pele materna ($p = 0,026$), sendo a prevalência maior entre mães autodeclaradas pretas, pardas ou indígenas (83,7%) quando comparadas às brancas (74,2%). Também foi identificada relação significativa com a renda per capita ($p = 0,043$), com maior prevalência de contato pele a pele entre mães com renda ≤ 1.000 reais (79,9%) em relação àquelas com renda superior a esse valor (67,3%). Ainda, foi identificada relação estatisticamente significativa entre a paridade e a realização do contato pele a pele ($p = 0,031$), sendo a prevalência maior entre multíparas (82,3%) quando comparadas às primíparas (73,0%). Esse resultado sugere que a experiência obstétrica prévia pode favorecer a adesão ao CPP, possivelmente devido à maior familiaridade com o processo de parto e amamentação. Não foram observadas relações estatisticamente significativas com idade materna, situação conjugal, escolaridade, planejamento da gestação ou prática de atividade física durante a gestação.

Tabela 3. Fatores relacionados ao primeiro contato pele a pele, segundo características sociodemográficas e comportamentais maternas. Passo Fundo, RS, 2022–2024 (n=377).

Variáveis	Teve contato pele a pele		Não teve contato pele a pele		p*
	n	%	n	%	
Idade materna					0,492
12 – 18 anos	22	88,0	3	12,0	
19 – 35 anos	238	78,0	67	22,0	

≥ 36 anos	34	77,3	10	22,7	
Cor da pele (n=375)					0,026
Branca	144	74,2	50	25,8	
Preta/parda/indígena/amarela	149	83,7	29	16,3	
Situação conjugal					0,460
Casada/vivendo com companheiro	212	77,7	61	22,3	
Solteira/divorciada	82	81,2	19	18,8	
Escolaridade					0,828
Sem ensino médio completo	154	78,2	43	21,8	
Com ensino médio completo	140	79,1	37	20,9	
Renda per capita (n=339)					0,043
≤ 1000 reais	227	79,9	57	20,1	
> 1000 reais	35	67,3	17	32,7	
Planejamento da gestação (n=376)					0,357
Sim	108	76,1	34	23,9	
Não	185	80,1	46	19,9	
Número de filhos					0,031
1	108	73,0	40	27,0	
2 ou mais	186	82,3	40	17,7	
AF durante ≥ 1 trimestre (n=376)					0,117
Ativa (AF em pelo menos 1 trimestre)	84	84	16	16	
Inativa (AF em nenhum trimestre)	208	76,5	64	23,5	

*Teste do qui-quadrado.

A tabela 4 apresenta a análise bivariada da prevalência do contato pele a pele na primeira hora de vida segundo características clínicas maternas e do recém-nascido. O contato pele a pele foi mais frequente entre partos vaginais (86,7%) quando comparados às cesarianas (71,1%), com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$). Observou-se também relação significativa com o escore de Apgar no 1º minuto de vida, sendo o contato pele a pele mais frequente entre recém-nascidos com Apgar ≥ 7 (82,2%) em comparação àqueles com Apgar < 7 (47,6%; $p < 0,001$). Verificou-se ainda maior prevalência entre recém-nascidos não prematuros (81,7%; $p < 0,001$) e entre aqueles que não necessitaram de internação em unidade de terapia intensiva neonatal (82,1%; $p = 0,004$). Não houve relação significativa com as orientações recebidas durante o pré-natal e com a presença de comorbidades gestacionais.

Tabela 4. Fatores relacionados ao primeiro contato pele a pele, segundo características clínicas maternas e do recém-nascido. Passo Fundo, RS, 2022–2024 (n=377).

Variáveis	Teve contato pele a pele		Não teve contato pele a pele		p*
	n	%	n	%	
Orientações pré-natal					
Parto, direitos e local a procurar					0,095
Sim	210	80,8	50	19,2	
Não	78	72,9	29	27,1	
Plano de parto					0,409
Sim	78	81,3	18	18,7	

Não	203	77,2	60	22,8	
Comorbidades gestacionais					0,528
Não teve comorbidade durante a gestação	118	80,3	29	19,7	
≥ 1 comorbidade durante a gestação	176	77,5	51	22,5	
Tipo de parto					<0,001
Cesárea	138	71,1	56	28,9	
Vaginal	156	86,7	24	13,3	
Escore Apgar 1º minuto (n=264)					<0,001
≥ 7	199	82,2	43	17,8	
< 7	10	47,6	11	52,4	
RN prematuro (n=375)					<0,001
Sim	28	57,1	21	42,9	
Não	264	81,7	59	18,3	
RN internação em UTI (n=375)					0,004
Sim	67	68,4	31	31,6	
Não	225	82,1	49	17,9	

*Teste do qui-quadrado.

Os resultados da regressão de Poisson para os fatores associados ao contato pele a pele estão apresentados na tabela 5. Na análise bruta, as variáveis cor da pele autorreferida preta/parda/indígena/amarela (RP = 1,12; IC95%: 1,01–1,25), número de filhos ≥ 2 (RP = 1,21; IC95%: 1,05–1,31), tipo de parto vaginal (RP = 1,22; IC95%: 1,10–1,36), escore de Apgar no 1º minuto ≥ 7 (RP = 1,73; IC95%: 1,10–2,72), ausência de prematuridade (RP = 1,43; IC95%: 1,12–1,83) e ausência de internação em UTI neonatal ao nascer (RP = 1,20; IC95%: 1,04–1,39) apresentaram associação significativa com o desfecho. Após ajuste, mantiveram-se associadas ao contato pele a pele a cor da pele autorreferida preta/parda/indígena/amarela (RPajustada = 1,12; IC95%: 1,01–1,25), número de filhos ≥ 2 (RPajustada = 1,21; IC95%: 1,05–1,31), tipo de parto vaginal (RPajustada = 1,27; IC95%: 1,14–1,42) e escore de Apgar no 1º minuto ≥ 7 (RPajustada = 1,75; IC95%: 1,05–2,92).

Tabela 5. Análise bruta e ajustada da associação entre o contato pele a pele mãe-bebê e fatores sociodemográficos, clínicos e comportamentais em mulheres usuárias da atenção primária à saúde. Passo Fundo, RS.

	Análise bruta		Análise ajustada	
	RP (IC95%)	p	RP (IC95%)	p
Idade materna (anos completos)		0,359		0,605
12 – 18	1,00		1,00	
19 – 35	0,89 (0,76-1,04)		0,90 (0,76-1,06)	
≥ 36	0,88 (0,71-1,09)		0,92 (0,59-1,00)	
Cor da pele autorreferida		0,032		0,039
Branca	1,00		1,00	
Preta/parda/amarela/indígena	1,12 (1,01-1,25)		1,12 (1,01-1,25)	
Situação conjugal		0,443		0,553
Casada/vivendo com companheiro	1,00		1,00	

Solteira/divorciada/viúva	1,05 (0,94-1,17)		1,03 (0,92-1,15)	
Escolaridade materna (anos de estudo)		0,897		0,667
Até 8	1,00		1,00	
9-11	0,98 (0,87-1,10)		0,99 (0,87-1,13)	
12 +	1,04 (0,87-1,23)		1,09 (0,89-1,33)	
Renda familiar (tercis)		0,857		0,330
T1	1,00		1,00	
T2	1,20 (1,05-1,37)		1,24 (1,08-1,43)	
T3	1,00 (0,84-1,19)		1,08 (0,90-1,30)	
Nº de filhos		0,041		0,009
1	1,00		1,00	
≥ 2	1,13 (1,00-1,27)		1,21 (1,05-1,31)	
Orientações pré-natal				
Parto, direitos e local a procurar		0,129		0,255
Sim	1,10 (0,97-1,25)		1,08 (0,94-1,24)	
Não	1,00		1,00	
Plano de parto		0,417		0,955
Sim	1,02 (0,97-1,09)		1,00 (0,94-1,07)	
Não	1,00		1,00	
Comorbidades gestacionais		0,523		0,489
Não teve comorbidade na gestação	1,04 (0,53-1,15)		1,04 (0,93-1,17)	
≥ 1 comorbidade na gestação	1,00		1,00	
Tipo de parto		<0,001		<0,001
Cesárea	1,00		1,00	
Vaginal	1,22 (1,10-1,36)		1,27 (1,14-1,42)	
Escore Apgar 1º minuto		0,018		0,032
≥ 7	1,00		1,00	
< 7	1,73 (1,10-2,72)		1,75 (1,05-2,92)	
RN prematuro		0,005		0,252
Sim	1,00		1,00	
Não	1,43 (1,12-1,83)		1,18 (0,89-1,58)	
RN internação em UTI		0,014		0,425
Sim	1,00		1,00	
Não	1,20 (1,04-1,39)		1,08 (0,90-1,29)	

RP: razão de prevalência; IC95%: intervalo de confiança

*modelo hierárquico de ajuste, 1º nível: idade, cor da pele, estado civil, 2º nível: escolaridade, renda e nº de filhos. 3º nível: orientações pré-natal e comorbidades; 4º nível: tipo de parto, 5º nível: apgar, prematuridade e internação UTI.

DISCUSSÃO

Este estudo transversal analisou a prevalência do contato pele a pele imediato e os fatores associados entre usuárias do Sistema Único de Saúde atendidas na Atenção Primária à Saúde de um município do sul do Brasil. Observou-se que 79% das mulheres vivenciaram o contato pele a pele ao nascimento, taxa superior à maioria dos estudos nacionais. Apesar desse avanço, a prática ainda não é universal, revelando a persistência de barreiras clínicas e assistenciais que limitam sua adoção plena. Esses achados reforçam a necessidade de fortalecer estratégias para garantir a implementação consistente dessa recomendação, amplamente reconhecida como uma das principais boas práticas para a promoção da saúde materno-infantil.

A prevalência observada é superior às descritas em outros estudos nacionais, sugerindo diferenças regionais na organização da assistência obstétrica e na adesão a práticas humanizadas. Em uma maternidade de referência no Nordeste⁷, a prevalência identificada foi de 62%, valor significativamente superior aos 30% observados entre primíparas atendidas em uma unidade na Zona da Mata Mineira¹³. Resultados mais próximos aos achados desta pesquisa foram relatados em um Hospital Amigo da Criança no Norte do país¹⁰, com prevalência de 73,1%, ao passo que outra investigação em maternidade pública nordestina registrou apenas 9,3% de contato considerado adequado por 30 minutos ou mais¹⁴. Essas variações podem estar relacionadas à maior adesão a políticas como a Rede Cegonha e a Iniciativa Hospital Amigo da Criança em diferentes contextos, contrastando com cenários ainda marcados por práticas intervencionistas e separações rotineiras entre mãe e recém-nascido^{7,14}.

Quanto aos fatores sociodemográficos, a análise bivariada revelou relações inversas às esperadas na literatura: o contato pele a pele foi mais frequente entre mães pretas, pardas, indígenas e amarelas (83,7% vs. 74,2% em brancas; $p=0,026$) e aquelas com renda per capita $\leq$ 1.000 reais (79,9% vs. 67,3%; $p=0,043$). Adicionalmente, verificou-se relação estatisticamente significativa entre a paridade e a realização do contato pele a pele ($p=0,031$), sendo a prevalência maior entre multíparas (82,3%) quando comparadas às primíparas (73,0%). Após ajuste para potenciais fatores de confusão, mantiveram-se associadas ao desfecho a cor da pele e a paridade, enquanto a renda perdeu significância estatística.

Esse padrão contrasta com o mais comumente observado em estudos nacionais, nos quais mães brancas, de maior renda ou maior escolaridade tendem a apresentar maior adesão ao contato pele a pele. A pesquisa Nascir no Brasil¹² demonstrou que práticas de cuidado humanizado, incluindo o contato pele a pele, foram significativamente mais frequentes em partos financiados pelo setor privado, onde predomina o perfil de mães brancas e de maior nível econômico. Nesse sentido, investigações em amostras exclusivas do SUS demonstram que, embora marcadores como cor da pele ou renda nem sempre apresentem associação estatística em cenários específicos, a baixa escolaridade materna e a dependência exclusiva do sistema público correlacionam-se a uma menor probabilidade de realização do contato precoce^{13,14}. O estudo de Araújo e colaboradores¹⁵, por sua vez, identificaram a escolaridade superior a nove anos como fator protetor para a prática. Essa disparidade reforça que, para além de fatores clínicos, o acesso à informação e o perfil socioeconômico permanecem como determinantes estruturais que influenciam a implementação da hora de ouro no contexto do SUS.

No presente estudo, a maior prevalência de contato pele a pele entre mulheres pretas, pardas indígenas e amarelas deve ser interpretada com cautela, uma vez que contrasta com

achados de parte da literatura. Contudo, essa associação persistiu mesmo após ajuste, sugerindo influência de particularidades do contexto assistencial local no SUS, onde a organização do cuidado e as práticas institucionais podem atuar de forma distinta. Esse resultado pode refletir particularidades do contexto assistencial no qual as participantes estavam inseridas, especialmente no âmbito do Sistema Único de Saúde, no qual a organização do cuidado e as práticas institucionais podem influenciar a realização do contato pele a pele de maneira distinta de outros cenários.

Além disso, é importante considerar que a variável cor da pele atua como marcador social, podendo estar associada a diferentes condições de acesso e utilização dos serviços de saúde. Nesse sentido, a associação observada pode refletir a influência de fatores contextuais não mensurados diretamente neste estudo. Por fim, não se pode descartar a presença de confusão residual, decorrente de variáveis não avaliadas, como características da assistência ao parto ou rotinas institucionais. Dessa forma, os resultados encontrados devem ser interpretados à luz dessas limitações, ressaltando a necessidade de investigações adicionais que explorem, de forma mais aprofundada, os determinantes sociais e assistenciais relacionados à realização do contato pele a pele em diferentes contextos.

Em relação à renda, estudos em maternidades públicas geralmente descrevem baixa adesão ao contato pele a pele em populações de baixo nível socioeconômico. Conforme estudo de Monteiro e colaboradores¹⁶, ao analisarem elementos que influenciaram o contato mãe-neonato durante a *golden hour*, caracterizaram uma amostra com forte desfavorecimento socioeconômico, na qual 79% das parturientes possuíam renda familiar de até um salário-mínimo, e observaram que procedimentos neonatais rotineiros e elementos estruturais da assistência frequentemente comprometeram a realização do contato imediato. Da mesma forma, de acordo com um estudo realizado em uma maternidade pública no Nordeste brasileiro classificada como Hospital Amigo da Criança, foi observada uma prevalência muito baixa de contato pele a pele adequado (apenas 9,3%), em uma amostra composta majoritariamente por mulheres de baixo estrato socioeconômico¹⁴.

Em contraste, no presente estudo observou-se, na análise bivariada, maior prevalência da hora de ouro entre mães com renda per capita de até mil reais, embora essa associação tenha perdido significância na análise multivariada ajustada. Uma possível explicação para essa divergência é a elevada homogeneidade socioeconômica da amostra (84,7% com renda per capita $\leq$ R\$ 1.000,00), contexto típico de usuárias do SUS no qual fatores assistenciais e institucionais (como rotinas de humanização e taxa de cesarianas) tornam-se mais determinantes que pequenas variações de renda intra-grupo. Além disso, mulheres com menor

poder aquisitivo são estatisticamente mais propensas a realizar o parto vaginal no SUS, principal facilitador clínico para a viabilização do contato imediato, enquanto cesarianas eletivas são mais frequentes em contextos de maior renda ou financiamento privado⁹.

A menor adesão ao contato pele a pele entre primíparas corrobora evidências nacionais que identificaram um maior número de intervenções na primeira hora de vida em recém-nascidos dessas mulheres. No presente estudo, a associação entre paridade e hora de ouro se manteve significativa mesmo após ajuste por variáveis sociodemográficas, obstétricas e neonatais na análise multivariada, com maior prevalência entre múltiparas.

Pressupõe-se que a insegurança materna, aliada à carência de informações e à ausência de experiência prévia com o parto, torne esse grupo mais propenso a aceitar passivamente recomendações de profissionais que priorizam rotinas institucionais, o que acaba por impedir o contato imediato entre o binômio¹². Nesse contexto, investigações qualitativas revelam um importante conflito entre os desejos e as expectativas das mulheres: embora desejem o contato imediato e a amamentação na hora de ouro, muitas já chegam ao parto esperando que essas práticas não ocorram devido à priorização de procedimentos de rotina pela equipe de saúde. Essa discrepância reflete uma falha na educação em saúde durante o pré-natal, onde a ausência de orientações claras sobre o contato pele a pele resulta em uma vivência passiva da assistência, dificultando o empoderamento feminino necessário para garantir o protagonismo no momento do nascimento¹⁷.

Quanto aos fatores clínicos e assistenciais, a análise bivariada identificou relações estatisticamente significativas com a realização do contato pele a pele. Em relação à via de parto, que se mostrou um dos determinantes mais importantes para o desfecho, observou-se maior prevalência de contato pele a pele nos partos vaginais em comparação às cesarianas. Essa associação se manteve forte e independente na análise multivariada ajustada (RPajustada = 1,27; IC95% 1,14–1,42). Tal achado corrobora a literatura nacional, que consistentemente identifica o parto vaginal como principal facilitador clínico da hora de ouro. Esse padrão converge com evidências de que mães submetidas a cesáreas possuem um risco 8,4 vezes maior de não realizar o contato pele a pele⁷, ao passo que investigações recentes em Manaus demonstram que o parto vaginal chega a dobrar as chances de realização da prática e da amamentação na primeira hora de vida¹⁸. A literatura sugere que essa disparidade decorre de rotinas institucionais e dificuldades logísticas inerentes ao ambiente do centro cirúrgico, onde a prioridade frequentemente recai sobre os procedimentos técnicos e a agilidade na assistência em detrimento da promoção do vínculo materno-infantil. Além disso, a implementação do contato precoce em cesáreas exige uma coordenação adicional entre as equipes obstétrica e

neonatal, o que nem sempre é garantido nos contextos hospitalares¹⁹. Essa realidade reflete o cenário apontado pela pesquisa "Nascer no Brasil", na qual a persistência de modelos assistenciais centrados em intervenções rotineiras contribui para a separação precoce do binômio mãe-bebê, especialmente em partos operatórios¹².

No que tange aos fatores clínicos neonatais, observou-se relação estatisticamente significativa com o escore de Apgar no 1º minuto de vida, sendo a prevalência de contato pele a pele maior entre recém-nascidos com $\text{Apgar} \geq 7$ em comparação àqueles com $\text{Apgar} < 7$. Essa associação se manteve significativa na análise multivariada ajustada, reforçando a importância da estabilidade clínica neonatal como determinante da realização da hora de ouro. Esse achado corrobora diretamente os resultados de Uchoa e colaboradores⁷, que identificaram razão de chance 2,9 vezes maior de não realização da prática em recém-nascidos com $\text{Apgar} < 7$ no primeiro minuto ($\text{RC} = 2,9$; $\text{IC95\% } 2,38-3,06$; $p < 0,001$). O escore de $\text{Apgar} \geq 7$ no 1º minuto indica boa vitalidade e estabilidade clínica neonatal imediata ("reassuring"), ao passo que valores inferiores a 7 sugerem depressão neonatal e maior necessidade de intervenções, frequentemente levando à separação temporária do binômio mãe-bebê para estabilização²⁰.

A associação reflete o conflito assistencial clássico na sala de parto: um Apgar baixo sinaliza instabilidade cardiorrespiratória ou necessidade imediata de intervenções de reanimação neonatal, fazendo com que a equipe priorize procedimentos técnicos em detrimento do contato pele a pele, mesmo quando o protocolo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança recomenda o CPP sempre que o binômio estiver clinicamente estável. Essa priorização, embora necessária em casos de real instabilidade, pode resultar em perda desnecessária de oportunidades de contato em recém-nascidos com Apgar borderline, reforçando a importância de protocolos que permitam a estabilização rápida e o CPP concomitante ou imediatamente subsequente.

A prematuridade e a necessidade de internação em UTI neonatal constituíram as principais barreiras para a realização do contato pele a pele nesta amostra. Entre os recém-nascidos pré-termo, apenas 57,1% vivenciaram a prática, dado que corrobora evidências nacionais de que o nascimento prematuro aumenta significativamente o risco de não realização do contato imediato devido à fragilidade fisiológica do neonato^{7,21}.

A literatura aponta que recém-nascidos que demandam cuidados em unidades intensivas têm até 12,7 vezes mais chances de serem separados da mãe precocemente⁷. Essa realidade foi observada na presente pesquisa, onde as complicações neonatais foram citadas por 11,2% das mães como o motivo impeditivo para a hora de ouro. Tal separação é frequentemente justificada por rotinas hospitalares que priorizam a estabilização técnica frente a quadros de desconforto

respiratório ou hipotermia, condições comuns na prematuridade. No entanto, ressalta-se que, dependendo da estabilidade clínica do neonato, esses agravos poderiam ser atenuados ou estabilizados por meio da própria prática do contato precoce. Conforme descrito por Sharma¹, o contato pele a pele imediato atua como um regulador do sistema nervoso autônomo, promovendo uma estabilização térmica e respiratória mais eficiente do que o uso isolado de incubadoras. Essa prática favorece a regulação cardiorrespiratória, reduzindo episódios de bradicardia e apneia, além de preservar o equilíbrio ácido-básico durante a transição extrauterina. Adicionalmente, evidências recentes confirmam que o contato imediato em prematuros apresenta promissora tolerabilidade e eficácia na manutenção da normotermia, desafiando a premissa de que a priorização de rotinas técnicas é sempre a intervenção de primeira escolha para a estabilização clínica do recém-nascido²².

Embora Croop e colaboradores²¹ tenham demonstrado que a estabilização inicial em prematuros extremos muitas vezes precede o CPP, as diretrizes mais recentes da Organização Mundial da Saúde²³, recomendam o contato pele a pele imediato e ininterrupto para prematuros e recém-nascidos de baixo peso que estejam clinicamente estáveis, desafiando a prática tradicional de separação sistemática para a incubadora. Na presente amostra, a menor adesão ao CPP nesses grupos sugere que, apesar dos avanços normativos, a implementação ainda é limitada pela cultura assistencial que prioriza a segurança técnica sobre os benefícios fisiológicos e emocionais do contato precoce, mesmo quando o recém-nascido apresenta condições clínicas que permitem sua realização.

Por fim, para uma interpretação adequada dos resultados, é importante considerar algumas limitações do estudo. Assim como em outros inquéritos epidemiológicos, existe a possibilidade de vieses de informação, uma vez que as variáveis foram obtidas por meio de relato materno, o que pode ter influenciado algumas respostas. Além disso, o delineamento transversal não permite estabelecer relações de causalidade entre os fatores analisados e o desfecho. Destaca-se ainda que a amostra foi composta por usuárias do Sistema Único de Saúde atendidas na Atenção Primária à Saúde, em sua maioria residentes em contextos de maior vulnerabilidade socioeconômica, o que pode limitar a generalização dos achados para populações com características distintas. Por fim, a ausência de informações mais detalhadas sobre aspectos assistenciais no momento do nascimento, como práticas específicas das equipes de saúde e rotinas institucionais, pode restringir uma compreensão mais aprofundada dos determinantes do contato pele a pele.

Por outro lado, é fundamental destacar as potencialidades do estudo, especialmente no contexto da saúde pública. Este trabalho apresenta relevância por ter sido conduzido em

unidades de Atenção Primária à Saúde, junto a usuárias do SUS, cenário ainda pouco explorado na literatura científica sobre o contato pele a pele no Brasil. Embora existam evidências internacionais consistentes acerca do tema, estudos nacionais, sobretudo em municípios fora dos grandes centros urbanos, ainda são limitados. Nesse sentido, os achados deste estudo contribuem para ampliar a compreensão da realidade brasileira, particularmente em populações atendidas na atenção primária, além de fornecer subsídios para a qualificação das práticas assistenciais, da organização dos serviços de saúde e da formulação de estratégias voltadas à promoção do cuidado materno-infantil.

Os achados deste estudo reforçam a necessidade de fortalecer a implementação da hora de ouro como prática essencial no cuidado materno-infantil, em consonância com as diretrizes de humanização do parto no SUS. Recomenda-se a capacitação contínua das equipes de saúde, com ênfase na viabilização do contato pele a pele mesmo em cenários desafiadores, como cesarianas e situações de prematuridade com estabilidade clínica. Além disso, a incorporação sistemática do tema no pré-natal, por meio de orientações às gestantes, pode contribuir para maior protagonismo materno e adesão à prática. No âmbito da atenção primária, estratégias como ações educativas, qualificação do cuidado e articulação com os serviços de referência são fundamentais para ampliar a efetividade dessa intervenção. Tais medidas, ao considerarem os determinantes clínicos e sociais envolvidos, podem favorecer a consolidação de práticas mais humanizadas e contribuir para melhores desfechos em saúde materno-infantil no contexto do SUS.

REFERÊNCIAS

1. Sharma D. Golden hour of neonatal life: need of the hour. *Matern Health Neonatol Perinatol*. 2017;3:1-21. doi: 10.1186/s40748-017-0057-x.
2. Phillips R. The sacred hour: uninterrupted skin-to-skin contact immediately after birth. *Newborn Infant Nurs Rev*. 2013;13(2):67–72. doi:10.1053/j.nainr.2013.04.001.
3. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;11:CD003519. doi:10.1002/14651858.CD003519.pub4.
4. Karimi FZ, Bagheri S, Tara F, Khadivzadeh T, Mousavi Bazaz SM, Saeidi M, et al. The effect of mother-infant skin-to-skin contact on success and duration of first breastfeeding: a systematic review and meta-analysis. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2019;58(1):1–9. doi:10.1016/j.tjog.2018.11.002.
5. Lucchese I, et al. Contato pele a pele e a amamentação na COVID-19. *Rev Esc Enferm UERJ*. 2021;29:e61623. doi:10.12957/reuerj.2021.61623.
6. Buckley SJ. Executive summary of hormonal physiology of childbearing: evidence and implications for women, babies, and maternity care. *J Perinat Educ*. 2015;24(3):145–53. doi:10.1891/1058-1243.24.3.145.
7. Uchoa JL, Barbosa LP, Mendonça LBA, Lima FET, Almeida PC, Rocha SS. Influência dos determinantes sociais da saúde no contato pele a pele entre mãe e recém-nascido. *Rev Bras Enferm*. 2021;74(Suppl 4):e20200138. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0138>
8. Rosa CQ, Silveira DS, Costa JSD. Factors associated with lack of prenatal care in a large municipality. *Rev Saude Publica*. 2014;48(6):977–84.
9. Alonso BD, et al. Caesarean birth rates in public and privately funded hospitals: a cross-sectional study. *Rev Saude Publica*. 2017;51:101. doi: 10.11606/S1518-8787.2017051007054.
10. Rabelo et al. Contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida em um hospital amigo da criança do norte do Brasil. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*. 2024 [citado em 2026]. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/5420>
11. Lamounier JA, Chaves RG, Rego MAS, Bouzada MCF. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: 25 anos de experiência no Brasil. *Rev Paul Pediatr*. 2019;37(4):486–93. doi:10.1590/1984-0462/2019;37;4;00004
12. Moreira ME, Gama SGN, Pereira APE, Silva AAM, Lansky S, Pinheiro RS, et al. Clinical practices in the hospital care of healthy newborn infant in Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(Supl 1):S128-S139.

13. Ayres LFA, Caldeira AP, Faria RM, Oliveira RM, Rodrigues Neto JF. Fatores associados ao contato pele a pele imediato em uma maternidade. *Esc Anna Nery*. 2021;25(2):e20200116. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0116>
14. Sampaio ARR, Bousquat A, Barros C. 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*. 2016;25(2):281-90.
15. Araújo KEAS, Santos CC, Caminha MFC, Silva SL, Pereira JCN, Batista Filho M. Contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida: um estudo transversal. *Texto Contexto Enferm*. 2021;30:e20200621
16. Monteiro BR, et al. Elements that influenced immediate mother-neonate contact during the golden hour. *Rev Esc Enferm USP*. 2022;56:e20220015. doi: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0015en.
17. Parentes APS, Lamy ZC, Koser ME, Gomes CMRP, Costa BM, Gonçalves LLM. Skin-to-skin contact and breastfeeding at childbirth: women's desires, expectations, and experiences. *Rev Paul Pediatr*. 2022;40:e2020140.
18. Silva ALC, Parreira DBM, Barbosa NG, Cury AF, Gozzo TO, Nascimento ES, et al. Tipo de parto, contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida em Manaus, Amazonas. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2025;25:e20250212.
19. Stevens J, Schmied V, Burns E, Dahlen H. Immediate or early skin-to-skin contact after a caesarean section: a review of the literature. *Matern Child Nutr*. 2014;10(4):456-473.
20. Simon LV, Shah M, Bragg BN. APGAR Score. [Updated 2026 Jan 31]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470569/>
21. Croop SEW, et al. The golden hour: a quality improvement initiative for extremely premature infants in the neonatal intensive care unit. *J Perinatol*. 2020;40(3):530-9. <https://doi.org/10.1038/s41372-019-0545-0>
22. Albzeia W, Alrashidi HF, Alsanea S, Alrakaf D, AlOmani D, Alazemi F. The Thermoregulatory Effect of Immediate Skin-to-Skin Contact for Preterm Infants: A Systematic Review and Meta-Analysis With Trial Sequential Analysis. *Cureus*. 2025;17(8):e90454.
23. World Health Organization. WHO recommendations for care of the preterm or low birth weight infant. Geneva: WHO; 2022.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final deste estudo, conclui-se que os objetivos propostos foram, em grande parte, alcançados. Foi possível descrever as características sociodemográficas, comportamentais e clínicas de mulheres com filhos de até dois anos atendidas na Atenção Primária à Saúde de Passo Fundo, RS, identificar a prevalência da hora de ouro e investigar sua relação com variáveis maternas e do recém-nascido. A prevalência de contato pele a pele foi de 79%, superior à maioria dos dados nacionais disponíveis, sugerindo avanços na incorporação dessa prática no SUS local.

Do ponto de vista sociodemográfico, observou-se padrão inverso ao comumente descrito na literatura: maior adesão ao contato pele a pele entre mães não brancas (83,7% vs. 74,2% em brancas; $p=0,026$) e de baixa renda (79,9% vs. 67,3%; $p=0,043$) — grupos que representam o perfil majoritário das usuárias da Atenção Primária no SUS. Em relação aos fatores clínicos, a prática esteve positivamente associada ao parto vaginal, ao bom escore de Apgar no 1º minuto, à ausência de prematuridade e à não internação em UTI neonatal.

Algumas variáveis previstas inicialmente, como suporte emocional da equipe de saúde e aspectos detalhados do pré-natal, não foram analisadas devido a questões de temporalidade ou complexidade de mensuração, configurando-se como limitações do estudo.

Os achados indicam que, em contextos de alta vulnerabilidade social, as políticas de humanização do parto no SUS podem exercer maior efetividade relativa precisamente entre os grupos mais vulneráveis. Ao mesmo tempo, persistem barreiras clínicas importantes, especialmente relacionadas à cesariana, prematuridade e necessidade de cuidados intensivos neonatais. A principal contribuição deste trabalho reside na caracterização da hora de ouro em uma amostra representativa de usuárias da Atenção Primária no Sul do Brasil, fornecendo subsídios para o aprimoramento de protocolos assistenciais e para a qualificação da atenção ao parto e ao recém-nascido no âmbito do SUS.