



jugal no estabelecimento da relação precoce entre mãe-bebê. (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Portugal). Recuperado de http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2150/1/22283_ulfp034902_tm.pdf

Machado, L.M. (2007). Satisfação e insatisfação no casamento: os dois lados de uma mesma moeda? (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Uberlândia, Brasil). Recuperado de <http://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/1568/1/SatisfacaoInsatisfacaoCasamento.pdf>

Mendes, I. M. (2009). *Ajustamento materno e paterno: Experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto*. Coimbra: Mar da Palavra.

Menezes, C.C. & Lopes, R.C.S. (2007). Relação conjugal na transição para a parentalidade: gestação até 18 meses do bebê. *Psico USF*, 12, 83-93.

Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/psuf/v12n1/v12n1a10.pdf>
Prata, M. C. C. F. (2009). *Aconselhamento no puerpério: Efeitos na autoestima*. (Dissertação de Mestrado, Universidade do Algarve, Portugal). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.1/81>

Scorsolini-Comin, F.S. & Santos, M. A. (2010). Satisfação Conjugal: Revisão Integrativa da Literatura Científica Nacional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Vol.26 n.3. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n3/a15v26n3.pdf>

Spanier, G.B. (1976). Measuring dyadic adjustment: new scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15- 28. Recuperado de <http://www.jstor.org/discover/10.2307/350547?sid=21105627426683&uid=3738880&uid=2&uid=4>

Contato Pele a Pele no Pós-Parto: benefícios

Skin to skin in postpartum: benefits

El contacto de la piel a piel después del parto: beneficios

Andreia Bolito¹; Júlia Carvalho²; Ana Isabel Correia³

RESUMO

As primeiras horas de vida são momentos cruciais para a interação mãe-filho, deste modo a promoção do contato pele a pele (CPP) deve ser uma aposta cada vez maior dos enfermeiros especialistas em saúde materna e obstetrícia. O CPP é uma prática segura e de baixo custo, que pode ser aplicada nas salas de partos das maternidades tendo associados vários benefícios quer para o recém-nascido (RN) quer maternos. Os objetivos deste artigo são identificar os benefícios maternos da realização do CPP no pós-parto e identificar os benefícios para o RN da realização do CPP no pós-parto. A metodologia utilizada para a elaboração deste trabalho foi a revisão da literatura, tendo por base a pesquisa em bases de dados científicas de vários artigos sobre a temática em estudo. Os estudos consultados demonstram que a ligação mãe-filho é estimulada, sendo este vínculo estabelecido mais facilmente. A prática do CPP pode ser efetuada quer no decorrer do parto vaginal, quer nos casos de cesariana com analgesia epidural, onde a mãe permanece acordada, podendo usufruir deste contato com o seu bebê. O pai, que muitas vezes está presente durante o parto, também pode realizar CPP, quando a situação clínica da mãe não permite.

Palavras Chave: Contato Pele a Pele; Recém-nascido; Termorregulação, Bonding, Amamentação.

ABSTRACT

The first hours of life are crucial moments for the mother-child interaction, thereby promoting skin-to-skin (CPP) should be an increasing intervention for midwives. The CPP is a safe and cost-effective practice that can be applied in the maternity delivery room with benefits for both the newborn (RN) and mother. The objectives of this article are to identify maternal benefits of performing the CPP in the postpartum and identify the benefits for the newborn in completion of CPP. The methodology chosen for this paper was a literature review, based on scientific research databases of several articles that studied CPP. The consulted investigations showed that the mother-child bond is stimulated, and that this bond established more easily. The practice of CPP can be performed either in the course of vaginal delivery or in cases of cesarean section with epidural analgesia, where the mother stays awake, making use of this contact with her baby. The father, who is often present at birth may also experience CPP when the clinical condition of the mother

does not permit it.

Keywords: Skin to Skin Contact; Newborn; Thermoregulation, Bonding, Breastfeeding.

RESUMEN

Las primeras horas de la vida son momentos cruciales para la relación madre-hijo, promoviendo así el contacto piel a piel (CPP) debe ser una apuesta cada vez mayor de los enfermeros especialistas en salud materna y obstetricia. El CPP es una práctica segura y de bajo coste, que puede aplicarse en los partos de las maternidades teniendo asociados varios beneficios tanto para el recién nacido (RN) como para las madres. Los objetivos de este artículo son identificar los beneficios maternos de la realización del CPP en el posparto e identificar los beneficios para el RN de la realización del CPP en el posparto. La metodología utilizada para la elaboración de este trabajo fue revisar la literatura, en base a la investigación en las bases de datos científicos de varios artículos sobre el tema en estudio. Los estudios consultados muestran que el vínculo madre-hijo es estimulado, y este vínculo establecido con mayor facilidad. La práctica del CPP se puede realizar en el curso de un parto vaginal o en casos de cesárea con anestesia epidural, donde la madre se mantiene despierta, pudiendo usar este contacto con su bebé. El padre, que a menudo está presente durante el parto, también puede experi-

¹ Enfermeira Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Estudante de CPLEESMO, tlm: 915182220, Portugal; asbolito@gmail.com;

² Enfermeira Especialista em ESMO, Professora na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, tlm: 967844367; juliacarvalho@esenfc.pt;

³ Enfermeira Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Estudante de CPLEESMO, tlm: 965088819, Portugal; anahenriquescorreia@gmail.com



mentar el CPP, cuando la situación clínica de la madre no lo permite.

Palabras llave: Contacto Piel con Piel; Recién nacido; Termorregulación, Vinculación, Lactancia Materna.

INTRODUÇÃO

Por contato precoce pele a pele (CPP) entende-se a colocação do recém-nascido despido, ou só com fralda, sobre o tórax materno (ou paterno) e coberto com uma manta aquecida nas duas horas imediatamente após o nascimento. O CPP deve ser iniciado imediatamente após o nascimento, ser contínuo, prolongado e estabelecido entre mãe e filho saudáveis (WHO, 1998). Face aos seus efeitos benéficos especialmente para o recém-nascido, a técnica do CPP também pode ser usada em outras situações, que não imediatamente a seguir ao nascimento, concretamente, em bebês que se encontram fragilizados do ponto de vista da sua saúde, ou quando se pretende realizar um procedimento mais agressivo para estes.

O CPP começou por ser utilizado num hospital de Bogotá, na Colômbia, em 1979, devido aos escassos recursos e às elevadas taxas de morbidade e mortalidade em recém-nascidos pré-termo. Este contato cria um ambiente ótimo para a adaptação do RN à vida extrauterina, existindo evidência científica de que este procedimento traz benefícios para o RN e para a mãe (Nahidi, 2014).

Moore, Anderson e Bergman (2007) defendem que o CPP é considerado uma intervenção benéfica tanto para o bem-estar materno como do RN, parecendo fortalecer a vinculação, aumentar o sucesso da primeira mamada do RN e a duração do aleitamento materno. Pode fortalecer a confiança e diminuir a ansiedade materna e tem efeitos fisiológicos favoráveis no RN. Os mesmos autores especificam como benefícios fisiológicos para o recém-nascido temperaturas mais elevadas e com menor variabilidade, glicémia mais elevada, assim como ligeira diminuição da frequência cardíaca e frequência respiratória, demonstrando conservação da energia. Estas crianças também choraram menos e apresentaram menos variações na expressão facial classificáveis como sendo de dor. O CPP também permite que o RN seja colonizado com a flora saprófita da mãe antes de entrar em contacto com bactérias patogénicas hospitalares, das quais são portadores muitos profissionais de saúde (González, 2004).

O CPP é considerado um poderoso estimulante sensorial através do toque, odor e temperatura no RN. Para a mãe tem efeitos na estimulação e na produção materna de oxitocina, apresentando maiores níveis em mulheres que realizam o CPP. De acordo com os autores, o aumento dos níveis de oxitocina, por sua vez, estimula o vínculo afetivo e aumenta a contractilidade uterina e, reduzindo assim a probabilidade de hemorragia no pós-parto (Winberg, 2005).

METODOLOGIA

A metodologia utilizada para a elaboração deste trabalho foi a revisão da literatura, tendo por base a pesquisa em bases de dados científicas como Medline, EBSCO, CINHALL, B-on, Scielo, e também nos motores de pesquisa Google e Google

académico. Como Critérios de inclusão selecionamos os seguintes estudos:

- ❖ Estudos sobre os benefícios do CPP para um, ou ambos elementos da tríade mãe-pai-bebé;
- ❖ Com mulheres de baixo e médio risco gravídico;
- ❖ Com recém-nascido de termo, e pré-termo;
- ❖ Com parto por via vaginal ou cesariana.

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

De seguida iremos apresentar à luz da revisão dos estudos consultados os principais resultados sobre os benefícios do uso do CPP para a mãe, para o recém-nascido, para a família.

as suas faces serem as primeiras a ser vistas pelo seu filho (Dabrowski, 2007).

Imediatamente após o parto está descrita a existência de um período sensível, durante o qual o contato intenso e ininterrupto entre a mãe e o RN proporciona a recetividade da mãe e a sua adaptação, dando continuidade ao *bonding* que

TABELA I – Síntese dos artigos selecionados

Autores	Metodologia	Participantes	Resultados
Bergman, N. J., Linley, L. L., & Fawcus, S. R. (2004).	Estudo prospetivo, randomizado de um ensaio clinicamente controlado	RNs com baixo peso ao nascer e RNs pré-termo	34 RNs foram comparados em grupos: 3/18 que fizeram CPP comparado a 2/13 em incubadoras excederam os parâmetros pré-determinados ($p < 0.001$). Os Scores de estabilização foram 77.11 para CPP versus 74.23 para os RNs em incubadora (máximo 78). Todos os 18 RNs sujeitos CPP atingiram estabilidade à sexta hora CPP.
Chiu, S., Anderson, G., & Burkhammer, M. (2005).	Estudo quase experimental, de natureza quantitativa	48 RNs de termo	Durante o CPP a maioria dos RN atingiram e mantiveram temperaturas entre 36.5 e 37.6 C, mantendo-se dentro dos parâmetros normais, havendo apenas uma exceção.
Christensson, K. (1996).	Estudo randomizado de natureza quantitativa analítico e comparativo.	44 RNs de termo nascidos de cesariana	A temperatura media teve um aumento significativo no grupo que realiza o CPP do que nos RNs que ficaram no berço. Não foi observado nenhuma diferença significativa na temperatura entre os RNs que realizaram CPP e os das incubadoras. Nas 24 horas após o nascimento a temperatura foi superior nos RNs em CPP face aqueles que permaneceram nas incubadoras.
Cong, X., Ludington-Hoe, S., McCain, G., & Fu, P. (2009).	Um estudo cruzado e randomizado.	14 RNPT, com idade gestacional de 30 a 32 semanas.	Os RNs receberam cuidados na incubadora, tinham a linha de base da FC mais elevado ($p < .01$), em relação aos que realizavam o método canguru. No rácio FR / FC observou-se menor oscilação durante a realização do método canguru.
Ferber, S. G., & Makhoul, I. R. (2004).	Estudo randomizado comparativo com dois grupos	47 díades mãe-filho saudáveis	Observações realizadas 4 horas após o parto, mostraram que os RNs em CPP dormiam por períodos mais longas, mais tranquilos, com posicionamento mais fletido e com menos e posturas em extensão
Freire, N. S., Garcia, J. S., & Lamy, Z. C. (2008).	Estudo comparativo randomizado em três grupos	96 RNPT com idade gestacional entre 26 a 36 semanas	Grupo 1 (incubadora, $n=33$), o grupo 2 (CPP, $n=31$), o grupo 3 (glucose, $n=31$), Uma menor variação na FC ($p=0,000$) e saturação de O ₂ ($p=0,001$), e na atividade facial (franzir, dos olhos e nasolabial) foram observados no grupo 2.
Gabriel, M., Llana, I., López, A., Fernández, E., Romero, I. & Touza, P. (2010).	Estudo comparativo randomizado.	137 mulheres durante o TP, parto e pós parto.	A dequitação decorreu mais rápido no grupo mães que realizava CPP. Durante a episiorrafia as mães em CPP manifestaram menor desconforto. RNs apresentaram maior estabilidade térmica quando realizavam CPP, assim como um aumento na taxa amamentação exclusiva no dia de alta.
Gray, L., Watt, L., & Blass, E. M. (2000).	Estudo prospetivo, aleatório e controlado.	30 RNs saudáveis	O choro do RN reduziu 82% no grupo que realizou CPP em relação ao grupo de controlo. A FC diminuiu nos RNs que realizaram CPP durante o procedimento.
Ludington-Hoe, M. & Hosseini, R. (2005).	Estudo aleatório comparativo descritivo	24 RNPT	Frequência cardíaca e choro foram as respostas analisadas. Os RNs em CPP demonstraram menos reações de dor comparativamente com os que se encontravam em incubadora.
Matthiesen, A., Ransjö-Arvidson, A., Nissen, E. & Uvnäs-Moberg, K. (2001).	Estudo exploratório-relacional.	10 RNs de parto normal, saudáveis sem nenhum tipo de analgesia até à amamentação.	Os RNs em CPP utilizavam a mão para tocar e estimular a mama materna na amamentação. Observou-se que os RNs tinham um padrão coordenado de toque e massagem da mama materna em determinados alturas da amamentação. Estes movimentos coordenados aumentavam a produção de oxitocina materna.
Moran-Peters, J, Zauderer, C., Goldman, S., Baierlein, J., & Smith, A. E. (2014).	Estudo descritivo-comparativo	Mulheres que realizaram cesariana	As mulheres que realizaram CPP apresentavam menos ansiedade do que as mulheres que tiveram partos por cesareana sem realizar CPP.
Walters, M. W., Boggs, K. M., Ludington-Hoe, S., Price, K. M., & Morrison, B. (2007).	Estudo descritivo.	9 RN termo com CPP	Temperatura aumentou durante o CPP em 8/9 RN termo para valores normais. Os valores de glicemia variaram entre 43-85 mg/dl nos RN que não tinham sido amamentados e entre 43-118 mg/dl para aqueles que mamaram. 8/9 RN realizaram sua primeira mamada entre nos 1os 78 minutos.

BONDING MÃE/RECÉM-NASCIDO

O CPP pode promover e incrementar o estabelecimento de laços afetivos entre a mãe e o RN. As mães e os pais descrevem um sentimento de honra e “felicidade” quando o RN abre os olhos pela primeira vez em resposta à sua voz e por

se iniciou no período de desenvolvimento intrauterino.

De acordo com Silva e Clapis (2004) durante um parto sem interferência, o RN liberta noradrenalina, que facilita a aprendizagem olfativa e dilata as pupilas, mantendo os olhos abertos. A parturiente demonstra calma e satisfação, constituindo este o momento ideal para o estabelecimento do primeiro



contacto. O RN é capaz de reconhecer o odor materno, pelo que o CPP promove a sua calma e tranquilidade favorecendo assim o seu conforto.

Alguns minutos após o parto, o RN em CPP abre os olhos e foca o seu olhar na face materna e nos mamilos, começa a movimentar as suas mãos iniciando uma massagem rítmica na mama materna, seguindo-se um aumento dos níveis de oxitocina. O CPP constitui, assim, um poderoso estímulo sensorial que envolve o aquecimento do RN e a estimulação tátil e olfativa, causando um aumento dos níveis de oxitocina. A oxitocina, por sua vez, promove um incremento da temperatura da mama, diminuição da ansiedade das mães, efeitos positivos na interação social e no apego maternal (Matthiesen *et al.*, 2001).

Um estudo realizado por Thomson, Hartsock e Larson (1979) observaram que o CPP, ao promover o início precoce e espontâneo da amamentação e ao acalmar a mãe e o RN, está associado a um aumento da confiança das mães para cuidar dos seus bebés. Esta mesma evidencia foi observada por Moran-Peters *et al.*, (2014), quando estudaram os benefícios do CPP após a cesariana.

Além disso, a oxitocina causa um aumento da temperatura da mama materna, providenciando o aquecimento do recém-nascido, estabilizando a temperatura, a frequência respiratória e o nível de glicémia do bebé, concorrendo para a promoção da adaptação do RN à vida extrauterina (Winberg, 2005).

Adaptação do recém-nascido à vida extrauterina

Durante o parto vaginal ocorre a compressão do segmento cefálico, seguindo-se a cavidade torácica, permitindo a saída do fluido pulmonar. Quando ocorre a libertação do tórax, a pressão intratorácica negativa expande os pulmões e o ar entra, seguindo-se uma expiração forçada contra a glote que está parcialmente encerrada, produzindo-se o choro (Lowdermilk & Perry, 2008). Assim, o choro representa o primeiro sinal de adaptação do recém-nascido à vida extrauterina, demonstrando que este se tornou independente para respirar.

Porém, a separação da díade mãe-bebé, imediatamente após o nascimento, está associada a um choro excessivo do RN, que pode ser perigoso, uma vez que o choro restabelece parte da circulação fetal. Isto é, cada ciclo de choro provoca o desvio de um *bólus* de sangue venoso dessaturado através do *foramen oval* para a circulação sistémica, em vez dos pulmões, criando hipoxemia (Copper & Goldenberg, 1990).

Uma investigação desenvolvida por Christenson *et al.*, (1998) estudou o choro dos recém-nascidos 90 minutos após o nascimento, dividindo-os em três grupos: no primeiro grupo os recém-nascidos foram colocados em CPP com as suas mães, no segundo grupo foram enrolados numa manta e no terceiro grupo foram enrolados numa manta durante 45 minutos, após os quais foram colocados em CPP com as suas mães. Os recém-nascidos do primeiro grupo choraram significativamente menos que os restantes, ao passo que os recém-nascidos do terceiro grupo pararam de chorar assim

que foram colocados em CPP com as suas mães. Estes autores consideram que em RN humanos o choro pode ser uma reação geneticamente codificada para a separação, a que chamaram de angústia de separação e defendem o CPP imediatamente após o nascimento.

O período pós-natal imediato é caracterizado por elevados níveis de *stress*, exemplificados por níveis elevados de secreção de catecolaminas e cortisol (Copper & Goldenberg, 1990). No entanto, a ativação da resposta hormonal ao *stress* causada por um agente stressor agudo é natural, adaptativa e possibilita ao indivíduo gerar recursos para lidar com este e retomar o equilíbrio. Segundo Speroff e Fritz (2005), a resposta hormonal ao *stress* aumenta a tolerância fetal para a hipoxemia transitória durante o nascimento, desenvolve a função de imunidade do RN e bloqueia a percepção materna de dor. Pensa-se que este *stress* associado ao nascimento bloqueia a percepção de dor do RN.

Contudo, se for dada continuidade da resposta ao stressor, esta pode tornar-se numa má adaptação à vida extrauterina (Moore, Anderson & Bergman, 2007). Uma resposta suave ao *stress* do nascimento facilita a capacidade do neonato para se adaptar à vida extrauterina, podendo esta recuperação suave ser facilitada pelo ininterrupto CPP entre mãe e filho.

Os recém-nascidos em CPP, imediatamente após o nascimento, apresentam melhores comportamentos de autorregulação evidenciados por menos choro, pontuações menores de movimentos extensores, pontuações maiores de movimentos optimizadores de flexão e diminuição da vasoconstrição das extremidades (Ferber & Makhoul, 2004). Neste processo de adaptação à vida extrauterina, a prevenção da perda de calor assume particular importância, uma vez que o recém-nascido terá que se adaptar a uma temperatura ambiental mais baixa do que aquela a que estava habituado antes do nascimento.

Termorregulação

A termorregulação constitui um dos maiores desafios da adaptação do RN à vida extrauterina, uma vez que está particularmente suscetível à perda de calor pela sua grande superfície em relação à sua massa, pouco tecido subcutâneo, compromisso da sua capacidade em aumentar o índice metabólico e pela permeabilidade da sua pele à água, agravando a hipoxia, hipoglicémia e acidose e provocando sofrimento respiratório que, para além de agravar a síndrome de dificuldade respiratória, pode manter ou reabrir o *shunt* direito-esquerdo do canal arterial (Mercer *et al.*, 2007).

Por outro lado, se a temperatura do RN se mantiver dentro dos padrões considerados normais, o gasto calórico e o consumo de oxigénio são mínimos. Existem quatro formas de perda de calor no RN: por convecção (passagem de calor da superfície corporal para um ambiente mais frio); radiação (perda de calor da superfície corporal para superfícies sólidas mais frias); evaporação (vaporização da humidade da pele) e por condução (perda de calor da superfície corporal para superfícies mais frias através de contacto direto) (Chiu, Anderson & Burkhammer, 2005).



O CPP é um método seguro, sem custo que permite regular a temperatura corporal de RN de termo saudável. A mãe, como fonte de calor, está singularmente adaptada às necessidades de termorregulação do recém-nascido. Gabriel *et al.*, (2010) observou melhores índices de regulação da temperatura corporal imediatamente após o parto, bem como de amamentação exclusiva no dia da alta hospitalar nos recém-nascidos que fizeram CPP nas duas horas imediatas ao nascimento, comparativamente com os recém-nascidos separados das suas mães após o parto.

Os recém-nascidos cuidados em CPP com as suas mães ganharam temperatura, quando esta era inferior a 36,3°C, mas perderam calor para a mãe quando a sua temperatura corporal era superior a 37°C, prevenindo o sobreaquecimento. (Christensson *et al.*, 1998). As evidências sugerem que a prática CPP após o nascimento deverá ser a base da termorregulação neonatal, prevenindo a hipoglicémia e promovendo a estabilização.

Glicemia e estabilização cardiorrespiratória

Ao nascer, o recém-nascido deixa de ter o fornecimento de glicose materna, conduzindo a uma diminuição inicial dos níveis de glicemia. Adicionalmente ocorre um aumento das necessidades energéticas do RN, diminuição na libertação hepática de glicose a partir da reserva de glicogénio. Christensson (1996) comparou a adaptação metabólica em 44 recém-nascido de termo saudáveis nascidos por cesariana e randomizados de acordo com o tipo de cuidado prestado: numa incubadora, num berço ou em CPP com seu pai. Os recém-nascidos que fizeram CPP apresentaram um aumento de glicémia significativamente superior aos 90 minutos e nas 24 horas após o nascimento. Verificaram ainda que, em média, os recém-nascidos que fizeram CPP apresentaram valores de glicémia significativamente superiores e valores de frequência cardíaca (Fc) e respiratória (Fr) mais baixa comparativamente aos recém-nascidos separados das suas mães após o nascimento. No entanto, os resultados para a frequência cardíaca e respiratória não foram estatisticamente significativos.

Bergman, Linley e Fawcus (2004) compararam a estabilização cardiorrespiratória após o parto (frequência cardíaca, frequência respiratória e saturação de oxigénio) de 31 recém-nascidos pré-termo onde 18 bebés fizeram contacto pele a pele após o nascimento e 13 bebés foram colocados numa incubadora, tendo os recém-nascidos cuidados em CPP apresentado melhor estabilização cardiorrespiratória. Todos os recém-nascidos em CPP se encontravam estáveis à sexta hora pós-nascimento enquanto apenas 6 dos 13 recém-nascidos colocados na incubadora apresentaram estabilização cardiorrespiratória.

Amamentação

A Organização Mundial de Saúde recomenda o contacto precoce pele a pele como forma de promover o início e o sucesso do aleitamento materno saudável. Ao nascimento o

RN tem a capacidade para procurar a mama, reconhecê-la e aproximar-se dela. Quando colocado em CPP com a sua mãe imediatamente após o parto, o recém-nascido desenvolve uma sequência de comportamento de auto-fixação à mama que demora cerca de 60 minutos: abre os olhos e foca o olhar na face materna e no mamilo, começa a mexer-se ao fim de alguns minutos, arrastando-se pelos seus próprios meios até à mama para iniciar a primeira mamada sozinho, pelo que o CPP imediatamente após o parto promove o início precoce da amamentação (Walters *et al.*, 2007).

Os recém-nascidos em CPP imediatamente após o nascimento, durante pelo menos 50 minutos, demonstram uma capacidade maior para reconhecer o odor do leite materno ao 4º dia de vida e exibem um aumento dos movimentos da boca quando comparados com recém-nascidos desprovidos desse contacto. Neste sentido, o CPP ao nascimento e a amamentação precoce estão associados ao sucesso da amamentação exclusiva a longo prazo. Foram encontrados níveis de dor por ingurgitamento mamário menores nas mulheres que fizeram CPP com os seus filhos (Anderson *et al.*, 2004).

O CPP imediatamente após o parto promove o sentimento de realização materna, que se encontra fortemente associado ao sucesso do aleitamento materno tardio (Thomsson, Hartsock & Larson, 1979). Estes autores verificaram que todas as mulheres que não demonstraram essa reação de “realização” tiveram insucesso na amamentação.

Anderson *et al.*, (2004) estudaram o efeito do CPP continuado na amamentação de 48 díades mãe-bebé experienciando dificuldades na amamentação durante o período de internamento na maternidade. Os autores verificaram que o fato de as mulheres amamentarem os seus filhos em contacto pele a pele melhorou a percepção materna do sucesso face à amamentação, a amamentação tornou-se menos dolorosa para as mães, que também evidenciaram uma diminuição dos níveis de cortisol na saliva, sugerindo uma diminuição dos níveis de *stress*. Ainda, no pós-parto imediato, 81,3% das mulheres amamentavam exclusivamente os seus recém-nascidos, uma semana depois da alta, 72,9% dos recém-nascidos continuavam a ser amamentados exclusivamente, 1 mês após a alta 52,1% das díades mantiveram o aleitamento materno exclusivo.

Tendo em conta a evidência científica dos efeitos positivos do CPP no sucesso da amamentação, a Organização Mundial de Saúde recomenda esta prática imediatamente após o nascimento na sala de partos, assim como a continuidade da mesma prática durante o internamento da díade até aos 2-3 meses de vida do bebé (WHO, 1998).

Dor no recém-nascido

O parto vaginal normal no ser humano implica que a cabeça fetal seja apertada intensamente e com pressão intermitente durante várias horas e pensa-se que a aplicação de uma pressão semelhante na cabeça de um adulto causaria angústia e dor. Assim, o período pós-natal inicial é caracterizado por elevados níveis de *stress*, exemplificados pelos níveis de



catecolaminas e secreção de cortisol, e que facilitam a sua transição do meio intrauterino para o extrauterino, facilitando a atividade pulmonar, melhorando a atividade cardíaca e promovendo a mobilização de glicose e ácido gordos livres (Ferber & Makhoul, 2004).

Do ponto de vista adaptativo o *stress* do RN embora importante, pode propiciar efeitos deletérios quando exacerbado. O CPP precoce pode ter aqui um papel importante nos níveis de *stress*, facilitando a sua manutenção dentro de parâmetros fisiológicos controlados.

As intervenções não-farmacológicas apresentam efeitos de analgesia em procedimentos dolorosos realizados em recém-nascidos de termo e prematuros, nomeadamente o CPP, que parece contribuir para esse efeito já que acalma o recém-nascido, diminui o nível de *stress*, sinais comportamentais de desconforto e está associado a uma diminuição do choro em resposta à dor (Maia, Azevedo & Gontijo, 2011).

Segundo Freire, Garcia e Lamy (2008) uma possível explicação para a redução algica pelo CPP seria a organização comportamental devido à posição na qual o recém-nascido é colocado contra o tórax da mãe, estimulando o sono profundo e a termorregulação, uma vez que a resposta à dor dos recém-nascidos que permanecem em sono profundo parece ser diminuída. O CPP ativa as β -endorfinas, que são substâncias opióides endógenas, promovendo uma adaptação ao *stress* e um efeito analgésico devido à ativação do sistema opióide endógeno (Cignacco *et al.*, 2007).

Os efeitos analgésicos promovidos pelo CPP estão relacionados com o bloqueio da transmissão do estímulo nociceptivo pelas fibras aferentes ou pela inibição das fibras descendentes. O estímulo tátil contínuo fornecido pelo CPP parece ativar o sistema inibitório da dor através da modulação do sistema endógeno. A permanência na posição por 20 minutos altera o nível de cortisol no sangue do recém-nascido e permite a libertação de β -endorfinas reduzindo seu *stress* (Cong *et al.*, 2009).

Para além disso, o RN é particularmente reativo a estímulos olfativos que emanam da região do pescoço da sua mãe e os odores familiares também estimulam a libertação de endorfinas endógenas (Cignacco *et al.*, 2007). Segundo Ludington-Hoe e Hosseini (2005), os recém-nascidos pré-termo que realizaram CPP revelaram menos reações de dor durante a punção do calcâneo comparativamente aos recém-nascidos submetidos ao mesmo procedimento numa incubadora. Gray, Watt e Blass (2000) compararam a dor de 15 recém-nascidos que fizeram CPP durante a punção do calcâneo com 15 recém-nascidos embrulhados numa manta durante o mesmo procedimento e concluíram que o CPP constitui uma poderosa ferramenta para alívio da dor de recém-nascidos de termo durante a punção do calcâneo.

CONCLUSÃO

O desenvolvimento deste estudo permitiu-nos concluir, face à evidência científica espelhada nos estudos selecionados, que os efeitos benéficos do CPP são muitos e extensíveis ao RN à mãe e à família.

A prática do CPP como um modelo de cuidados, melhora a qualidade de vida dos RNs e suas mães, promovendo a adaptação e transição de forma mais segura e tranquila com ganhos em saúde evidentes para todos os intervenientes no processo.

Realçamos os efeitos benéficos a curto e longo prazo, na adaptação à vida extrauterina do recém-nascido e no seu desenvolvimento emocional e neuropsicológico, bem como nas consequências económicas do uso deste método.

O CPP e a amamentação são estratégias importantes que exigem dedicação da equipe para as estimular. Há necessidade do reconhecimento do potencial destas práticas pela equipe de forma a poder implementá-las, promovendo desta forma ganhos em saúde importantes para os pais e para o recém-nascido.

O exercício das boas práticas em sala de partos, onde incluímos o CPP deve ser considerado pelos profissionais de saúde. Sugere-se por isso uma sensibilização alargada a toda a equipe multidisciplinar promovendo o diálogo entre todos os profissionais que assistem a parturiente e o recém-nascido, nesta fase particular de suas vidas.

O CPP é uma prática onde a Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia pode intervir positivamente, promovendo a realização deste logo na primeira hora de vida e períodos seguintes sempre que este for conveniente quer para os pais quer para o bebé.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson, G. C., Chiu, S. H., Morrison, B., Burkhammer, M., & Ludington-Hoe, S. (2004). Skin-to-skin care for breastfeeding difficulties post-birth. *Touch and massage therapy in early development*. New Brunswick: Johnson & Johnson Pediatric Institute, 115-136.
- Bergman, N. J., Linley, L. L., & Fawcus, S. R. (2004). Randomized controlled trial of skin-to-skin contact from birth versus conventional incubator for physiological stabilization in 1200-to 2199-gram newborns. *Acta Paediatrica*, 93(6), 779-785.
- Chiu, S. H., Anderson, G. C., & Burkhammer, M. D. (2005). Newborn Temperature During Skin-to-Skin Breastfeeding in Couples Having Breastfeeding Difficulties. *Birth*, 32(2), 115-121.
- Christensson, K. (1996). Fathers can effectively achieve heat conservation in healthy newborn infants. *Acta Paediatrica*, 85(11), 1354-1360.
- Christensson, K., Bhat, G. J., Amadi, B. C., Eriksson, B., & Höjer, B. (1998). Randomised study of skin-to-skin versus incubator care for rewarmed low-risk hypothermic neonates. *The Lancet*, 352(9134), 1115.
- Cignacco, E., Hamers, J. P., Stoffel, L., Lingen, R. A., Gessler, P., McDougall, J., & Nelle, M. (2007). The efficacy of non-pharmacological interventions in the management of procedural pain in preterm and term neonates. *European Journal of Pain*, 11(2), 139-152.
- Cong, X., Ludington-Hoe, S., McCain, G., & Fu, P. (2009). Kangaroo Care modifies preterm infant heart rate variability in response to heel stick pain: pilot study. *Early Human Development*, 85(9), 561-567.
- Copper, R., & Goldenberg, R. (1990). Catecholamine secretion in fetal adaptation to stress. *JOGNN: Journal Of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 19(3), 223-226.
- Dabrowski, G. A. (2007). Skin-to-Skin Contact: Giving Birth Back to Mothers and Babies. *Nursing for women's health*, 11(1), 64-71.
- Ferber, S. G., & Makhoul, I. R. (2004). The effect of skin-to-skin contact (kangaroo care) shortly after birth on the neurobehavioral responses of the term newborn: a randomized, controlled trial. *Pediatrics*, 113(4), 858-865.



- Freire, N. S., Garcia, J. S., & Lamy, Z. C. (2008). Evaluation of analgesic effect of skin-to-skin contact compared to oral glucose in preterm neonates. *Pain* (03043959), 139(1), 28-33.
- Gabriel, M., Llana, I., López, A., Fernández, E., Romero, I. & Touza, P. (2010). Randomized controlled trial of early skin-to-skin contact: effects on the mother and the newborn. *Acta Paediatrica*, 99(11), 1630-1634
- González, C. (2004) – Manual Prático do Aleitamento Materno. Lisboa: Mama Mater – Associação Pró Aleitamento Materno.
- Gray, L., Watt, L., & Blass, E. M. (2000). Skin-to-skin contact is analgesic in healthy newborns. *Pediatrics*, 105(1), e14-e14.
- Lowdermilk, Deitra Leonard; PERRY, Shannon E. – Enfermagem na Maternidade. 7ª ed. Loures: Lusodidacta, 2008. 1043 p. ISBN 978-989-8075-16-1.
- Ludington-Hoe, S. M., & Hosseini, R. B. (2005). Skin-to-Skin Contact Analgesia for Preterm Infant Heel Stick. *AACN clinical issues*, 16(3), 373-387.
- Maia, F. A., Azevedo, V. O., & Gontijo, F. O. (2011). Effects of kangaroo care during painful procedures in preterm infants: a review. *Revista Brasileira De Terapia Intensiva*, 23(3), 370-373.
- Matthiesen, A. S., Ransjö-Arvidson, A. B., Nissen, E., & Uvnäs-Moberg, K. (2001). Postpartum maternal oxytocin release by newborns: effects of infant hand massage and sucking. *Birth*, 28(1), 13-19.
- Mercer, J. S., Erickson-Owens, D. A., Graves, B., & Haley, M. M. (2007). Evidence-Based Practices for the Fetal to Newborn Transition. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 52(3), 262-272.
- Moore, E. R., Anderson, G. C., & Bergman, N. (2007). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*, 3.
- Moran-Peters, J. A., Zauderer, C. R., Goldman, S., Baierlein, J., & Smith, A. E. (2014). A Quality Improvement Project Focused on Women's Perceptions of Skin-to-Skin Contact After Cesarean Birth. *Nursing For Women's Health*, 18(4), 294-303
- Nahidi, F., Tavafian, S. S., Haidarzade, M., & Hajizadeh, E. (2014). Opinions of the Midwives about enabling factors of skin-to-skin contact immediately after birth: A descriptive study. *Journal Of Family & Reproductive Health*, 8(3), 107-112
- Silva, L. M. & Clapis, M. J. (2004). Compreendendo a vivência materna no primeiro contato com seu filho na sala de partos.
- Speroff, L., & Fritz, M. A. (Eds.). (2005). *Clinical gynecologic endocrinology and infertility*. lippincott Williams & wilkins.
- Thomson, M. E., Hartsock, T. G., & Larson, C. (1979). The importance of immediate postnatal contact: its effect on breastfeeding. *Canadian family physician*, 25, 1374.
- Walters, M. W., Boggs, K. M., Ludington-Hoe, S., Price, K. M., & Morrison, B. (2007). Kangaroo care at birth for full term infants: A pilot study. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 32(6), 375-381.
- WHO (World Health Organization) (1998) – *Evidence for the ten steps to successful breastfeeding*. Geneva: World Health Organization.
- Winberg, J. A. N. (2005). Mother and newborn baby: mutual regulation of physiology and behavior—a selective review. *Developmental psychobiology*, 47(3), 217-229.