



**CENTRO UNIVERSITÁRIO FAMETRO  
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**JULIANA DE SOUSA MOURA  
LUANA BARBOSA DA SILVA**

**A AMAMENTAÇÃO E A PRÁTICA DO CONTATO PELE A PELE ENTRE MÃE E BEBÊ**

**FORTALEZA  
2020**

JULIANA DE SOUSA MOURA  
LUANA BARBOSA DA SILVA

A AMAMENTAÇÃO E A PRÁTICA DO CONTATO PELE A PELE ENTRE MÃE E BEBÊ

Artigo científico em formato de TCC apresentado ao Curso de Enfermagem do Centro Universitário Fametro (UNIFAMETRO) como requisito para a obtenção de grau de Bacharel em Enfermagem, sob orientação do Prof. Me. Antônio Adriano da Rocha Nogueira.

FORTALEZA  
2020

JULIANA DE SOUSA MOURA  
LUANA BARBOSA DA SILVA

## A AMAMENTAÇÃO E A PRÁTICA DO CONTATO PELE A PELE ENTRE MÃE E BEBÊ

Este artigo foi apresentado no dia 12 de junho de 2020 ao Curso de Enfermagem da UNIFAMETRO como requisito para obtenção de grau de Bacharel em Enfermagem, tendo sido aprovado pela banca examinadora composta pelos professores abaixo:

### BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Me. Antônio Adriano da Rocha Nogueira  
Orientador – Centro Universitário Fametro - UNIFAMETRO

---

Profa. Dra. Regina Cláudia de Oliveira Melo  
Membro – Universidade Federal do Ceará - UFC

---

Profa. Me. Regina Claudia Correia Benício  
Membro – Universidade de Fortaleza - UNIFOR

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos a todos que colaboraram no percurso desta jornada, em especial:

A Deus, fonte primária de nossa força e coragem.

A nossa família, que sempre esteve conosco, incentivando e apoiando no caminho da retidão.

A minha mãe e tia, Marias, que dedicaram todo esforço contribuindo assim na minha jornada.

Ao meu esposo, Felipe, que não mediu esforços para que eu concluísse com êxito esta missão.

Aos professores, Regina Melo, Luciana Catunda, Ana Carolina, Francisco Paiva, Cristiana Ferreira, Juliana Marques.

Ao nosso Orientador, Prof. Me. Antônio Adriano da Rocha Nogueira principal guia intelectual, mentor e incentivador para consecução desse sonho.

# A AMAMENTAÇÃO E A PRÁTICA DO CONTATO PELE A PELE ENTRE MÃE E BEBÊ

Juliana de Sousa Moura<sup>1</sup>

Luana Barbosa da Silva<sup>1</sup>

Antônio Adriano da Rocha Nogueira<sup>2</sup>

## RESUMO

**Objetivo:** Verificar na literatura a vinculação do contato pele a pele com o sucesso da amamentação. **Método:** Trata-se de um estudo do tipo revisão integrativa da literatura, iniciada em abril de 2020, com uma busca no Portal Regional da BVS, com os cruzamentos dos seguintes descritores: 1. Relação mãe-filho; 2. Aleitamento materno e 3. Parto humanizado, foram selecionados 15 artigos com texto completo disponível, no idioma português e publicados nos últimos 5 anos. **Resultado:** Fatores sociais, metodológicos, gerenciais técnicos e políticos interferem sobremaneira na aplicação do contato pele a pele, e por consequência na qualidade e duração da amamentação. Ao resultados foram distribuídos nas seguintes categorias: 1. Gestação e pré-natal; 2. Aleitamento Materno e Fatores Determinantes; 3. Barreiras ao Aleitamento Materno; 4. A prática do contato pele a pele entre mãe e bebê e 5. Efeitos do Contato Pele a Pele entre a Mae e o Bebê. **Considerações finais:** A busca pela cooperação e adesão da equipe deve ser o foco dos treinamentos e ações que implementem o respeito, com objetivo de fortalecer o contato pele a pele.

**Palavras-chave:** Relação mãe-filho. Aleitamento materno. Enfermagem.

---

<sup>1</sup> Discente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Fametro (UNIFAMETRO)

<sup>2</sup> Orientador. Professor do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Fametro (UNIFAMETRO)

# BREASTFEEDING AND SKIN CONTACT PRACTICE BETWEEN MOTHER AND BABY

Juliana de Sousa Moura<sup>1</sup>

Luana Barbosa da Silva<sup>1</sup>

Antônio Adriano da Rocha Nogueira<sup>2</sup>

## ABSTRACT

**Objective:** To verify in the literature the link between skin-to-skin contact and successful breastfeeding. **Method:** This is an integrative literature review study, started in April 2020, with a search on the VHL Regional Portal, with the intersections of the following descriptors: 1. Mother-child relationship; 2. Breastfeeding and 3. Humanized delivery, 15 articles with full text available in the Portuguese language and published in the last 5 years were selected. **Result:** Social, methodological, technical and political management factors greatly interfere in the application of skin-to-skin contact, and consequently in the quality and duration of breastfeeding. The results were distributed in the following categories: 1. Pregnancy and prenatal care; 2. Breastfeeding and Determining Factors; 3. Barriers to breastfeeding; 4. The practice of skin to skin contact between mother and baby and 5. Effects of skin to skin contact between mother and baby. **Final considerations:** The search for cooperation and team adherence should be the focus of training and actions that implement respect, with the objective of strengthening skin-to-skin contact.

**Keywords:** Mother-child relationship. Breastfeeding. Nursing.

---

<sup>1</sup> Student of the Nursing Course at Centro Universitário Fametro (UNIFAMETRO)

<sup>2</sup> Advisor. Professor of the Nursing Course at Centro Universtário Fametro (UNIFAMETRO)

## 1 INTRODUÇÃO

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) a amamentação deve iniciar ainda na sala de parto na primeira hora de vida, ser mantida na forma de aleitamento materno exclusivo (AME) sem adicionar qualquer tipo de alimento sólido/semisólido ou líquidos nos primeiros 6 meses de vida, e, a partir de então, introduzir a alimentação complementar adequada, mantendo-se também o aleitamento materno (AM) por 2 anos ou mais.

O pré-natal é o momento mais propício para orientar a gestante sobre a importância da amamentação exclusiva, para que no parto se realize o contato pele a pele na primeira meia hora de vida, sendo necessário também uma rede de apoio para que essa puérpera possa perseverar até os seis meses exclusivo de amamentação.

Segundo Bandura (1997) a auto eficácia é imprescindível para a criação de comportamentos de saúde pois as pessoas precisam crer nos hábitos saudáveis de modo a possibilitar maior adesão e fidelidade aos esforços necessários. Sob o prisma da auto eficácia a parturiente necessita estar devidamente orientada de modo a fazê-la crer que seus esforços e atitudes conduzirão ao sucesso da amamentação. A média de aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida é de 41%, levando-se em conta todo o território nacional, porém existem variações significativas entre as regiões, sendo no Norte de 45,9%, centro-oeste 45%, Sul 43,9%, Sudeste 39,4 e Nordeste 37% (dados coletados da II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras).

A média global de aleitamento materno exclusivo (AME) para crianças menores de 6 meses de vida é de 36%. O Brasil está, portanto, acima da média mundial, porém ainda distante do percentual de (AME) preconizado pela OMS. Pesquisa realizada pelo UNICEF, agência da ONU, as nações ricas registram as menores taxas de amamentação exclusiva para o início da vida. Para essas nações a média é de 23,9%. O Brasil, segundo mesmo levantamento, apresenta 38,6% de (AME) até o sexto mês de vida.

Os países menos desenvolvidos, porém, apresentam índices maiores que a média mundial, alcançando os 50,8%. As maiores taxas são de Ruanda (86,9%), Burundi (82,3%), Sri Lanka (82%), Ilhas Salomão (76,2%) e Vanuatu (72,6%). Ainda segundo a ONU, INICEF, o contato imediato do bebê com a mãe, fazendo contato pele a pele, e o início precoce da amamentação mantém o bebê aquecido e fortalece seu sistema imunológico. Esta interação aumenta a união entre mãe e filho, melhora a produção de leite materno e amplia as chances de a mãe continuar amamentando exclusivamente. Os dados dessa análise global feita pela ONU oferece subsídios para projetar políticas públicas eficazes para

promoção da amamentação no Brasil. Analisando os dados, percebemos que a prática de AME no Brasil não atende as recomendações ideais e parâmetros da OMS, no qual os percentuais deveriam estar em um intervalo de 90%- 100% e com duração de 6 meses exclusivamente.

Diante disso, devemos levar em consideração que o aumento ou diminuição desse indicador refletem nas condições de saúde e nutrição infantil. Além disso, o aleitamento materno possui importante papel protetor, uma vez que mesmo isoladamente é capaz de reduzir a morbimortalidade infantil (VITOLLO, 2014; BRASIL, 2008; OMS, 1990).

Fortalecer o contato pele a pele na primeira meia hora de vida logo após o parto, é classificado como uma orientação da Organização Mundial de Saúde (OMS), fortalecendo o quarto passo para o sucesso do aleitamento materno exclusivo, pois esse contato fortalece o vínculo entre mãe e filho e diminui as taxas de mortalidade neonatal, sendo também recomendado pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança (OMS).

Evidências científicas já demonstraram que os fatores que interferem negativamente no Aleitamento Materno Exclusivo (AME) são: alterações mamárias que envolvem o ingurgitamento mamário, mastites, fissuras ocasionadas pela pega incorreta e a candidíase mamária; a falta de uma rede de apoio; hábitos culturais prejudiciais e alterações comportamentais ligadas ao humor e depressão pós-parto junto a influência do papel paterno, as possíveis complicações decorrentes do aleitamento, a introdução de outros alimentos e bicos artificiais precocemente, bem como os fatores socioeconômicos e a inserção da mulher no mercado de trabalho.

A presente pesquisa reúne vários exemplos coletados no intuito de responder o problema de pesquisa: Quais as evidências científicas sobre a relação entre o contato pele a pele da mãe com o recém-nascido e a amamentação? A ausência do contato pele a pele durante a primeira meia hora de vida e questões de rotina na assistência materno e neonatal podem retardar esse encontro da díade mãe-bebê, impossibilitando o contato pele a pele nessa primeira meia hora. Percebemos também que as taxas de adesão a amamentação exclusiva estão em decréscimo. Diante disso, o presente estudo torna-se relevante pois uma vez que se estabeleça correlação entre o contato pele a pele e amamentação podemos criar mecanismos para reforçar essa prática de modo a melhorar os indicadores relativos ao aleitamento materno.

Face a isso, o objetivo do presente estudo é verificar na literatura a vinculação do contato pele a pele com o sucesso da amamentação.

## 2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo revisão integrativa da literatura a qual se baseia na análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, o que possibilita a síntese de um determinado assunto, evidenciando lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos (LIMA *et al.*, 2016).

A revisão integrativa permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões específicas a respeito de uma particular área de estudo. Faz-se necessário seguir padrões metodologicamente rigorosos e ter clareza na apresentação dos resultados, de forma que o leitor consiga identificar as características reais dos estudos incluídos na revisão (LIMA *et al.*, 2016).

Para elaborar uma revisão de literatura relevante que pode subsidiar a implementação de intervenções eficazes no cuidado aos pacientes, é necessário que as etapas a serem seguidas estejam claramente descritas. No presente estudo, seguiram-se as seis etapas da revisão da literatura (LIMA *et al.*, 2016).

Inicialmente foi realizada a identificação do tema e definição da hipótese ou questão para a elaboração da revisão de literatura. O propósito da revisão de literatura foi identificar evidências científicas baseados nos estudos realizados que corroborassem com a hipótese de que o contato pele a pele na primeira meia hora de vida é capaz de fortalecer vínculos entre a díade de modo a influenciar positivamente no sucesso das etapas subsequentes da amamentação.

No estabelecimento dos critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura, optou-se pela busca no Portal Regional da BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), que é composta de bases de dados bibliográficas como LILACS (Literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), BDEF (Base de Dados de Enfermagem). Foram realizadas buscas por meio dos cruzamentos dos seguintes descritores: 1. Relação mãe-filho; 2. Aleitamento materno e 3. Parto humanizado. Foram selecionados documentos do tipo artigo científico com texto completo disponível, no idioma português e publicados nos últimos 5 anos. Esta seleção resultou em 34 artigos, dos quais 01 era repetido por ser encontrado em bases de dados diferentes dentro da BVS e outros 18 foram excluídos após leitura, em decorrência de abordagem desfocada do assunto de interesse para a pesquisa.

Dessa forma, a busca realizada em abril de 2020 resultou na seleção de 15 artigos. Em seguida, foi realizada a definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos, quando se trabalhou ainda na leitura acurada dos artigos e identificação dos resultados e informações considerados relevantes, sendo determinadas as categorias a serem analisadas igualmente em cada um dos artigos. As categorias elaboradas nessa etapa foram: 1. Gestação e pré-natal; 2. Aleitamento Materno e Fatores Determinantes; 3. Barreiras ao Aleitamento Materno; 4. A prática do contato pele a pele entre mãe e bebê e 5. Efeitos do Contato Pele a Pele entre a Mãe e o Bebê.

A avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa, o que equivale à análise dos dados em uma pesquisa convencional, foi realizada por meio de explicações para os resultados diferentes ou conflitantes nos diferentes estudos, bem como comparar as informações obtidas entre eles. Em seguida, a interpretação dos resultados, e a apresentação da revisão/síntese do conhecimento. Esta última tem como proposta reunir e sintetizar as evidências encontradas nos estudos, um delineamento conclusivo.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

#### **3.1 Gestação e pré-natal**

A preparação para o aleitamento deve ser iniciada com máxima antecedência e ser implementada como parte do acompanhamento pré-natal. As mulheres nessa etapa, em especial as primigestas necessitam de orientações sobre amamentação e sobre o poder de decisão que elas têm sobre seus corpos e a respeito da forma como preferem lidar com os primeiros momentos com o bebê após o nascimento. A realização do pré-natal conferiu proteção às mães quanto à amamentação de seus filhos na primeira hora de vida,<sup>19</sup> e a ausência de cuidados pré-natais foi fator determinante para o início tardio da amamentação e a introdução de fórmulas artificiais (SOUSA *et al.*, 2017).

Numerosos estudos denotam que a experiência prévia com amamentação tem forte influência na qualidade, duração e efetividade do aleitamento materno. Existem, no entanto, duas formas básicas de se adquirir experiência prévia, que é através da prática vivida anteriormente, ou por meio de instrução e preparação. Neste estudo, constatou-se a presença preponderante dos fatores relacionados à assistência hospitalar e ao recém-

nascido, além das orientações sobre AM fornecidas às mães durante o pré-natal e a experiência prévia com amamentação explicando os desfechos. Esses achados reforçam a hipótese da forte influência das práticas institucionais e das condições do bebê ao nascimento tanto no contato pele a pele precoce entre mãe e filho quanto no início da amamentação na sala de parto (SILVA *et al.*, 2016).

Os trabalhos acadêmicos estudados nessa revisão de literatura que abordam fatores que influenciam na prática do contato pele a pele na primeira meia hora de vida são unânimes em elencar o atendimento pré-natal como variável capaz de determinar se haverá ou não esse primeiro contato. É notório que o percentual de mulheres para quem foi oportunizado o contato pele a pele é bem maior no grupo de gestantes que tiveram uma rede de apoio multiprofissional ainda no pré-natal, em comparação com o grupo que teve pouca ou nenhuma assistência naquele período. Os entrevistados salientam também que um dos entraves para a realização do contato pele a pele entre mãe e filho pode ser a baixa frequência com que se aborda o assunto durante o pré-natal, o que pode levar ao desconhecimento da prática pela mãe, dificultando a ocorrência desse primeiro contato, como segue: A paciente que não faz o pré-natal aqui no hospital não é bem feito, não é tão bem preparada, como as que estão aqui fazendo (KOLOGESKI *et al.*, 2017).

Essa verificação demonstra que o contato pele a pele não é apenas uma questão das salas de parto, apesar da elevadíssima importância de sua estrutura e equipe. Levantamentos também trazem a luz que a quantidade de consultas pré-natais é diretamente proporcional ao sucesso no aleitamento e na introdução precoce do contato pele a pele. Aqui o volume e consistência dos atendimentos pré-natais oportunizam momentos de orientação e empoderamento às mulheres, além de possibilitarem uma gravidez mais segura, minimizando intercorrências durante o parto, que poderiam prejudicar a implementação do contato inicial entre mãe e bebê.

Cabe destacar contudo que o contato pele a pele na primeira meia hora após o nascimento não deve ser encarada como uma imposição bionormativa, para além da já existente normatização social. Não se deve fazer uma usurpação do poder de escolha da mulher, o que acarretaria numa apropriação de seu corpo. O substrato que fundamenta a preparação para o contato pele a pele e para a amamentação deve ser o poder de escolha da gestante. Se assim for seu desejo e ela quer, sim será feito o contato, caso contrário não se pode impor tal conduta. De forma simétrica, se ela não quiser, não deve lhe ser imposto. A decisão final não é do obstetra, pediatra, ou da equipe de enfermagem. A escolha é da

puérpera, não obstante a possibilidade de intercorrências de maior gravidade impossibilitarem o contato pele a pele, cabendo tal decisão à equipe médica.

### **3.2 Aleitamento Materno e Fatores Determinantes**

O Aleitamento Materno (AM) é uma prática de promoção à saúde, recomendado de forma exclusiva nos primeiros 6 meses de vida da criança e, de acordo com as evidências, traz inúmeros benefícios. Estima-se que o AM tenha o potencial de reduzir em 13% a mortalidade infantil por causas evitáveis, especificamente em menores de cinco anos. (SARTORIO et al., 2017).

A experiência de amamentar é sobretudo vivenciada pelo corpo feminino: um corpo que é matéria atravessada pela subjetividade provocando e sendo provocada por sentidos produzidos socialmente e, por conseguinte culturalmente. (GIORDANI et al., 2018).

A amamentação, em si, é representada como um comportamento natural e instintivo da mulher e socialmente vemos todo o processo do aleitamento muito ligado à esfera feminina. O ato de amamentar é um valor de status atribuído pela sociedade à maternidade e ao cuidado da criança, sendo o engajamento feminino construído e preparado pela socialização da mulher ao longo de sua vida. (GIORDANI et al., 2018)

Segundo Giordani e colaboradores (2018), assumirá voluntariamente o status da amamentação em tempo prolongado, a mulher que possuir identificação com o ato de amamentar, a tal ponto dos conflitos e dramas presentes em seu cotidiano poderem ser acolhidos e acomodados no processo de autoavaliação do self frente aos demais papéis sociais que assume em mundos sociais particulares.

Interpretando estes conceitos e aplicando-os em uma reflexão sobre a amamentação, o self é o exercício que a mulher faz ao se autoavaliar, olhar para si, para os mes (por exemplo, aquele decorrente de uma experiência pregressa sobre amamentar) para então refletir e decidir pelo aleitamento materno e/ou sua continuidade, ponderar sobre sua motivação, desejo e capacidade em mantê-lo, avaliar os desafios que poderá enfrentar durante o processo da amamentação, e em que medida está pode afetar seu bem-estar e suas relações com os outros. (GIORDANI et al., 2018).

Nesta perspectiva, o processo de aleitamento materno é vislumbrado como benéfico, pois também possibilita a transmissão de laços afetivos e formação de vínculo entre mãe-filho. (BEZERRA et al., 2017).

Segundo a OMS, a diminuição da oferta de leite materno e a introdução de líquidos ou sólidos na dieta antes dos 6 meses de vida da criança caracterizam o início do desmame precoce. Outros fatores presentes no manejo do AM, como presença de dor/problema mamário, experiência anterior negativa, entre outros apontadas na literatura, também estão relacionadas ao maior risco de desmame. (SARTÓRIO et al., 2017).

A II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal (PPAM/ Capitais e DF), apontou que a prevalência do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) em menores de 6 meses foi de 41,0% no conjunto das capitais brasileiras e DF. A duração mediana do AME foi de 1,8 meses e a duração mediana do AM de 11,2 meses no conjunto das capitais brasileiras e DF. O estudo também verificou que, para o total das crianças menores de 12 meses analisadas, foi frequente o uso de mamadeira (58,4%) e de chupeta (42,6%). O uso de mamadeira foi mais frequente na região Sudeste (63,8%) e menos frequente na região Norte (50,0%). (FALSSET et al., 2019).

Um estudo evidenciou que a idade materna mais jovem está relacionada à menor duração do aleitamento, talvez motivada por alguns empecilhos, como: baixa escolaridade, baixo renda, além das dificuldades da própria idade e dos problemas em relação à autoimagem, esses empecilhos acabam fazendo com que as mesmas alcancem um menor índice de aleitamento. Mães com maior grau de instrução tendem a amamentar por períodos prolongados quando comparadas as mães que não têm essa mesma instrução, o que se pode justificar em decorrência do maior acesso a informações sobre o aleitamento materno. (FALSSET et al., 2019)

De acordo com Bezerra e seus colaboradores (2018), o leite materno foi comparado a um tipo de remédio, pelo fato de ser capaz de trazer várias vantagens para a saúde da criança, inclusive uma recuperação mais adequada e eficaz.

Segundo Sartório e colaboradores (2017), sabe-se que um dos aspectos responsáveis ao desmame precoce está associado aos fatores socioculturais, aspectos intrínsecos à mulher, características anatomofisiológicas e, especialmente, às dificuldades no manejo apresentadas durante o processo da amamentação.

No que se refere à Avaliação do risco de desmame precoce, os instrumentos BAS(19-20) e BAPT(13-18) direcionam sua avaliação para a identificação deste risco, uma vez que exigem o levantamento de informações do uso de fórmula infantil, bem como a descrição das situações relacionadas a sua indicação. (SARTORIO et al., 2017).

A mulher, diante da amamentação e sua autonomia corporal, do desejo de querer ou não amamentar, da experiência do amor materno, pode entrar em conflito pela dramatização

destes aspectos de seu mundo associados que são a outros papéis que ela assume em diferentes relacionamentos sociais. (GIORDANI et al., 2018).

Os anseios e os medos que emergem sobre a amamentação e que são compartilhados pela mulher no ambiente doméstico ou nos espaços de saúde fazem parte deste processo. Deste modo, repensar práticas que impelem as mulheres à culpabilização sobre as consequências desse ato (de não amamentar) é primordial nos diferentes espaços.

Já em relação à idade gestacional, esta pode influenciar as habilidades orais de alimentação e os padrões de sucção em prematuros, podendo, portanto, afetar a progressão da alimentação oral desses bebês. As demais, lactentes saudáveis, nascidos a termo, apresentam comportamentos inatos que se manifestam imediatamente após o nascimento, quando colocados em contato pele a pele com suas mães. Os recém-nascidos localizam o mamilo através do cheiro, pois apresentam um estímulo intenso ao odor, o qual oferece pistas para iniciar o AM (SILVA et al., 2016).

### **3.3 Barreiras ao Aleitamento Materno**

Em relação às mulheres diante da amamentação, quais seriam as interpretações (fantasias) consideradas para a não habilidade para amamentar? Uma possível resposta envolve a ideia do leite ser fraco ou insuficiente, talvez uma preocupação comum e frequentemente compartilhada por mulheres que não amamentaram ou a interromperam precocemente. O leite fraco como uma fantasia que é compartilhada coletivamente em muitos espaços sociais – levando a uma inevitável interação – pode entrar no fluxo da interação particular de uma determinada mulher em situação de aleitamento materno. (GIORDANI et al., 2018).

A aparência aguada do leite materno, nos primeiros minutos da ordenha ou ainda quando colostro, faz com que certas mães considerem seu leite inferior, levando-as a acreditar na incapacidade de atender as demandas alimentares da criança. (BEZERRA et al., 2017).

Sentimentos de desespero, desconfiança, insegurança e abandono se misturam e se sobressaem sobre o compromisso para realização da ação. O próprio medo favorece o abandono da amamentação, ou a insegurança sentida em relação ao seu leite nutrir satisfatoriamente o bebê (GIORDANI et al., 2018).

Segundo Bezerra e seus colaboradores (2017), mesmo diante de todos os benefícios, observa-se que o aleitamento materno dificilmente é oferecido de forma exclusiva durante a internação hospitalar do recém-nascido.

Sabe-se que o Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV) causa a destruição progressiva do sistema imunológico, fazendo com que esse não consiga combater as infecções e doenças. Surgem-se, assim, as chamadas “infecções oportunistas”, que são infecções que se aproveitam da fragilidade do organismo; já a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) refere-se às etapas mais avançadas da infecção pelo HIV, ou seja, é quando ocorre mais de 20 infecções oportunistas ou cânceres relacionados ao vírus.

Notificaram-se, no Brasil, entre 2000 e 2017, 108.134 gestantes infectadas, o que reflete uma situação de alerta e requer cuidados específicos. Ocorrem-se, aproximadamente, 65% da transmissão vertical (TV) durante o trabalho de parto ou no próprio parto; 35% ocorrem em ambiente intrauterino, com frequência nas últimas semanas de gestação, sendo que a taxa de TV durante a amamentação fica entre 7% a 22%, renovando-se a cada exposição. (SOUSA et al., 2019).

Sousa e colaboradores (2019), reforçam que embora a inibição da lactação seja uma medida muito eficaz para a diminuição das taxas de transmissão vertical do HIV; surge o seguinte questionamento: como as mães que vivem com HIV sentem-se ao saber que não poderão amamentar seus filhos? Sofrem-se essas mulheres, a princípio, por não estar amamentando e, em seguida, pela condenação da sorologia positiva para o HIV diante do sentimento de medo do estigma e da discriminação social. Torna-se possível, desse modo, perceber que a cobrança social as coloca em situações constrangedoras.

Torna-se a maternidade defensiva um processo emocional em que as mães buscam proteger seus filhos de si mesmas, quando sentem o autodesprezo e a repugnância de si mesmas. Focam-se, pelas mães, seus esforços nas crianças, apesar de assumirem atitudes favoráveis em relação ao futuro dos filhos, colocam-se em segundo plano de cuidado e segmentando o tratamento da infecção de suas implicações. Destaca-se que há perseverança em vencer e enfrentar os obstáculos para continuar a viver, com o propósito de cuidar dos filhos e vê-los crescendo saudáveis, mostrando-se como um fator considerado muito significativo no que se refere à motivação em continuar o tratamento. (SOUSA et al., 2019).

### 3.4 Efeitos do Contato Pele a Pele entre a Mãe e o Bebê

O parto pode é um evento marcante na vida de uma mulher. A partir do nascimento de uma criança, toda a vida de mãe começa e ser remodelada e ressignificada. Em parte, por meio de imposições sociais assumidas como responsabilidades inalienáveis, mas também de forma voluntária através de um sentimento de zelo com os filhos. A ressignificação se dá de forma profunda, redefinindo a própria personalidade materna, que a partir do parto passa a ter uma escala de valores diferentes, relacionamentos sociais transmutados e prioridades reavaliadas. Ao passo que a mulher se compromete e se envolve com a maternidade e a amamentação é que vai sendo produzida socialmente sua capacidade de assumir esse papel; as mulheres passam a valorizar e a creditar mais importância ao papel de mãe em comparação aos demais que assume, ocorrendo aquilo que Strauss<sup>1</sup> denominou de uma sobreposição de status (GIORDANI *et al.*, 2018).

Toda essa mudança não ocorre necessariamente de forma consciente e em grande parte deriva de processos fisiológicos, sociais e emocionais que devem ser conhecidos e respeitados. A maternidade e a amamentação são eventos biológicos que adquirem o valor e o significado que têm a partir de suas inscrições simbólicas e das construções sociais que a sociedade lhes confere (GIORDANI *et al.*, 2018). É da condição natural humana a cadeia de transformações que ocorrerão após o parto, muitas vezes determinadas e condicionadas por gatilhos biológicos ou emocionais que deveriam ser acionados, ou, pelo menos, não ser interrompidos por excessos de procedimentos, ou protocolos biomecanicistas no momento do parto.

Humanização é o reforço e o resgate de práticas que visem oportunizar o surgimento a manutenção do laço entre mãe e filho durante e após o parto, de modo a impedir uma ruptura artificial dos vínculos materno-filiais e o surgimento de lacunas no sentimento de continuidade da vida. Lacunas estas que, inconscientemente, ficam marcadas de forma indelével, mas que podem ser atenuadas. Quando essa recepção primeira se dá de modo cuidadoso, o que o bebê experimenta é registrado como a continuidade do viver ... Isso pode ser feito, por exemplo, pelo imediato contato pele a pele logo após o parto, quando ele é colocado sobre o corpo da mãe, próximo ao seio e sendo envolto pelos seus braços (ROSÁRIO; PITOMBO; NOGUEIRA, 2016).

O sentimento de continuidade não deve ser interrompido por procedimentos de saúde prescindíveis, ou por atos, uso de instrumentos, medicamentos indutores do parto e qualquer outra forma de acelerar um processo biológico natural, com o objetivo de

padronizar ou implementar uma linha de produção de partos. A impessoalidade de uma postura biomecanicista durante o parto aliena a parturiente do momento em que ela deve exercer o protagonismo.

Navegando nessa corrente de humanização o incentivo a prática do contato pele a pele tem sido defendido por diversos organismos e instituições nacionais e internacionais. A Organização Mundial da Saúde, preconiza que se deve estimular o contato pele a pele entre mãe e bebê na primeira meia hora após o nascimento. Esta orientação é uma transcrição do 4º passo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança – IHAC e objetiva estimular a amamentação, que é a forma mais racional, econômica e viável de se combater a desnutrição infantil. O resultado esperado é que o contato pele a pele estimule o início precoce da amamentação e sua manutenção de forma exclusiva até o 6º mês de vida da criança, mantendo-se com complementação até os dois anos de idade.

A infância é o período crucial aonde se desenvolve grande parte das potencialidades da criança, e o aleitamento materno é a estratégia mais sábia e natural para potencializar o vínculo afetivo, a proteção e nutrição para a criança, além de ser a forma mais econômica e eficaz de intervir na redução da morbimortalidade infantil.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) recomendam aleitamento materno exclusivo por seis meses de vida e complementado até os dois anos ou mais. Não havendo vantagens de se iniciar os alimentos complementares antes dos seis meses. Evidências científicas apontam a importância da amamentação para a criança, e a existência de programas e políticas de aleitamento materno (AM), contudo, as taxas no Brasil ainda estão abaixo do recomendado e o profissional de saúde exerce um papel fundamental para que ocorra uma mudança desse quadro (FALSETT; SANTOS; VASCONCELOS, 2019).

O Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF e o Ministério da saúde brasileiro, têm a mesma diretriz. Percebe-se que são inexistentes posições científicas sérias contrárias ao aleitamento materno e que há uma congruência de posicionamento sobre o tema. Porém a forma de organização e implementação da rede de apoio às mulheres é que se torna um diferencial para o sucesso do aleitamento materno. Apesar da quase unicidade de entendimento sobre a importância do contato pele a pele, as posturas, ações e políticas variam consideravelmente, mesmo dentro de um espaço geográfico pequeno como uma cidade.

Isso denota que as diretrizes podem ser regionais, mas as ações têm que ser locais, por unidade de saúde, por equipe de trabalho e dentro da própria família. Levantamentos

quantitativos de mulheres que tiveram contato pele a pele com seus filhos conforme orientação da OMS, apresentam variâncias significativas dentro da mesma cidade a depender do hospital onde foram colhidas, ou do bairro de origem das gestantes. Até mesmo o fato do pré natal ter acontecido no mesmo local onde se realizou o parto traz consequências positivas para a ocorrência de CPP, sendo este mais um indício de que a familiaridade da mulher com seu local de atendimento a torna mais segura para exigir aquilo que lhe é devido, ou seja, a humanização de seu parto.

Outra variável exaustivamente abordada em estudos sobre CPP é o tipo de parto. Apenas em um dos artigos estudados os autores chegaram a conclusão que o tipo de parto não teve forte influência sobre os números de amamentações na sala. Nesta investigação, a variável tipo de parto não apresentou significância estatística, o que contesta os estudos que apontaram o parto vaginal como associação significativa para a amamentação na primeira hora de vida, além dos achados que apresentaram o parto cesariano como fator que retarda o início do aleitamento materno (SOUSA *et al.*, 2017).

Nos demais, a diferença entre partos vaginais e cesarianos existe com maior ou menor significância. Em entrevistas feitas com profissionais de saúde foi relatado que existe resistência da equipe para liberar o contato pele a pele em cesarianas, em razão dos efeitos colaterais da anestesia tanto na mãe como no bebê que seriam dificultadores da amamentação. O tipo de parto também foi citado com um dos dificultadores para que o contato mãe/bebê pudesse ser realizado imediatamente após o nascimento, sendo a cesariana um evento que pode retardar esse contato, seja por resistência da equipe ou por problemas maternos decorrentes do procedimento, como refere o entrevistado a seguir: Na cesariana, porque está sendo introduzido agora, há pouco tempo, eles estão um pouquinho mais resistentes. Nas cesarianas é um pouco mais dificultoso porque, às vezes, a mãe tem bastante náusea, por causa da anestesia (KOLOGESKI *et al.*, 2017).

Contudo, mesmo com essa percepção de maior dificuldade de realização do contato pele a pele em cesarianas, este procedimento não deve ser um impeditivo para o procedimento. Ou seja, a menos que haja condições clínicas graves e prioritárias que impeçam o CPP, excluindo-se dessas a cesarianas sem intercorrências, não se deve obstacular a amamentação precoce.

As políticas de implementação do contato pele a pele e da amamentação precoce e com duração adequada estão presentes na maioria das unidades estudadas. Porém os profissionais de saúde tendem a ter diferentes tipos de postura diante das diretrizes impostas. Muitas vezes os profissionais resistem a implementação do CPP com os mais

diversos argumentos, desde falta de espaço, tempo, risco que queda do bebê, desconforto em razão da temperatura da sala e dificuldades na implementação do contato pele a pele

A atuação dos profissionais da equipe multiprofissional, enquanto biólogos e intervencionistas, são fatores que favorecem o modelo de cuidado vigente, onde a rotina se sobrepõe à atenção humanizada em relação à parturiente e ao recém-nascido, dificultando o estabelecimento do contato pele a pele logo após o nascimento, conforme destacado pelo entrevistado: O contato pele a pele na cesárea não era feito, então, agora que a gente começou a fazer, eu percebo as dificuldades com a equipe médica. Os obstetras queriam ligar o ar condicionado e achavam que diminuía o espaço para eles. O anestesista reclamava também que estava ocupando o espaço dele, que o bebê atrapalhava estando ali. As técnicas de enfermagem reclamavam que era perigoso deixar ali o bebê com a mãe, que ia aumentar o trabalho delas. Os pediatras não deixavam porque achavam que o bebê tinha que ser examinado imediatamente (KOLOGESKI *et al.*, 2017).

Contudo, em unidades que dispõem de um programa de capacitação continuada, com enfoque em humanização do parto, a conscientização da equipe é mais uniforme e tende a se traduzir em melhores resultados. O reforço da prática deve ser implementado em forma de treinamento com monitoramento de resultados, tendo como parâmetros números de CPP promovidos por cada equipe. Outro facilitador evidenciado pelos profissionais foram os treinamentos e as capacitações por meio da educação continuada realizados no ambiente hospitalar para que a prática do contato pele a pele fosse difundida e tivesse sua importância salientada para toda a equipe multiprofissional, conforme informam os entrevistados: O que facilita são as capacitações mensais/anuais com toda a equipe (KOLOGESKI *et al.*, 2017).

Apesar das dificuldades, em entrevistas realizadas, é perceptível a sensibilização das equipes de saúde quanto a importância desse toque inicial entre peles de mãe e filho, momento em que se dá uma troca de olhares, de gestos de carinho e afeto, em que um percebe o outro com todos os sentidos expostos e sem filtros ou restrições que possam representar uma barreira a construção do laço que está a se formar. É o momento em que se dá o encantamento da mãe pelo bebê. É muito importante para a questão de vínculo de ambos, é um momento para eles se conhecerem. É um momento importante de estímulo, o bebê sente o cheiro da mãe, ele [o bebê] está ali sentindo o afeto mais direto. (E6); Eu acho o momento único, um momento mágico, o momento que a mãe olha para o neném, e este olha pra mãe, os olhares se procuram (KOLOGESKI *et al.*, 2017).

Além disso a sala de parto necessita ser um ambiente acolhedor tranquilo com controle de ruídos e luminosidade para que a parturiente não diminua os níveis de ocitocina endógenos, pois o estresse e a insegurança podem reduzir essa produção. A área física do centro obstétrico, a demanda de atendimentos no serviço e também o número reduzido de profissionais para assistir a parturiente e o neonato, atrapalham a efetividade do contato pele a pele, conforme os entrevistados a seguir: O que precisamos é uma área física maior e maior número de material humano para atender, para estar ao lado, para orientar. Às vezes, também o fluxo do serviço, muitos atendimentos para poucos funcionários (KOLOGESKI *et al.*, 2017).

O ambiente deve oferecer segurança e condições de espaço e privacidade adequados. Mesmo em situações em que se faz necessária a internação do recém-nascido, deve se permitir o contato pele a pele, a menos que exista uma contraindicação.

Alguns outros obstáculos foram observados como a alta demanda de atendimentos para equipes com número de integrantes aquém do necessário.

O contato pele a pele do binômio mãe/bebê permite que o recém-nascido diminua a perda de temperatura corporal para o ambiente, amenizando a diferença entre as temperaturas intra e extrauterina, facilitando a adaptação externa do neonato, como segue: Para o recém-nascido, melhora a questão da manutenção da temperatura. (KOLOGESKI *et al.*, 2017). A interação precoce entre mãe e bebê, por meio do toque pele a pele, favorece amamentação ainda na sala de parto, estimulando a descida do leite materno, conforme relatado a seguir: Colocando o neném para sugar, a produção do leite já vem com mais facilidade.

Segundo Kologeski e colaboradores (2017), o contato materno imediatamente após o nascimento promove a estabilização cardiopulmonar do recém-nascido, diminui o risco de hipoglicemia neonatal e, conseqüentemente, reduz o tempo de hospitalização, diz um entrevistado: Para o bebê, eu acredito que melhore bastante as questões de hipoglicemia. A taquipneia melhora quando o bebê fica em contato pele a pele. O tempo de internação dos recém-nascidos, mesmo com infecção, diminui se eles ficam em contato pele a pele com suas mães.

Considera-se fundamental que o RN não seja separado de sua mãe ao nascer, exceto por razões clínicas significativas, devendo ser colocado em CPP o mais precoce possível após o nascimento para melhor conduzir seu processo de adaptação ao meio extrauterino e de autorregulação dos sinais vitais...Corroborando com esses resultados, uma revisão sistemática da Cochrane demonstrou que neonatos em CPP apresentam

melhor estabilização do sistema cardiorrespiratório em comparação com neonatos que não realizaram esse procedimento, constatando também que o CPP promove a amamentação (ABDALA *et al.*, 2018).

RN saudáveis e a termo, quando colocados sobre o tórax da mãe logo após o nascimento, já são capazes de localizar o mamilo por meio do olfato. Estímulos sensoriais como o toque, o calor e o odor envolvidos no processo do CPP compreendem em poderoso estímulo vagal, que gera liberação de ocitocina na puérpera. A ocitocina atua no auxílio à involução uterina após o parto, diminuindo o risco de hemorragia, causando aumento da temperatura materna na região das mamas, fornecendo calor ao RN ali colocado; além de estimular o instinto materno de proteger e cuidar do RN, contribuindo para a manutenção da lactação a partir do estímulo à descida e ejeção do leite (ABDALA *et al.*, 2018).

Segundo o pediatra e psicanalista D. W. Winnicott, a ideia de sustentação envolve o modo como o bebê é segurado, de maneira confiável e acolhedora, por quem o recebe e dele cuida desde os primeiros minutos da vida (WINNICOTT, 1996). Essas serão as primeiras marcas, os primeiros registros de uma vida psíquica que ora se inicia, já que o bebê é totalmente dependente do outro para que o seu desenvolvimento ocorra de modo promissor. (ROSARIO *et al.*, 2016).

Quando essa recepção primeira se dá de modo cuidadoso, o que o bebê experimenta é registrado como a continuidade do viver. Isso pode ser feito, por exemplo, pelo imediato contato pele a pele logo após o parto, quando ele é colocado sobre o corpo da mãe, próximo ao seio e sendo envolto pelos seus braços. (ROSARIO *et al.*, 2016).

O contato pele a pele precoce na sala de parto é uma prática de atendimento humanizado. A partir desse olhar, o recém-nascido necessita de suporte para adaptar-se à vida extrauterina. (KOLOGESKI *et al.*, 2017).

A autonomia da parturiente e sua vontade em realizar o contato precoce ainda na sala de parto são referidas como fatores que facilitam essa prática, além do esclarecimento e das informações fornecidas pelos profissionais no momento da chegada da gestante à maternidade, como relatam os seguintes entrevistados: Primeiro a vontade da mãe, o querer da mãe e do familiar, a orientação prévia já na admissão do Centro Obstétrico (KOLOGESKI *et al.*, 2017).

Kologeski e colaboradores (2017) ressalta que nessa perspectiva, a presença do acompanhante durante o processo de parturição é um incentivo para que haja a interação precoce da mãe com seu filho, uma vez que a mulher se sente mais segura para que o

bebê permaneça em seu colo durante a primeira hora de vida, como mencionam os entrevistados: Outro facilitador é a presença do acompanhante, que dá segurança para aquela mulher manter o bebê ali.

A interação precoce entre mãe e RN traz benefícios na formação do vínculo. Sabe-se que durante os primeiros 45 a 60 minutos de vida o RN encontra-se no estado alerta tranquilo, ou seja, está calmo, com os olhos abertos e com pouquíssima atividade motora, tornando-o capaz de responder ao ambiente a sua volta e dificilmente chorar. Esta é a chamada “hora sagrada” ou “hora mágica”, momento único para dar início à interação mãe-RN, promover o apego e propiciar a amamentação. (ABDALA et al., 2018).

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo abordou o tema relação do contato inicial entre mãe e recém-nascido com a amamentação, e buscou identificar as variáveis correlacionadas a implementação ou não desse primeiro contato. A pesquisa demonstrou que parte dos fatores que influenciam esse processo são interpretados de forma uníssona nos trabalhos pesquisados. A influência do pré-natal, uma equipe capacitada na sala de parto e a presença de uma rede de apoio tanto familiar como de profissionais no puerpério, são de extrema importância para o sucesso do contato pele a pele. Por outro lado, partos cesarianos, falta de estrutura hospitalar e resistência da equipe de saúde prejudicam consideravelmente a implementação da prática.

Verificou-se que a prática do contato pele a pele, conforme relatos de profissionais de saúde e de estudos científicos, está associada a melhora vários indicadores associados a saúde do RN, como taxa glicêmica, condição cardiopulmonar e manutenção de temperatura, além de estimular a produção de leite materno. Contudo, apesar de todos os benefícios que proporciona, o CPP não será realizado a menos que exista uma rede de esforços capaz de cooptar e motivar os profissionais da saúde. A quantidade de recursos necessários para promover a conscientização sobre a importância de uma prática tão simples e benéfica, prova que ainda existe uma resistência por parte das equipes de saúde. Esse atrito entre os profissionais de saúde e a prática do contato pele a pele inicial, não

parece ser motivado por desconhecimento, pois todos os profissionais que foram entrevistados ou consultados nos trabalhos estudados demonstraram conhecer o assunto.

Mesmo cômicos, os esforços aplicados não estão se revertendo em números a favor do contato pele a pele. As capacitações e treinamentos sobre o assunto, devem ser revisadas em suas metodologias, de modo a permitir ganhos mais consistentes e duradouros. O foco na díade precisa ser enfatizado, devendo-se produzir relatórios de desempenho por equipe e setor, possibilitando as correções. A busca pela cooperação e adesão da equipe necessita ser o foco dos treinamentos. A equipe não demanda apenas informações técnicas, sendo imprescindível nas capacitações o fomento do respeito à vontade e necessidades da mãe e bebê. A essência das ações a serem implementadas carecem de foco na humanização.

Toda boa vontade pode ser obstaculizada pela falta de estrutura, de equipamentos, de pessoal ou de tempo. O debate sobre o contato pele a pele pode empalidecer diante de outras necessidades prementes, entretanto os benefícios resultantes da prática, seu potencial profilático, o substrato estrutural para sua implementação, pode não ser simples consequência, mas sim causa das melhorias desejadas nas maternidades.

Verificou-se, por fim, que o contato pele a pele resulta em uma melhor adesão das mães na amamentação exclusiva até os 6 meses de idade dos filhos, sendo este o objetivo central da presente revisão.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

ABDALA, L. G. et al. Contato pele a pele entre mãe e recém-nascido e amamentação na primeira hora de vida. *Clin Biomed Res* 2018;38(4).

BEZERRA, M. J. et al. Percepção de mães de recém-nascidos prematuros hospitalizados acerca da amamentação. *Rev. baiana enferm.* (2017); 31(2):e17246.

FALSSET, C. F.; SANTOS, I.M.M.; VASCONCELOS, A.M. Fatores que Interferem no Processo de Aleitamento Materno de Crianças com Necessidades de Saúde Variadas: Contribuições Para A Enfermagem. *Rev Fund Care Online*.2019. out./dez.; 11(5):1278-1285. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1278-1285>.

GIORDANI, R. C. F. et al. Maternidade e amamentação: identidade, corpo e gênero. *Ciencia & Saude Coletiva*,23(8):2731-2729, 2018.

KOLOGESKI, T. K. et al. CONTATO PELE A PELE DO RECÉM-NASCIDO COM SUA MÃE NA PERSPECTIVA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 11(1):94-101, jan., 2017.

ROSARIO S. E.; PITOMBO L.B.; NOGUEIRA J.G.P. Amamentação: primeira experiência de comunicação. *RIO DE JANEIRO*, N. 54, P. 26-34, MAR 2016.

SALTÓRIO, B. T. et al. Instrumentos de avaliação do aleitamento materno e seu uso na prática clínica. *Rev Gaúcha Enferm.* 2017 mar;38(1):e64675.

SILVA, C. M. et al. Fatores associados ao contato pele a pele entre mãe/filho e amamentação na sala de parto. *Rev. Nutr.*, Campinas, 29(4):457-471, jul./ago., 2016.

SOUSA F. L. P. et al. Sentimentos e significados: HIV na impossibilidade de amamentar. *Rev enferm UFPE on line.* 2019;13:e241854 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.241854>.

SOUSA SCO et al. Aleitamento materno de crianças cadastradas na atenção primária à saúde. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 11(Supl. 9):3583-9, set., 2017.