

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL - ATENÇÃO A SAÚDE DA CRIANÇA

ELIZIANE SANTOS MEDEIROS

**RELAÇÃO ENTRE O TEMPO DE CONTATO PELE-A-PELE E A DEPRESSÃO
PÓS-PARTO**

UBERLÂNDIA
2021

ELIZIANE SANTOS MEDEIROS

**RELAÇÃO ENTRE O TEMPO DE CONTATO PELE-A-PELE E A DEPRESSÃO
PÓS-PARTO**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado à
Residência Multiprofissional em Saúde – Atenção
em Saúde da Criança da Faculdade de Medicina da
Universidade Federal de Uberlândia como requisito
parcial para a obtenção do título de especialista em
Saúde da Criança.

Orientadora: Dra. Vivian Mara Golçalves de
Oliveira Azevedo
Co-orientadora: Paula Carolina Bejo Wolkers

**UBERLÂNDIA
2021**

RELAÇÃO ENTRE O TEMPO DE CONTATO PELE-A-PELE E A DEPRESSÃO PÓS-PARTO

RELATIONSHIP BETWEEN SKIN TO SKIN CONTACT TIME AND BABY BLUES

Resumo: O objetivo deste artigo foi verificar a relação entre o tempo de permanência no contato pele a pele com os sintomas de depressão pós parto em mães de recém-nascidos pré-termo com baixo peso ao nascer nos períodos da pré e pós alta hospitalar. Trata-se de um estudo prospectivo, do tipo coorte, desenvolvido na Unidade Neonatal de um Hospital Público de Minas Gerais, entre Outubro de 2019 e Março de 2020. A amostra foi composta por 26 recém-nascidos com peso < 1.800g e suas mães. Os dados referentes ao tempo de contato pele a pele foram registrados pelos profissionais do setor e conferidos pelos pesquisadores. Informações sociodemográficas e clínicas dos participantes foram coletadas através de entrevista com as mães e dos prontuários físicos. Para avaliar os sintomas de depressão pós parto foi utilizado o Inventário de Depressão de Beck. Para verificar a associação entre as variáveis relacionadas ao tempo de contato pele a pele e os escores de depressão pós-parto nas fases do estudo foi utilizado o teste de Sperman. Para analisar se houve alteração nos escores de Depressão pós parto ao longo do tempo foi utilizado o teste de Wilcoxon. Não foi encontrada relação entre início, frequência e duração do contato pele a pele e os sintomas de depressão pós-parto nos períodos analisados. Os resultados referentes aos escores de depressão pós-parto ao longo do tempo também não apresentaram diferença estatisticamente significativa. Possuir apenas um filho esteve associado a maiores sintomas de depressão no período de pré-alta hospitalar. É necessário novos estudos para investigar a relação entre o contato pele a pele e a depressão pós parto principalmente em RNPT, uma vez que não há consenso na literatura sobre o efeito dose-resposta deste cuidado na prática clínica.

Palavras-chave: Recém-nascido. Contato pele a pele. Depressão pós parto.

Abstract: The objective of this article was to verify the relationship between the length of stay in skin-to-skin contact with the symptoms of postpartum depression in mothers of preterm newborns with low birth weight in the periods before and after hospital discharge. This is a prospective, cohort study carried out at the Neonatal Unit of a Public Hospital in Minas Gerais, between October 2019 and March 2020. The sample consisted of 26 newborns weighing <1,800g and their mothers. The data referring to the time of skin to skin contact were recorded by the professionals of the sector and checked by the researchers. Sociodemographic and clinical information of the participants was collected through interviews with mothers and medical records. The Beck Depression Inventory was used to assess the symptoms of postpartum depression. To verify the association between variables related to skin-to-skin

contact time and postpartum depression scores in the study phases, the Sperman test was used. The Wilcoxon test was used to analyze whether there were changes in the postpartum depression scores over time. No relationship was found between the onset, frequency and duration of skin-to-skin contact and the symptoms of postpartum depression in the analyzed periods. The results regarding postpartum depression scores over time also showed no statistically significant difference. Having only one child was associated with greater symptoms of depression in the pre-hospital discharge period. Further studies are needed to investigate the relationship between skin-to-skin contact and postpartum depression, especially in preterm infants, since there is no consensus in the literature on the dose-response effect of this care in clinical practice.

Keywords: Newborn. Skin to skin contact. Baby blues.

INTRODUÇÃO

O nascimento prematuro é a causa mais comum de mortalidade neonatal. Estima-se que 15% a 20% dos nascimentos no mundo sejam de recém-nascidos pré-termo (RNPT), representando mais de 20 milhões de nascimentos por ano, sendo a grande maioria em países de baixa e média renda.¹

Além dos agravos às condições de saúde do próprio recém-nascido (RN),² o nascimento de um RNPT também pode influenciar negativamente em diversos aspectos biopsicossocial da vida dessas mães.³ Elas são expostas a condições desgastantes como o enfrentamento da saúde de seus filhos, às alterações na rotina familiar devido à internação hospitalar e a separação física prolongada.⁴ Estudos demonstram que essas mulheres-mães apresentam maior risco de desenvolver sintomas de depressão pós-parto (DPP).⁴⁻⁵ A DPP é um dos problemas mais críticos encontrados durante o período pós-parto,⁶ particularmente preocupante, devido ao efeito adverso sobre a saúde da criança e da mãe.⁵⁻⁶

Assim, diversas estratégias vêm sendo buscadas com o objetivo de prevenir ou minimizar os sintomas de DPP. Nesse contexto, o contato pele a pele (CPP) entre a mãe e o RN é uma terapia emergente.⁶ O CPP consiste em colocar o RN, vestido apenas com uma fralda, verticalmente junto ao tórax da mãe, pelo tempo que for prazeroso para ambos. Dessa forma, a mãe fornece calor e estímulo que simulam o ambiente intrauterino. Esse CPP não é exclusivo da mãe, pode ser realizado também pelo pai.⁷

Em estudos anteriores, as mães que realizaram CPP com os filhos relataram sentimentos e percepções mais positivas em relação aos mesmos, menos sintomas de depressão, além de se sentirem mais capazes em relação às funções maternas.⁵⁻⁸

No entanto, em revisão sistemática e metanálise que incluiu estudos direcionados aos

efeitos do CPP nos sintomas de DPP em mães de RNPT ou com baixo peso ao nascer, os autores concluíram ser necessário outras investigações com metodologias mais robustas sobre esses efeitos, destacando a necessidade de notificação aprimorada e mais fidedigna em relação ao CPP, como o tempo de início, dose, frequência e duração, o que aumentará a possibilidade de interpretação de efeito dose-resposta.⁴

Sendo assim, o presente estudo teve como objetivo verificar a relação entre o tempo de permanência no CPP com os sintomas de DPP em mães de RNPT com baixo peso ao nascer na pré e pós-alta hospitalar.

MÉTODO

Delineamento, local do estudo e considerações

Trata-se de um estudo prospectivo, do tipo coorte. Este estudo faz parte de um projeto de pesquisa amplo intitulado “Efeito do tempo de exposição ao contato pele a pele sobre desfechos clínicos em recém-nascidos de baixo peso”, aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa com Seres Humanos (CEP) local por meio do parecer nº 2,731.765. Foi desenvolvido na Unidade Neonatal de um hospital público de Minas Gerais. Os RNs atendidos nessa unidade geralmente são pré-termo e gravemente enfermos. A unidade possui atualmente 20 leitos destinados a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), 16 leitos a Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCO) e 6 leitos a Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (UCINCA). A instituição possui as três etapas do Método Canguru preconizada pelo Ministério da Saúde⁷ e as mães são estimuladas a realizarem o CPP desde a UTIN.

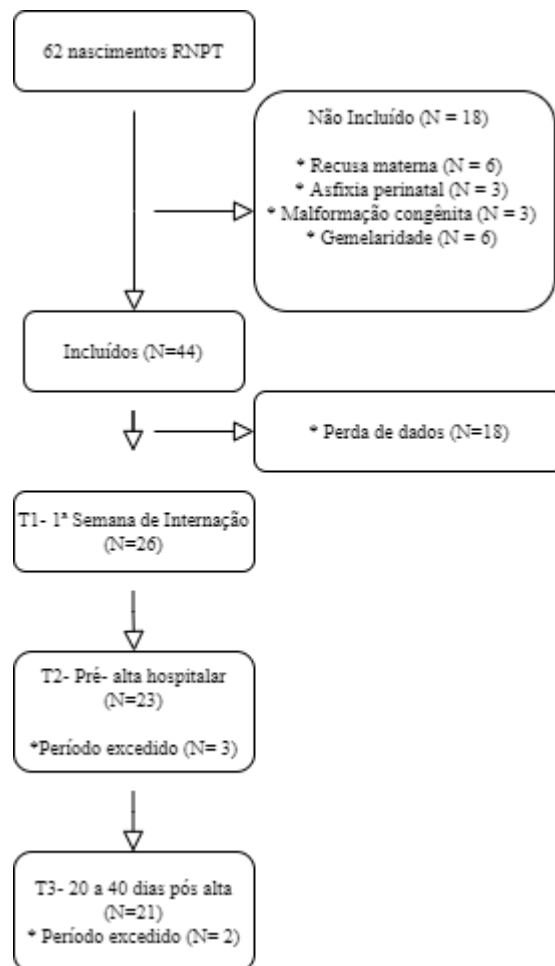
Participantes

A população de referência do estudo foi composta por RNPT com baixo peso ao nascer (<1800g) que nasceram na instituição onde foi realizado o estudo e que ficaram internados na UTIN no período de 14/10/19 a 08/04/20, além de suas mães. A amostra foi calculada com base em uma média de 151 nascimentos anuais de RNPT que foram registrados pelo setor de estatística da instituição, nos últimos três anos (2017 a 2019), considerando um nível de confiança de 95%, um desvio padrão do Inventário de Beck de 7.9⁹ e uma margem de erro de 3. A partir destes critérios, a amostra final mínima foi de 26 díades.

Não foram incluídos os RN que apresentaram: asfixia perinatal,¹⁰ má-formação congênita grave, infecção congênita sintomática, síndrome genética, gemelaridade e doença metabólica grave. Em relação à mãe, não foram incluídas aquelas que possuíam: diagnóstico de doenças psiquiátricas ou doenças graves; toxicodependência; privação de liberdade; impossibilidade de comunicação e que recusaram participar da pesquisa.

Foram excluídos os participantes cujo período de coleta de dados foi extrapolado em cada fase de coleta de dados, conforme Figura 1. Os Sintomas de DPP foram avaliados em três momentos: na primeira semana de internação do RNPT na Unidade Neonatal, na pré-alta hospitalar e na primeira consulta ambulatorial (20-40 dias).

Figura 1 – Fluxograma de participantes do estudo



Fonte: Dados da pesquisa

Legenda: Período de coleta excedido: ausência materna na consulta e incapacidade de novo encontro dentro do tempo necessário. n=26 diádes.

Instrumentos de coleta de dados

Após a concordância em participar da pesquisa e assinatura do TCLE foi realizada a coleta de dados, utilizando os seguintes instrumentos: formulário para registros das características clínicas e socioeconômicas dos RN/mães; Inventário de Beck; formulário para registro do tempo de CPP e formulário para registro dos dados ambulatoriais.

O formulário para registro das características clínicas e sociodemográficas dos RN/mães continha as seguintes informações maternas: idade, número de filhos, situação conjugal, filho anterior de baixo peso e escolaridade; neonatais: peso ao nascer, idade gestacional (IG) e *Score for Neonatal Acute Physiology - Perinatal Extension* (SNAPPE II) que consiste em um escore de gravidade e risco de mortalidade, sendo considerados de maior gravidade aqueles com pontuação acima de 37.¹¹⁻¹² Estes dados foram coletados por meio de entrevistas com a mãe e por meio dos prontuários dos RN.

O Inventário de Depressão de Beck é uma escala sintomática de autorrelato, composta por 21 itens com diferentes alternativas de resposta a respeito de como o participante tem se sentido. Em cada item, o participante deve concordar com uma afirmativa em um conjunto com quatro sentenças associadas com números de zero a três. Através da soma dos escores dos itens, obtém-se um escore total. A escolha do ponto de corte adequado depende da natureza da amostra e dos objetivos do estudo.¹³ Como o estudo inclui pacientes clínicos não diagnosticados para depressão, o ponto de corte utilizado considerou escores acima de 15 para detectar disforia, devendo o termo depressão ser apenas utilizado para indivíduos com escore acima de 20.⁹ Esta escala foi aplicada logo após a admissão do RN na Unidade Neonatal, antes da alta hospitalar e na primeira consulta no ambulatório de seguimento do RN (20 -40 dias).

O formulário para registro do tempo de CPP foi utilizado para registro de informações referentes à data de realização do CPP, com quem foi realizado (pai ou mãe), horário do início e do término. Esse registro foi realizado pelos profissionais de enfermagem do setor, após orientação dos mesmos e pelos pesquisadores.

Já o formulário de dados ambulatoriais aplicado na primeira consulta ambulatorial, visou obter informações referentes ao período pós-alta durante as consultas no ambulatório de seguimento do RN de risco, aleitamento materno, participação paterna e necessidade de reinternação.

No início da coleta de dados com as mães a mesma foi realizada de forma presencial, porém devido ao contexto relacionado a pandemia de Covid 19 estas passaram a ser realizadas por meio de questionário online enviados por meio de Whatsapp ou email previamente informado pela mãe.

Processamento e Análise dos dados

Os dados coletados foram digitados em uma planilha eletrônica (Microsoft Office Excel®) e posteriormente transportados para o software SPSS v.20 para processamento dos dados. Para todas as análises, foi adotado um nível de significância de 0,05. Para avaliar a normalidade dos dados, foi utilizado o teste de Komolgorov-Smirnov. O teste de Sperman foi utilizado para verificar a associação entre as variáveis investigadas e os escores de sintomas de DPP nas fases do estudo. Para analisar se houve redução nos escores de sintomas de DPP ao longo do tempo foi utilizado o teste o teste de Wilcoxon.

RESULTADOS

Participaram do estudo 26 RNPT e suas mães. Quanto às características socioeconômicas maternas e as características clínicas dos RN incluídos, as mesmas são apresentadas na tabela 1:

Tabela 1 - Caracterização socioeconômica das mães e dos recém-nascidos elegíveis. Uberlândia, Minas-Gerais, 2019-2020. (N=26)

Características Mães/RNs		N	%
Idade	< 20 anos	2	7,69%
	20 a 34 anos	18	69,23%
	35 anos ou mais	6	23,07%
Situação conjugal	Com companheiro	18	69,22%
	Sem companheiro	8	30,76%
Filho anterior de baixo peso	Sim	8	30,76%
	Não	18	69,23%
Escolaridade (IBGE)	Sem instrução/Fundamental incompleto	2	7,69%
	Fundamental completo/Médio incompleto	5	19,23%
	Médio completo/Superior incompleto	16	61,53%
	Superior completo	1	3,84%
	Ignorado	2	7,69%
Peso de nascimento	<1800g - 1500g	7	26,92%
	<1500g-1000g	11	42,30%
	<1000g	8	30,76%

Idade gestacional	<28s	6	23,07%
	28s a 31s e 6d	13	50%
	32s a 33s e 6d	7	26,92%
	34s a 36s e 6d	0	0
SNAPPE II	<37 pontos	20	76,92%
	>37 pontos	6	23,07%
Participação paterna	Sim	16	76,19%
	Não	5	23,80%
AME	Sim	2	9,52%
	Não	19	90,47%
Reinternação	Sim	3	14,28%
	Não	18	85,71%

Fonte: Dados da pesquisa. Legenda: CPP - contato pele a pele; IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e estatística; SNAPPE II - *Score for Neonatal Acute Physiology - Perinatal Extension*; AME – Aleitamento materno exclusivo.

Em relação aos valores em mediana dos escores de sintomas de DPP nas fases de internação, pré-alta e ambulatorial, estes foram respectivamente 10 (min 0, máx. 36), 7 (min 0, máx. 19) e 5 (min 0, máx. 27). Já em relação ao valor de mediana referente ao tempo de CPP realizado durante a internação em minutos, este foi de 1280 (min 255, máx. 723), ou seja, 21,33 horas. Quanto ao valor de mediana referente ao tempo total de internação em dias, este foi de 50 (min 29, máx. 129).

No que se refere a análise das variáveis intervenientes (peso de nascimento, idade gestacional, número de filhos, idade materna, situação conjugal, filho anterior de baixo peso, escolaridade, conhecimento sobre o método canguru, tempo total de internação, aleitamento materno exclusivo na primeira consulta ambulatorial, reinternação e participação paterna) e os escores de sintomas de DPP (fase 1, 2 e 3) verificamos, que apenas na fase 2 (pré-alta hospitalar) a variável número de filhos apresentou significância estatística ($Rho = -0,462$, $P = 0,027$). Nas demais fases, nenhuma variável mostrou associação com os escores de sintomas de DPP.

Em relação à existência de associação entre tempo de CPP e DPP os resultados encontrados são apresentados na tabela 2:

Tabela 2 - Associação entre tempo de contato pele a pele e escores de Depressão pós-parto nas fases 2 e 3. Uberlândia, Minas Gerais, 2019-2020. (N=26)

Variável interveniente	Escore DPP	Escore DPP
------------------------	------------	------------

	n° de filhos (Fase 2)	(Fase 2)	(Fase 3)
Tempo de CPP	Rho = 0,09, p = 0,662	Rho = -0,244, p = 0,262	Rho = -0,224, p = 0,328

Fonte: Dados da pesquisa. Legenda: CPP – Contato pele a pele. Análise: Teste de Sperman.

Em relação à mediana da idade cronológica do RN no primeiro CPP, a mesma foi de 8 dias (min 3, máx. 40), já em relação a frequência total de CPP realizada durante a internação, este foi de 14 vezes (min 3, máx. 62).

Também foi avaliada a associação entre início de CPP (idade cronológica na data do 1º CPP) e a frequência do CPP com escores de sintomas de DPP nas fases 1, 2 e 3. Na Fase 2, vimos que a única variável interveniente associada ao escore foi “Número de filhos”, porém esta não apresentou associação significativa com a variável “Frequência total de CPP”. Dessa forma, foi realizada, em seguida, análise de correlação de Spearman entre a frequência total de CPP e o escore na Fase 2, e conclui-se que não houve evidências de associação entre a frequência total de CPP e os escores na fase 2 pela amostra analisada (Tabela 3).

Tabela 3 - Associação entre início e a frequência do contato pele a pele com os escores de depressão pós-parto nas fases 1, 2 e 3. Uberlândia, Minas Gerais, 2019-2020. (N=26)

	Escore DPP (Fase 1)	Variável interveniente n° de filhos (Fase 2)	Escore DPP (Fase 2)	Escore DPP (Fase 3)
Idade Cronológica RN no 1º CPP	Rho = - 0,144, p = 0,484	Rho = 0,285, p = 0,158	Rho = -0,103, p = 0,640	Rho = - 0,147, p = 0,526
Frequência do CPP	Rho = - 0,144, p = 0,484	Rho = 0,285, p = 0,158	Rho = -0,103, p = 0,640	Rho = - 0,147, p = 0,526

Fonte: Dados da pesquisa. Legenda: RN – Recém-nascido; CPP – Contato pele a pele; DPP- Depressão pós parto. Análise: Teste de Sperman.

Avaliou-se também se houve redução nos escores de DPP ao longo do tempo (fase 1 a 3), conforme resultados apresentados na tabela 4:

Tabela 4 - Resultado das análises referente a variação nos escores de depressão pós-parto ao longo do tempo (fase 1 a fase 2). Uberlândia, Minas Gerais, 2019-2020. (N=26)

	Mediana	Teste W (Valor p)
Escore DPP fase 1	10	
Escore DPP fase 2	7	82,5(0,094)
Escore DPP fase 3	5	55,5 (0,820)

Fonte: Dados da pesquisa. Legenda: DPP – Depressão pós parto.

Os resultados mostraram uma diminuição nos valores dos escores de sintomas de DPP, no entanto, este resultado não foi estatisticamente significativo.

DISCUSSÃO

Com o objetivo de avaliar a relação entre o tempo de CPP e os escores de sintomas de DPP nas fases de pré-alta e seguimento ambulatorial, em uma amostra composta por RNPT de baixo-peso ao nascer, os resultados encontrados não evidenciaram diferença estatisticamente significativa entre o tempo de realização de CPP e os sintomas DPP. Dentro do limite do nosso conhecimento, não há na literatura estudos que avaliaram especificamente a relação entre o tempo de CPP e os sintomas de DPP. No entanto, estudos que abordaram o tempo de CPP em relação a outras variáveis, evidenciaram os benefícios relacionados a sua maior duração.^{14,15}

Os estudos tem apresentado tempos variáveis de CPP. Em estudo realizado na Suécia, o tempo de realização de CPP mediano diário observado durante toda a internação foi de 7,5 horas e o CPP foi associado a melhores resultados no aleitamento materno exclusivo.¹⁵ Outro estudo realizado no mesmo país, observou que esse tempo foi em média 2,16 horas.¹⁶ Já uma pesquisa realizada na Índia com mães de RN com baixo peso ao nascer de uma população de baixa renda, relatou tempo médio diário de 12 horas.¹⁷ No presente estudo, o tempo mediano de CPP realizado diariamente foi de apenas 25 minutos. Resultados semelhantes ao nosso foi encontrado em outro estudo brasileiro, no qual o tempo médio diário foi de 27 minutos,¹⁸ e em outro estudo realizado nos EUA com tempo médio diário de 31 minutos.¹⁹ Portanto, possivelmente, o tempo mediano de apenas 25 minutos possa ter interferido nos resultados deste estudo. O contexto relacionado a pandemia vivenciado por algumas mães durante o período de internação pode ter também influenciado neste resultado.

No Brasil não há tempo pré-determinado para que o CPP seja realizado. No entanto, o Ministério da Saúde recomenda que seja de acordo com o desejo e o conforto da díade.²⁰ Assim, há vários fatores que podem influenciar no tempo e na frequência de realização deste contato. Segundo Nunes et al.¹⁸, a adesão das mães em relação ao posicionamento canguru, ou CPP, não depende apenas da própria vontade materna, mas também do apoio dado pela família, pela comunidade e pela equipe de saúde. Outros fatores que podem ser considerados limitantes para a realização do CPP são as barreiras estruturais, como acomodações caras, transporte, falta de creches e políticas inadequadas de licença maternidade. Sua aplicação é facilitada quando os profissionais de saúde se conscientizam de seus benefícios baseados em evidências.² Além disso, fornecer facilidades para os pais permanecerem na UTIN é uma intervenção importante.²¹

Sabe-se que o maior tempo de CPP favorece as trocas iniciais de contato entre a díade, maior estado de alerta e melhor disponibilidade do RN para interações com a mãe durante a

amamentação.¹⁸ Com o maior tempo de contato e maior número de interações sucessivas, fortalece-se o vínculo entre a mãe-filho ou o pai-filho,²² assim o CPP permite que estes passem mais tempo com seus filhos, diminuindo, portanto, os efeitos adversos da separação precoce.⁸ Sendo assim, este contato entre pais-filhos quando realizado precocemente pode evitar o surgimento de sintomas de DPP em mães de RNPT.⁴ Fisiologicamente, esses resultados advindos do CPP é associado a liberação de ocitocina que ocorre durante a realização do mesmo.⁶

Em estudo realizado com 110 RNPT, que receberam CPP em média 1 hora/sessão, durante a primeira semana de vida, com frequência de CPP variando de 0 a 23 sessões, esta foi significativamente associada à menor morbidade neonatal medida pela menor quantidade de dias em ventilação, de uso de oxigênio e menor tempo de internação. Especialmente nos neonatos mais doentes e vulneráveis, o CPP promoveu a resiliência ao estresse, frequente no ambiente da UTIN.²³

A OMS recomenda que o CPP seja realizado por tempo contínuo (>20 horas/dia), ou de forma intermitente.²⁴ Segundo Morelius et al.²¹ o CPP contínuo diminui a reatividade ao cortisol dos bebês em resposta ao manuseio, melhora a concordância entre os níveis de cortisol salivar das mães e dos bebês e diminui as experiências dos pais com problemas de relacionamento com o cônjuge. Já em estudo que avaliou a interação entre a díade, o CPP contínuo desde o nascimento até a alta hospitalar não foi superior ao intermitente.²⁵ Os estudos existentes divergem em relação a frequência ideal, pois a mesma depende dos objetivos e contextos envolvidos, assim principalmente em relação aos sintomas de DPP existe uma lacuna na literatura referente a frequência de CPP, visto que não encontramos nenhum estudo que avaliou a relação entre a frequência e os sintomas DPP.

Já em relação ao início de realização do CPP e a relação com os escores de DPP, embora nossos resultados não apresentaram diferenças significativas, estudos prévios já evidenciaram que os sintomas de DPP podem estar relacionados à separação precoce da díade e a internação.⁴ Assim, o quanto antes for iniciado o CPP menos a mãe vai estar predisposta a esta condição, o que pode reduzir o risco da mesma apresentar sintomas depressivos.

Em nosso estudo o início de CPP ocorreu em um tempo mediano de 8 dias, tempo este superior ao encontrado em outros estudos realizados também com RNPT.^{19,26} Alguns fatores podem estar relacionados ao atraso na realização do primeiro CPP como a baixa IG, pior condição clínica, número de dias em ventilação mecânica e a própria prática da equipe da UTIN.²⁶

Quanto à existência de variáveis intervenientes associadas aos escores de sintomas de DPP nas fases do estudo, apenas “número de filhos” esteve associada, indicando que quanto menor o número de filhos maiores os sintomas de DPP na fase de pré-alta hospitalar. Uma possível justificativa para essa associação poderia ser o fato de que as mães de RNPT já vivenciam uma situação muito estressante relacionada a esse nascimento e a todo o contexto relacionado ao mesmo, como por exemplo o ambiente de hospitalização e o medo relacionado ao risco de perda desse filho.³

Nesse sentido destacamos a importância de ser estimulado o CPP, visto que o mesmo possibilita o empoderamento dos pais, transferindo gradualmente a eles habilidades e responsabilidades no cuidado do seu filho e conhecimento de suas necessidades físicas e emocionais.²⁷

Ao avaliarmos os escores de sintomas de DPP ao longo do tempo, foi possível observar uma redução no escore de Beck, porém sem diferença estatisticamente significativa. Estudo longitudinal realizado por Feldman et al.² não encontrou diferença nos sintomas de DPP na pré alta, aos 3 e 6 meses de idade corrigida e também aos 10 anos ao comparar um grupo que recebeu CPP 1 hora por dia por 14 dias consecutivos com um grupo controle que recebeu cuidado padrão na incubadora. No entanto, em estudo realizado por Badiee et al.²⁸, ao compararem um grupo controle com outro que recebeu três sessões diárias de 60min de CPP por uma semana, os autores observaram que o CPP melhorou os sintomas de ansiedade e distúrbios do sono, o nível de interação social e a depressão materna. Devido a heterogeneidade dos estudos que analisaram a DPP ao longo do tempo, ainda não é evidente os efeitos sustentados do CPP nos sintomas depressivos maternos.

Ressaltamos que a perda amostral ao longo do tempo foi a principal limitação deste estudo, no entanto, dentro do limite do nosso conhecimento, este é o primeiro que analisou a relação entre o tempo de CPP e a presença de sintomas de DPP.

Concluimos, portanto, que não houve correlação entre o tempo de CPP e os sintomas de DPP. No entanto, reafirmamos a necessidade de estimular o contato precoce e em maior tempo. Para isso, que é preciso que a equipe multiprofissional tenha um olhar individualizado para as necessidades de cada mãe-filho-família.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global nutrition targets 2025: low birth weight policy brief [Internet]. Geneva: WHO; 2014 . Disponível em:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149020/WHO_NMH_NHD_14.5_eng.pdf

2. Feldman R, Rosenthal Z, Eidelman AI. Maternal-preterm skin-to-skin contact enhances child physiologic organization and cognitive control across the first 10 years of life. *Biol Psychiatry*. 2014;75(1):56–64.
3. Kantrowitz-Gordon I. Expanded care for women and families after preterm birth. *J Midwifery Women Health* . 2013 ;58(2):158–66.
4. Scime N V, Gavarkovs AG, Chaput KH. The effect of skin-to-skin care on postpartum depression among mothers of preterm or low birthweight infants: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord Rep* . 2019 Jun ;253:376–84.
5. Bigelow AE, Power M, Maclellan-Peters J, Alex M, Mcdonald C. Effect of mother/infant skin-to-skin contact on postpartum depressive symptoms and maternal physiological stress. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* . 2012 Apr ;41(3):369–82.
6. Badr HA, Zauszniewski JA. Kangaroo care and postpartum depression: the role of oxytocin. *Int J Nurs Sci* . 2017 Jan; 4(2):179–83.
7. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido método canguru: diretrizes de cuidado [Internet]. Brasília, Ministério da Saúde; 2018 . Disponível em: <https://pt.slideshare.net/Marcusrenato/mtodo-canguru-diretrizes-do-cuidado-ministrio-da-sade-2018>
8. Athanasopoulou E, Fox JRE. Effects of kangaroo mother care on maternal mood and interaction patterns between parents and their preterm, low birth weight infants: a systematic review. *Infant Ment Health J* . 2014 May-Jun;35(3):245-62.
9. Gorenstein C, Andrade LHS. Inventário de depressão de Beck : propriedades psicométricas da versão em português. *Rev Psiquiatr Clín* . 1998 ;25(5):245-50.
10. Buonocore G, Perrone S, Longini M, Vezzosi P, Marzocchi B, Paffetti P, et al. Oxidative stress in preterm neonates at birth and on the seventh day of life. *Pediatr Res* . 2002 Jul; 52(1):46-9.
11. Harsha SS, Archana BR. SNAPPE-II (score for neonatal acute physiology with perinatal extension-II) in predicting mortality and morbidity in NICU. *J Clin Diagn Res* . 2015 Oct ;9(10):10-12.
12. Richardson DK, Corcoran JD, Escobar GJ, Lee SK. SNAP-II and SNAPPE-II: simplified newborn illness severity and mortality risk scores. *J Pediatr*. 2001 Jan;138(1):92–100.
13. Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the beck depression inventory: twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev* . 1988 ;8(1):77-100.
14. Casper C, Sarapuk I, Pavlyshyn H. Regular and prolonged skin-to-skin contact improves short-term outcomes for very preterm infants: a dose-dependent intervention. *Arch Pediatr*

. 2018 Nov ;25(8):469-475.

15. Oras P, Blomqvist YT, Nyqvist KH, Gradin M, Rubertsson C, Hellström-Westas L, et al. Skin-to-skin contact is associated with earlier breastfeeding attainment in preterm infants. *Acta Paediatr* . 2016 Jul ;105(7):783-9.
16. Flacking R, Thomson G, Ekenberg L, Löwegren I, Wallin L. Influence of NICU co-care facilities and skin-to-skin contact on maternal stress in mothers of premature babies. *BMJ Sex Reprod Health* . 2013 Oct ; 4(3):107-12.
17. Sinha B, Sommerfelt H, Ashorn P, Mazumder S, Taneja S, More D, et al. Effect of community-initiated kangaroo mother care on postpartum depressive symptoms and stress among mothers of low-birth-weight infants: a randomized clinical trial. *JAMA Netw Open* . 2021;4(4):1-12.
18. Nunes CRN, Campos LG, Lucena AM, Pereira JM, Costa PR, Lima FAF, et al. Relação da duração da posição canguru e interação mãe-filho pré-termo na alta hospitalar. *Rev Paul Pediatr* . 2017 Apr-Jun ;35(2):136-43.
19. Gonya J, Ray WC, Rumpf RW, Brock G. Investigating skin-to-skin care patterns with extremely preterm infants in the NICU and their effect on early cognitive and communication performance: a retrospective cohort study. *BMJ Open* . 2017 Mar ;7(3):1-10.
20. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido: método canguru: manual técnico [Internet]. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
21. Mörelus E, Örténstrand A, Theodorsson E, Frostell A. A randomised trial of continuous skin-to-skin contact after preterm birth and the effects on salivary cortisol, parental stress, depression, and breastfeeding. *Early Hum Dev* . 2015 Jan ;91(1):63-70.
22. Cruvinel FG, Macedo EC. Interação mãe-bebê pré-termo e mudança no estado de humor: comparação do Método Mãe-Canguru com visita na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Rev Bras Saúde Matern Infant* . 2007 Out-Dez ;7(4):449-455.
23. Marvin MM, Gardner FC, Sarsfield KM, Travagli RA, Doheny KK. Increased frequency of skin-to-skin contact is associated with enhanced vagal tone and improved health outcomes in preterm neonates. *Am J Perinatol* . 2019 Apr ;36(5):505-10.
24. World Health Organization. WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes [Internet]. Geneva: WHO; 2015. Disponível em: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/preterm-birth-guideline/en/
25. Sahlén HC, Birberg TU, Frostell A, Örténstrand A, Mörelus E. A randomized trial of continuous versus intermittent skin-to-skin contact after premature birth and the effects on mother-infant interaction. *Adv Neonatal Care* . 2020 Jun ;20(3):48-56.

26. Mörelius E, Angelhoff C, Eriksson J, Olhager E. Time of initiation of skin-to-skin contact in extremely preterm infants in Sweden. *Acta Paediatr* . 2012 Jan ;101(1):14-8.
27. Nyqvist KH, Anderson GC, Bergman N, Cattaneo A, Charpak N, Davanzo R, et al. Towards universal Kangaroo Mother Care: recommendations and report from the First European conference and Seventh International Workshop on Kangaroo Mother Care. *Acta Paediatr* . 2010 ;99:820-26.
28. Badiie Z, Faramarzi S, MiriZadeh T. The effect of kangaroo mother care on mental health of mothers with low birth weight infants. *Adv Biomed Res* . 2014 ;3:214.