



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS



FACULDADE DE MEDICINA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE /

SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

**CONTATO PRECOCE PELE A PELE ENTRE MÃE E RECÉM-NASCIDO PRÉ-
TERMO DE 1000g A 1800g: REPERCUSSÕES SOBRE INDICADORES DE
ESTRESSE MATERNO**

Fernanda de Oliveira Gontijo

Belo Horizonte

2014

Fernanda de Oliveira Gontijo

**CONTATO PRECOCE PELE A PELE ENTRE MÃE E RECÉM-NASCIDO PRÉ-
TERMO DE 1000g A 1800g: REPERCUSSÕES SOBRE INDICADORES DE
ESTRESSE MATERNO**

**Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação
em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da
Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito
parcial para obtenção do título de Mestre.**

**Área de concentração: Saúde da Criança e do
Adolescente**

**Orientador: Prof. Dr. César Coelho
Xavier**

Belo Horizonte

Faculdade de Medicina - UFMG

2014

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente

Reitor: Prof. Jaime Arturo Ramírez

Vice-Reitora: Profa. Sandra Goulart Almeida

Pró-Reitor de Pós-Graduação: Prof. Ricardo Santiago Gomez

Pró-Reitor de Pesquisa: Prof. Renato de Lima dos Santos

Diretor da Faculdade de Medicina: Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Vice-Diretor da Faculdade de Medicina: Prof: Humberto José Alves

Coordenador do Centro de Pós-Graduação: Prof. Manoel Otávio da Costa Rocha

Subcoordenadora do Centro de Pós-Graduação: Profa. Teresa Cristina de Abreu Ferrari

Chefe do Departamento de Pediatria: Profa. Benigna Maria de Oliveira

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Saúde da Criança e do Adolescente: Profa. Ana Cristina Simões e Silva

Subcoordenador do Programa de Pós-Graduação em Medicina – Saúde da Criança e do Adolescente: Prof. Eduardo Araújo Oliveira

Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Saúde da Criança e do Adolescente:

Profa. Ana Cristina Simões e Silva - Titular

Profa. Benigna Maria de Oliveira - Suplente

Prof. Eduardo Araújo Oliveira – Titular

Prof. Sérgio Veloso Brant Pinheiro – Suplente

Prof. Alexandre Rodrigues Ferreira – Titular

Profa. Débora Marques de Miranda – Suplente

Prof. Jorge Andrade Pinto – Titular

Profa. Helena Maria Gonçalves Becker – Suplente

Profa. Ivani Novato Silva – Titular

Profa. Juliana Gurgel – Suplente

Prof. Marcos José Burle de Aguiar – Titular

Profa. Roberta Maia de Castro Romanelli – Suplente

Profa. Maria Cândida Ferrarez Bouzada Viana – Titular

Profa. Cláudia Regina Lindgren – Suplente

Suelen Rosa de Oliveira – Disc Titular (Agosto de 2012 a Julho de 2013)

Isabel Vasconcelos Poggiali – Disc Suplente (Agosto de 2012 a Julho de 2013)

à *Christina de Oliveira Gontijo e Gaspar Pinto Gontijo* pelo exemplo e incentivo
à eterna busca ao saber

à *Andréa de Oliveira Gontijo*
pelo companheirismo, incentivo e carinho

AGRADECIMENTOS

Ao meu grande Mestre e amigo, prof. César Coelho Xavier.

Ao Hospital Sofia Feldman, especialmente ao Dr. Ivo Lopes e Tatiana Coelho pelo incentivo cotidiano a encarar grandes desafios.

À Vívian Mara Gonçalves de Oliveira Azevedo pelos ensinamentos e acima de tudo, pela amizade.

À Sandra Clescêncio pelo grande auxílio durante a coleta de dados.

À Isabela Campos Mendanha e ao Rafael Coelho Magalhães pela cumplicidade e amizade.

À Caroline Alves de Oliveira e à Laura Alves Cabral pelo carinho e apoio nos momentos felizes e de frustrações.

RESUMO

O impacto do nascimento pré-termo tende a ser experiência emocionalmente estressante para a maioria das mães, estando essas expostas a sintomas de ansiedade e depressão. A separação precoce entre mãe-filho pode dificultar a construção do vínculo comprometendo a relação da díade. O objetivo do estudo apresentado foi investigar a influência do contato pele a pele precoce realizado entre mãe e recém-nascido pré-termo com peso de nascimento de 1.000g a 1800g nas repercussões do estresse materno. Realizado estudo clínico aleatorizado, no qual o grupo experimental (n=30) realizou duas sessões de contato pele a pele entre 24h e 72h pós-parto e o grupo controle (n=30) não realizou a exposição nesse período. O ultrassom transfontanela foi realizado antes da primeira sessão do contato pele a pele e depois da segunda exposição. Caso fosse observado aumento da incidência de hemorragia intraperiventricular, o estudo seria interrompido. Foram coletadas por meio de questionário, informações maternas relativas à condição socioeconômica, demográfica, hábitos de vida, relações familiares e planejamento da gravidez. Foram avaliados sintomas de ansiedade (IDATE) antes e depois da exposição e sintomas de depressão pós-parto (EPDS) no sétimo dia pós-parto e aos quatro meses de idade gestacional corrigida do recém-nascido pré-termo. No grupo controle os sintomas de ansiedade foram avaliados entre 24h e 72h pós-parto. Observou-se redução de 16,6% dos sintomas de ansiedade moderada/grave após o segundo contato pele a pele. No entanto essa diferença não foi estatisticamente significativa ($p=0,166$). Observou-se redução dos sintomas de depressão pós-parto ao longo do tempo em ambos os grupos, sendo tal diminuição significativa no grupo controle ($p=0,005$). No sétimo dia pós-parto e aos quatro meses de idade gestacional corrigida do recém-nascido pré-termo não se observou diferença significativa entre os grupos ($p=0,845$; $p=0,139$; respectivamente). Houve perda de 43,6% da amostra e a análise das perdas não evidenciou diferença estatisticamente significativa. Apesar baixo poder amostral e da ausência de resultados estatisticamente significativos, essa investigação sugeriu que a aproximação mãe-filho pré-termo pode ser importante para a redução da ansiedade materna.

ABSTRACT

The impact of preterm birth tends to be emotionally stressful experience for most of the mothers who are susceptible to experience symptoms of anxiety and depression. Early maternal-infant separation may impair the attachment formation. The objective of this study is to investigate the influence of early skin-to-skin contact between mother and preterm infant with birth weight between 1,000 to 1,800 g on the repercussions of maternal stress. A randomized control study was performed in which the experimental group (n = 30) performed two sessions of skin to skin contact between 24 and 72 hours postpartum and control group (n=30) did not undergo exposure during this period. Transfontanellar ultrasound was performed before and after the exposure. This investigation would be interrupt if there was an increase in the incidence of intraventricular hemorrhage. Informations about maternal sócio-economic-demographic status, lifestyle, family relationships and pregnancy planning were investigated. Symptoms of anxiety (IDATE) - before and after exposure, and symptoms of postpartum depression (EPDS) -, on the seventh day after delivery and at four months' corrected gestational age of the preterm infants were evaluated. In the control group the anxiety symptoms were assessed between 24h and 72 hours postpartum. A reduction of 16.6% in the symptoms of moderate/severe anxiety after the second skin-to-skin contact was observed. However this difference was not statistically significant ($p=0.166$). A reduction of the symptoms of post-partum depression over time was observed in both groups, though it was significant just in the control group ($p=0.005$). On the seventh day after delivery and four months' corrected gestational age of the preterm infant it was not observed significant difference between groups ($p=0.845$, $p=0.139$, respectively). There was a loss to follow-up of 43.6 % of the sample and analysis of losses did not show statistically significant difference. Despite the small sample power and lack of statistically significant results, this research has suggested that maternal-preterm infant closeness is important to reduce maternal anxiety.

LISTA DE ABREVIATURAS

CPAP	<i>Continuous Positive Airway Pressure</i>
EPDS	Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo
FC	Frequência Cardíaca
FiO ₂	Fração inspirada de oxigênio
HPIV	Hemorragia periintraventricular
IDATE	Inventário de Ansiedade Traço-Estado
IG	Idade gestacional
IGC	Idade gestacional corrigida
ITU	Infecção do trato urinário
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PAM	Pressão arterial média
PIPP	<i>Premature Infant Pain Profile</i>
RN	Recém-nascido
RNs	Recém-nascidos
RNPT	Recém-nascido pré-termo
RNPTs	Recém-nascido pré-terms
SIMV	<i>Synchronized intermittent mandatory ventilation</i>
SpO ₂	Saturação periférica de oxigênio
STAI	<i>State-Trait Anxiety Inventory</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCIN	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Infância
USTF	Ultrassonografia Transfontanelar
UTIN	Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Análise comparativa das variáveis demográficas das mães dos grupos experimental e controle. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2013.	66
TABELA 2 - Análise comparativa das variáveis gestacionais das mães dos grupos experimental e controle. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2013.	67
TABELA 3 - Análise comparativa das relações maritais e condições emocionais das mães dos grupos experimental e controle. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2013.	67
TABELA 4 - Análise comparativa das vivências maternas em relação aos grupos experimental e controle. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2013.	68
TABELA 5 - Análise comparativa do contato precoce mãe-filho em relação aos grupos experimental e controle. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2013.	69
TABELA 6 - Análise comparativa das características dos RNPT ao nascer e ao receber alta hospitalar em relação aos grupos experimental e controle. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2013.	69
TABELA 7 - Análise comparativa das variáveis maternas e do recém-nascido em relação a amostra estudada e as perdas. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2013.	71
TABELA 8 - Análise comparativa dos resultados do IDATE – Traço e Estado antes da primeira exposição ao contato pele a pele em relação ao grupo experimental (n=30) e controle (n=30). Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2013.	72
TABELA 9 - Análise comparativa dos resultados do IDATE - Escala Estado antes do primeiro contato pele a pele e depois da segunda exposição do grupo experimental (n=30). Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2013.	73
Tabela 10: Análise comparativa dos resultados da EPDS no sétimo dia pós-parto (n=29 em cada grupo) e aos quatro meses de idade gestacional corrigida (n=16 em cada grupo) do RNPT segundo os grupos experimental e controle. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2013.	74
Tabela 11: Análise comparativa dos resultados categorizados da EPDS no sétimo dia pós-parto (n=29 em cada grupo) e aos quatro meses de idade gestacional corrigida (n=16 em cada grupo) do RNPT segundo os grupos experimental e controle. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2013.	74

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Fluxograma do delineamento da investigação	53
FIGURA 2 - Diagrama mostrando a distribuição da amostra elegível, as perdas e a amostra final avaliada.	65

Sumário

1. JUSTIFICATIVA	14
REFERÊNCIAS.....	15
2. INTRODUÇÃO	16
REFERÊNCIAS.....	22
3. REVISÃO DA LITERATURA	25
3.1. MAMÍFEROS E PERÍODO SENSITIVO	25
3.2. CONTATO PELE A PELE	28
3.3. ESTRESSE MATERNO E NASCIMENTO PRÉ-TERMO	33
REFERÊNCIAS.....	40
4. OBJETIVO	46
4.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	46
5. MÉTODOS	47
5.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO	47
5.2. CENÁRIO DO ESTUDO	47
5.2.1 A UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO NEONATAL	48
5.3. AMOSTRA ELEGÍVEL	49
5.3.1. BUSCA ATIVA.....	49
5.3.2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	49
5.3.3. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	50
5.3.4. ALEATORIZAÇÃO – CONSTRUÇÃO DOS GRUPOS.....	50
5.4. PROCEDIMENTO / PROTOCOLO	51
5.4.1. CRITÉRIOS DE INTERRUÇÃO TEMPORÁRIA DA PESQUISA ..	51
5.4.2. ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELAR (USTF)	52
5.4.3. INTERVENÇÃO (CONTATO PELE A PELE PRECOCE)	53
5.4.4. INSTRUMENTOS	54
5.4.4.1. INSTRUMENTOS DE REGISTRO DE INFORMAÇÕES MATERNAS E DO RNPT	54
5.4.4.2. INVENTÁRIO DE ANSIEDADE TRAÇO-ESTADO (IDATE)	55
5.4.4.3. ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDIMBURGO (EPDS)	57
5.5. CÁLCULO AMOSTRAL	58

5.6. ASPECTOS ÉTICOS.....	58
5.7. ANÁLISE ESTATÍSTICA	59
REFERÊNCIAS.....	61
6. RESULTADOS.....	64
6.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	65
6.2. INVENTÁRIO DE ANSIEDADE TRAÇO-ESTADO (IDATE)	71
6.3. ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDIMBURGO (EPDS)	73
7. DISCUSSÃO	75
REFERÊNCIAS.....	86
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	92

1. JUSTIFICATIVA

O Hospital Sofia Feldman (instituição onde trabalho) oferece leitos para as mães de bebês internados na UTIN para que elas possam permanecer ao lado de seus filhos 24h por dia. No entanto, percebe-se que mesmo existindo tal estratégia, existe dificuldade de aproximação entre mãe e bebê, especialmente com relação aqueles que se encontram em uso de suporte ventilatório.

Equipamentos médicos complexos, o risco de vida da criança, a imagem da criança e o que ela representa para mãe são alguns fatores complicadores para formação do vínculo nesse contexto¹ (Gathwala, 2008).

O contato pele a pele realizado por meio do posicionamento canguru é o objeto de estudo desta dissertação. Em 2011, tive oportunidade de participar junto ao grupo de pesquisa deste tema, da publicação de três artigos em revistas nacionais e internacional: “Comparação da Adesão Materna às Orientações do Método Mãe Canguru no Pré e Pós alta do Hospital Sofia Feldman”² (Chagas et al 2011), “Os efeitos da posição canguru em resposta aos procedimentos dolorosos em recém-nascidos pré-termo: uma revisão da literatura”³ (Maia et al, 2011) e “Safety of kangaroo mother care in intubated neonates under 1500g”⁴ (Azevedo et al, 2011).

Por meio desse projeto investiguei se o contato pele a pele realizado precocemente (entre 24h e 72h após parto) comparado ao mesmo contato realizado após esse período diminui o estresse materno. Durante a coleta de dados encontrei algumas dificuldades como, por exemplo, a impossibilidade de ajuda financeira. Tal fato impediu a análise do hormônio cortisol coletado durante o período de um ano, totalizando 300 amostras. O projeto foi encaminhado para órgãos financiadores como FAPEMIG e CNPq por duas vezes, no entanto, não obtivemos sucesso. Sendo assim, finalizei essa dissertação avaliando o estresse materno pós-parto (sintomas de ansiedade e depressão) de mães que tiveram filhos pré-termo (RNPT) com peso ao nascer de 1.000 a 1.800 gramas que realizaram ou não o contato pele a pele precoce.

REFERÊNCIAS

1. Gathwala G, Singh B, Balhara B. KMC facilitates mother baby attachment in low birth weight infants. *Indian J Pediatr* 2008; 75(1):43-7.
2. Chagas DO, Pereira MAS, Nicomedes TM, Lima RABC, Azevedo VMGO, Gontijo FO. Comparação da adesão maternal as orientações do método Mãe Canguru no pré e pós-alta do Hospital Sofia Feldman. *Rev Med Minas Gerais* 2011;21(1):5-8.
3. Maia FA, Azevedo VMGO, Gontijo FO. Os efeitos da posição canguru em resposta aos procedimentos dolorosos em recém-nascidos pré-termo: uma revisão da literatura. *Rev Bras Ter Intensiva* 2011; 23(3):370-373.
4. Azevedo VMGO, Xavier CC, Gontijo FO. Safety of Kangaroo Mother Care in Intubated Neonates Under 1500g. *J Trop Pediatr* 2011; 58(1): 38-42.

2. INTRODUÇÃO

A aproximação entre mãe e filho é considerada fator determinante para o desenvolvimento do vínculo entre mamíferos. Essa construção envolve a mãe, como provedora dos cuidados e o filho como receptor. O desenvolvimento é dinâmico e recíproco havendo necessidade do comprometimento de ambos¹.

A separação precoce entre mãe-filho foi descrita em mamíferos. Estudos em roedores observaram que a interrupção do contato da mãe e do filhote nos primeiros dias pós-parto parece estar relacionada a alterações do desenvolvimento cerebral, da expressão gênica, da ansiedade, das desordens afetivas, do sistema endócrino e à regulação das repostas ao estresse^{2,3}.

Ratos desenvolvem vínculo com suas mães, sendo esse dependente da aproximação contínua. O ventre materno apresenta forte odor que atrai o filhote, facilitando a localização do mamilo e a sucção. A inibição da atividade do bulbo olfatório, realizada em laboratório, promoveu a diminuição do ganho de peso dos filhotes e aumentou a taxa de mortalidade nos primeiros dias de vida⁴.

A separação dos roedores do seu filhote por 10 dias pode alterar o comportamento também da progenitora. Ratas que permaneceram afastadas de seus filhotes por esse período apresentaram postura passiva durante os cuidados com a cria. Elas deitavam ao lado ou sobre seu filhote para alimentá-lo, sem interagir com ele. Em relação aos filhotes, esses apresentavam respostas exacerbadas frente à situação de estresse (maior produção de adrenocorticosteróide)^{5,6}.

Estudos em primatas não humanos também sugerem que as primeiras horas e dias (tempo ainda não determinado) após o nascimento são essenciais para a motivação materna com a prole. Em geral, o contato de 5 a 10 minutos da díade genitora-prole após o nascimento é suficiente para que os primatas não humanos reconheçam o odor da cria e evitem rejeições⁷. Eles mantêm contato físico contínuo com seu filhote por volta de sete semanas pós-parto. Estudo experimental analisou a influência da separação materna no

comportamento na fase adulta de 22 macacos “rhesus”. Metade da amostra conviveu com a mãe na mesma jaula durante sete meses. A outra metade foi encaminhada ao “berçário”, nas primeiras 24h de vida, e permaneceu em incubadora equipada com balanço e almofada macia aquecida. A partir de 14 dias de vida, eles começaram a ter contato com outros macacos “rhesus”. Aos 11 anos de idade, os dois grupos foram avaliados quanto ao comportamento sócio-afetivo. Os macacos “rhesus” que foram separados das mães apresentaram locomoção ($p < 0,05$) e exploração do ambiente restrita ($p < 0,05$), quando comparados àqueles que permaneceram em contato contínuo com a mãe nos primeiros sete meses de vida⁸.

Em humanos, o contato entre mãe e filho é usualmente iniciado imediatamente após o nascimento. O recém-nascido (RN) despido é posicionado em prono sobre o tórax desnudo da mãe e é coberto por manta. Estudo sugere que o contato pele a pele precoce favorece o sucesso na primeira amamentação e a manutenção do aleitamento materno nos primeiros quatro meses de vida do RN. Além disso, favorece a estabilização cardiorespiratória nas primeiras seis horas de vida do RN e dos níveis de glicose entre 75 e 90 minutos de vida do recém-nascido (RN)⁹.

Segundo Klaus & Kennell (1993)¹⁰, há um período onde o apego dos pais ao bebê floresce, é o chamado período sensitivo. Essa fase de contato entre pais e filhos nos primeiros minutos, horas ou dias de vida, pode alterar o comportamento subsequente dos pais com seus bebês. Bystrova et al (2009)¹¹ estudaram as repercussões a longo prazo da separação precoce em 176 pares de mães e filhos (recém-nascidos a termo saudáveis). Foi observado que crianças colocadas em contato pele a pele ou que sugaram ao seio precocemente, durante as primeiras 2h de vida, apresentaram maior capacidade de autorregulação ($p = 0,01$) e de reciprocidade com sua mãe, aos 12 meses de vida pós-natal ($p = 0,003$), em relação àquelas que foram separadas das suas mães. Os resultados sugerem que o contato precoce pele a pele realizado nas primeiras duas horas de vida promove efeitos prolongados na interação

e na autorregulação da criança. Esse achado parece estar relacionado à existência do período sensitivo.

A separação mãe-filho imediatamente após o nascimento pré-termo é comum em alguns hospitais, sendo justificada pela necessidade de intervenção invasiva imediata, que possibilita a sobrevivência do recém-nascido pré-termo (RNPT)^{12,13}. A proporção crescente de RNPT, principalmente os de muito baixo peso (< 1500g) que necessitam de cuidados intensivos, é considerada problema grave de saúde pública. Estima-se que anualmente nascem cerca de 15 milhões de recém-nascidos pré-termo (RNPTs), sendo que Brasil, Estados Unidos, Índia e Nigéria estão entre os dez países que apresentam as maiores taxas de nascimento pré-termo¹⁴.

Logo após o nascimento, os RNPTs geralmente são encaminhados à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), local desconhecido pelos pais, onde o filho permanece até apresentar condições clínicas para receber alta. Nesse ambiente, os pais convivem com profissionais que são responsáveis pelo RNPT e enfrentam, possivelmente, situações de estresse relacionadas ao risco iminente de perda de seu filho¹⁵.

Em função da complexidade do nascimento pré-termo, as mães desses recém-nascidos (RNs) tendem a apresentar maior risco de desenvolvimento de estresse psicossocial. Além disso, o risco para o aparecimento de sintomas de depressão pós-parto é duas vezes maior que o das mães dos recém-nascidos termo (RNTs), e o risco de sintomas de ansiedade, quase três vezes maior. Dentre os fatores de risco para o estresse psicossocial nessa população, destacam-se a depressão ou a ansiedade durante a gestação, história pessoal e familiar de depressão, baixo suporte socioeconômico, baixa escolaridade e eventos estressantes durante a vida, como parto prematuro anterior^{16,17,18,19}.

Em relação às mães de RNPTs menores que 32 semanas de idade gestacional (IG), o estresse psicossocial pode variar de 13 a 40% nos primeiros meses pós-parto e pode, ainda, estar presente em 26% dessas mães, dois anos pós-parto²⁰. Estudo de coorte prospectivo

investigou a influência do parto pré-termo (<30 semanas de IG) na saúde mental dos pais (sintomas de ansiedade e depressão), na organização familiar (avaliação do suporte social) e no estresse paterno (índice de estresse dos pais), aos dois e sete anos pós-parto. Os RNs incluídos foram divididos em dois grupos, RNPTs (n=183) e RNTs (n=66). Sete anos pós-parto, foi observado que os pais do grupo dos RNPTs apresentaram maior taxa de sintomas de ansiedade moderada a grave ($p=0,03$), assim como sintomas de depressão ($p=0,03$), menor organização familiar ($p<0,05$) e maior nível de estresse ($p<0,001$) em relação aos pais dos RNTs. Observou-se associação entre a menor organização familiar e o maior estresse dos pais aos dois e sete anos pós-parto ($p<0,001$). Os resultados sugerem que o nascimento pré-termo pode influenciar o comportamento dos pais nos primeiros anos de vida do RNPT²¹.

Mães de RNPTs tendem a olhar, sorrir, vocalizar e tocar nos seus filhos com menor frequência que as mães de RNTs. Isso pode ocorrer devido aos altos níveis de estresse e à baixa responsividade do RNPT. O RNPT apresenta interação restrita, demonstrando baixa capacidade de resposta positiva e negativa à estimulação de sua mãe. Essa dificuldade de interação mãe-filho pode prejudicar a formação do vínculo, o aprendizado das interações sociais e a maturação cerebral^{22,18}.

Estudo observacional investigou a associação entre estresse materno e a qualidade da interação mãe-filho (aos 6 e 18 meses de idade gestacional corrigida - IGC) em mães de RNPTs (n=47, idade gestacional - IG:<34 semanas) e RNTs. A análise multivariada mostrou que mães de RNPTs com altos níveis de estresse emocional apresentaram menor sensibilidade às necessidades do filho e maior comportamento controlador durante a interação mãe-filho aos seis meses de IGC ($p<0,05$) em relação às mães de RNTs. Não se observou diferença estatística aos 18 meses de IGC. Os resultados sugerem que o estresse materno sofrido após o nascimento do RNPT pode perdurar ao longo do tempo, influenciando diretamente a relação mãe-filho²³.

Pesquisas sugerem que o contato pele a pele entre mãe e RNPT pode favorecer a redução do estresse materno^{24,12,25}. Estudo quase experimental brasileiro investigou a influência do contato pele a pele em relação aos sintomas de depressão pós-parto em mães de RNPTs (n=177; peso de nascimento < 2.000g). A avaliação da depressão foi realizada na admissão do RNPT na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e, posteriormente, na alta hospitalar. Após alta da UTIN, as mães eram orientadas a realizar o contato pele a pele diariamente, pelo maior tempo possível (mínimo uma hora a cada exposição). Os resultados mostraram redução de 37,3% para 16,9% dos sintomas de depressão pós-parto ($p < 0,001$). Os autores atribuem essa redução à intervenção do contato pele a pele²⁶. No entanto, essa investigação apresenta limitações. A primeira avaliação dos sintomas de depressão pós-parto aconteceu durante a admissão na UTIN. Sabe-se que esse momento é considerado período de crise e instabilidade emocional da mãe em função do risco de vida do RNPT. A segunda avaliação foi realizada na alta hospitalar, momento em que, geralmente, as mães estão mais tranquilas e satisfeitas com a recuperação do seu filho. Esses fatores de confusão podem ter alterado os resultados. Seria interessante a investigação dos sintomas de depressão pós-parto em grupo controle semelhante ao investigado que não realizasse contato pele a pele durante a internação.

O primeiro contato pele a pele entre mãe e RNPT pode ocorrer precocemente (RNPTs estáveis) ou tardiamente (RNPTs que demandam suporte ventilatório em sala de parto). Estudos sugerem que o tempo de início pode variar de 10h a seis dias pós-parto, dependendo da condição clínica do RNPT e da rotina dos cuidados do serviço^{27,28,29}. Estudo experimental investigou a influência do contato pele a pele precoce (mediana do tempo de início: 19h pós-nascimento; n= 37; IG média= $36,6 \pm 2,18$ semanas; peso médio de nascimento= $2.075 \pm 272,4$ g) e tardio (mediana do tempo de início: 28,5h pós-nascimento; n= 36; IG média= $36,0 \pm 2,06$ semanas; peso médio de nascimento= $2.077 \pm 291,6$ g) realizado em RNPTs em relação às taxas de mortalidade até 28 dias de vida, intercorrências nos primeiros 28 dias de vida e ganho de peso. Os

resultados indicaram que a taxa de mortalidade até 28 dias de vida foi maior no grupo que realizou o contato pele a pele precoce, no entanto essa diferença não foi significativa ($p=1,00$). Não se observou diferença estatisticamente significativa entre os grupos em relação à ocorrência de morbidades nos primeiros 28 dias de vida ($p=0,24$). Os RNPTs do grupo de contato precoce apresentaram menor perda de peso nas primeiras 24h de vida, sendo essa diferença significativa ($p=0,02$)³⁰. Outros estudos com desenho semelhante e maior poder amostral poderiam investigar a influência da precocidade do contato pele a pele nesses desfechos.

A literatura sobre as diferenças entre o contato pele a pele precoce e tardio entre mãe e RNPT é escassa. Não foram localizadas investigações que estudaram a influência desse tempo sobre as repercussões no estresse materno. O objetivo do presente estudo é investigar as repercussões do contato pele a pele precoce entre mãe e RNPT nos indicadores de estresse materno.

REFERÊNCIAS

1. Sullivan R, Perry R, Sloan A, Kleinhaus K, Burtchen N. Infant bonding and attachment to the caregiver: insights from basic and clinical science. *Clin Perinatol* 2011; 38(4):643-55.
2. Landers MS, Sullivan RM. The development and neurobiology of infant attachment and fear. *Dev Neurosci* 2012; 34(2-3):101-14.
3. Champagne FA. Early environments, glucocorticoid receptors, and behavioral epigenetics. *Behav Neurosci* 2013; 127(5):628-36.
4. Bisaz R, Sullivan RM. Developmental neurobiology of the rat attachment system and its modulation by stress. *Behav Sci* 2013; 2(2):79-102.
5. Liu D, Diorio J, Tannenbaum B, Caldji C, Francis D, Freedman A *et al.* Maternal care, hippocampal glucocorticoid receptors, and hypothalamic-pituitary-adrenal responses to stress. *Science* 1997; 277(5332):1659-62.
6. Macri S, Würbel H. Developmental plasticity of HPA and fear responses in rats: a critical review of the maternal mediation hypothesis. *Horm Behav* 2006; 50(5):667-80.
7. Maestriperi D. Is there Mother-Infant bonding in primates? *Dev Rev* 2001; 21(1):93-120.
8. Corcoran CA, Pierre PJ, Haddad T, Bice C, Suomi SJ, Friedman D *et al.* Long-term effects of differential early rearing in rhesus macaques: behavioral reactivity in adulthood. *Dev Psychobiol* 2012; 54(5):546-55.
9. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Downswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 5:CD003519.
10. Klaus MH, Kennell JH. Pais/Bebês a formação do apego. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
11. Bystrova K, Ivanova V, Edhborn M, Matthiesen AS, Ransjö-Arvidson AB, Mukhmedrakhimov R, *et al.* Early contact versus separation: effects on mother-infant interaction one year later. *Birth* 2009; 36(2):110-2.

12. Flacking R, Lehtonen L, Thomson G, Axelin A, Ahlqvist S, Moran VH *et al.* Closeness and separation in neonatal intensive care. *Acta Paediatr* 2012; 101(10):1032-37.
13. Castrodale V, Rinehart S. The Golden Hour: improving the stabilization of the very low birth-weight infant. *Adv Neo Care* 2014; 14(1):9-14.
14. World Health Organization. Born too soon: the global action report on preterm birth [Internet]. Geneva: WHO; 2012 [acesso em: 20 jan. 2014]. Disponível em: http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf.
15. Lasiuk GC, Comeau T, Newburn-ook C. Unexpected: an interpretive description of parental traumas' associated with preterm birth. *BMC Pregnancy Childbirth* 2013; 13(suppl 1):S13. Cited in Pubmed; PMID 23445715.
16. Vigod SN, Villegas L, Dennis CL, Ross Le. Prevalence and risk factors for postpartum depression among women with preterm and low-birth-weight infants: a systematic review. *BJOG* 2010; 117(5):540-50.
17. Bener A. Psychological distress among postpartum mothers of preterm infants and associated factors: a neglected public health problem. *Rev Bras Psiquiatr* 2013; 35(3):231-36.
18. Gulamani SS, Premji SS, Kanji ZK, Azam SI. A review of postpartum depression, preterm birth, and culture. *J Perinat Neonat Nurs* 2013; 27(1):52-59.
19. Gaillard A, Strat YL, Mandelbrot L, Keita H, Dubertret. Predictors of postpartum depression: prospective study of 264 women followed during pregnancy and postpartum. *Psychiatry Res* 2014; 215(2):341-6.
20. Treyvaud K. Parent and family outcomes following very preterm or very low birth weight birth: a review. *Semin Fetal Neonatal Med* 2013. Cited in Pubmed; PMID24252709.

21. Treyvaud K, Lee KJ, Doyle LW, Anderson PJ. Very preterm birth influences parental mental health and family outcomes seven years after birth. *J Pediatr* 2013. Cited in Pubmed; PMID 24359937.
22. Feldman R, Eidelman AI. Maternal postpartum behavior and the emergence of infant-mother and infant-father synchrony in preterm and full-term infants: the role of neonatal vagal tone. *Dev Psychobiol* 2007; 49(3): 290-302.
23. Muller-Nix c, Forcada-Guex M, Pierrehumbert B, Jaunin L, Borghini A, Ansermet F. Prematurity, maternal stress and mother-child interactions. *Early Hum Dev* 2004; 79(2):145-58.
24. Mörelius E, Theodorsson E, Nelson N. Salivary cortisol and mood and pain profiles during skin-to-skin care for an unselected group of mothers and infants in neonatal intensive care. *Pediatrics* 2005; 116(5):1105-13.
25. 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.
26. Alencar AEMA, Arraes LC, Albuquerque EC, Alves JGB. Effect of kangaroo care on postpartum depression. *J Trop Pediatr* 2008; 55(1):36-38.
27. Chiu SH, Anderson GC. Effect of early skin-to-skin contact on mother-preterm infant interaction through 18 months: randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud* 2009; 46(9):1168-80.
28. Karlsson V, Heinemann AB, Sjörs G, Nykvist KH, Agren J. Early skin-to-skin care in extremely preterm infants: thermal balance and care environment. *J Pediatr* 2012; 161(3):422-26.
29. Mörelius E, Angelhoff C, Ericksson J, Olhager E. Time of inciation of skin-to-skin contact in extremely preterm infants in Sweden. *Acta Paediatr* 2012; 101(1):14-18.
30. Nagai S, Andrianarimanana D, Rabesandratana NH, Yonemoto N, Nakayama T, Mori R. Early versus later continuous Kangaroo Mother Care (KMC) for stable low-birth-weight infants: a randomized controlled trail. *Acta Paediatr* 2010; 99(5):827-35.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1. Mamíferos e o período sensitivo

Modelos animais em mamíferos têm sido realizados para analisar e compreender a complexa construção do vínculo entre mãe e prole¹. O comportamento materno dos mamíferos é extremamente variável. Coelhos permanecem em contato com sua cria durante curtos momentos do dia, enquanto primatas acompanham os filhotes por toda a vida. O desenvolvimento do vínculo entre a progenitora e sua cria é complexo e envolve diretamente o sistema sensorial (predominantemente olfativo, nos roedores, e visual, nos primatas)². O filhote é capaz de captar o estímulo sensorial para produzir a resposta motora necessária a sua sobrevivência. Dentre as características mais importantes envolvidas na formação do vínculo, encontra-se a motivação. O cheiro do leite materno pode ser considerado estímulo para a busca do seio da mãe^{3,4,1,5}.

Durante o pós-parto imediato, as ratas exibem comportamento particular. Nesse período, elas apresentam hipersensibilidade olfatória, o que leva ao desenvolvimento da aversão ao filhote recém-nascido, especialmente em relação ao seu odor. A ocitocina liberada nas primeiras horas após o parto parece atuar diretamente na região do bulbo olfatório, diminuindo a capacidade olfativa materna. Isso pode ser considerado marco importante para o início da aceitação do filhote. Após esse período, as ratas se envolvem nos cuidados de forma intensa, porém não seletiva. Assim, qualquer filhote de outra rata que for colocado no seu ninho será cuidado como a própria cria. As ovelhas apresentam comportamento diferente, pois só se envolvem com os filhotes após identificar suas características, processo que acontece precocemente².

O período sensitivo (período crítico para a formação do vínculo progenitora-prole) foi descrito em ratos. Neurocientistas supõem que essa fase corresponde aos primeiros 10 dias de vida de roedores. Durante tal período o filhote irá desenvolver o olfato, sentido primordial para sua existência, visto que ele apresenta pobre “input” sensorial

(olfatório e somatosensorial) e depende do aprendizado do odor materno para procurar a mãe, que oferece aquecimento, proteção e alimento. Durante a vida adulta, esse sentido será essencial para a reprodução. Os filhotes são participantes ativos da interação com a mãe, o que ocorre por meio de lambidas e aconchego. Nos primeiros 10 dias de vida os roedores apresentam resposta atenuada ao estresse (hiporesponsividade), existindo baixa liberação de cortisol. Isso os mantém próximos da mãe para, então, desenvolver o vínculo. No entanto, os filhotes tornam-se mais vulneráveis a um predador⁶.

Estudos com ratos simularam o comportamento abusivo materno para investigar o desenvolvimento do vínculo nos filhotes. Foram realizados estímulos dolorosos (eletrochoques na cauda) enquanto os filhotes estavam sendo aconchegados por suas mães. Eles não demonstraram comportamento aversivo em relação às suas mães após os estímulos de dor. Acredita-se que a justificativa para tal comportamento seja a imaturidade da amígdala (estrutura encefálica componente do sistema límbico), nos primeiros 10 dias de vida, que impede a correlação da dor com o comportamento materno. A partir do décimo dia pós-parto, os filhotes começam a sair do ninho (exploração do ambiente) e a atividade da amígdala é iniciada, promovendo reações de medo ou cautela em relação àquilo que oferece risco ao filhote. Inicia-se assim, o preparo para a vida independente^{3,1,7,8}.

A separação da mãe de seu filhote imediatamente após o nascimento parece ativar o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal da prole, promovendo aumento da liberação de hormônio adrenocorticotrófico (ACTH), seguido do cortisol. Esse aumento pode gerar comprometimento cerebral, alterações comportamentais e aumentar o risco de doenças relacionadas à ansiedade. A separação repetida de ratos das suas mães promoveu alteração do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, das regiões do córtex pré-frontal e hipocampo, além de sintomas de ansiedade e depressão¹.

Estudo experimental investigou os efeitos da separação mãe-filho (entre 10 e 13 dias pós-natais) na resposta ao estresse na fase adulta de roedores. Ratos que foram separados das suas mães apresentaram

maiores níveis de cortisol ($p < 0,001$), assim como reações de imobilidade frente à situação de estresse (duas horas de natação forçada) ($p = 0,016$). Os resultados reforçam a teoria do impacto das experiências precoces na regulação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal na fase adulta⁹.

Psicólogos e neurocientistas interessados na relação mãe-filho têm estudado essa interação em modelos animais, especialmente em roedores. Estudo experimental observou que ratos que receberam maiores números de lambidas e carinhos, nos primeiros 6 dias de vida, apresentaram, na idade adulta, maior plasticidade cerebral, revelada por formações dendríticas mais longas¹⁰. O mesmo grupo já havia descrito o comportamento de ratas após o parto. Observou-se que elas lambiam e faziam mais carinhos nos seus filhotes no período entre o terceiro e oitavo dia pós-parto, quando comparado ao nono e décimo ($p < 0,01$). A investigação concluiu que esse tipo de contato entre mãe e filhote pode revelar a qualidade do cuidado da progenitora e regular respostas a situações de estresse enfrentadas pelo filhote¹¹.

Em outro estudo experimental, esse grupo investigou a influência do comportamento materno (avaliação do número de lambidas e aconchegos) no desenvolvimento da motivação do filhote (avaliada dosagem de dopamina, considerada marcador biológico da motivação) durante a busca pelo alimento. Foi observado que filhotes que receberam maiores números de lambidas e aconchego apresentaram maior motivação (maiores níveis de dopamina) para busca de alimentos calóricos ($p < 0,001$). Resultados sugerem que o comportamento materno pode influenciar diretamente o desempenho do filhote¹².

A relação mãe-filhote foi descrita em primatas não humanos^{13,14,15}. As diferentes respostas do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, após a separação do filhote dos membros da família (mãe, pai e irmãos), foi investigada em 37 primatas não humanos. Durante os primeiros 60 dias de vida dos filhotes, foram contados os números de lambidas, aconchegos e rejeições (comportamentos agressivos) que eles recebiam de seus familiares. Aos 6, 12 e 18 meses, os filhotes foram separados de suas famílias e colocados dentro de uma jaula pequena por 8h consecutivas (simulação de situação de estresse). A urina foi analisada

quanto à concentração do cortisol. Os resultados sugerem que primatas que receberam maior número de rejeições apresentaram maiores taxas de cortisol aos 6, 12 e 18 meses ($p < 0,05$ aos 6 e 18 meses). Segundo os autores, o desenvolvimento do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal é dependente da característica do cuidado precoce¹⁶.

Em humanos, a transferência do ambiente intrauterino para o extrauterino proporciona diversas estimulações sensoriais que são mediadas principalmente pelo cuidador principal (na maior parte das vezes, a mãe). O toque, proporcionado pelo contato pele a pele precoce, após o nascimento estimula o olfato do RN e, assim, o incentiva a buscar o seio materno. Inicia-se, assim, o desenvolvimento do vínculo^{1,17}. Estudos investigaram o comportamento de RNs de mães que tiveram líquido amniótico aplicado na região das mamas imediatamente após o parto. Os RNs que foram colocados sobre o ventre das mães imediatamente após o parto realizaram movimentação similar ao engatinhar na direção da mama para realizar a primeira sucção ao seio. Acredita-se que eles tenham sido guiados pelo odor conhecido do líquido amniótico. O processo de desenvolvimento do vínculo envolve proximidade e reconhecimento do cuidador, seguidos do envolvimento emocional. Essa aproximação promoverá alimentação, proteção e calor, necessários à sobrevivência do RN¹⁸.

3.2. Contato pele a pele

O contato pele a pele, usualmente, é iniciado na sala de parto. Associado à sucção ao seio, o contato parece facilitar o reconhecimento do odor do leite materno, favorecendo a manutenção do aleitamento nos primeiros meses de vida do RN¹⁸. Os efeitos do contato pele a pele realizado imediatamente após o nascimento foram estudados em relação às taxas de aleitamento materno exclusivo à alta hospitalar. Estudo multicêntrico ($n=21.842$) verificou que o contato pele a pele realizado imediatamente após o parto por três horas consecutivas pode aumentar em até 3 vezes a chance do RN receber alta em aleitamento materno exclusivo ($OR=2,957$; $IC95\%$ 2,763 - 3,165)¹⁹. Estudo de

revisão sistemática identificou achado semelhante, no entanto, foi ponderado que o menor rigor metodológico encontrado em diversas investigações pode ter influenciado os resultados encontrados²⁰.

O contato pele a pele realizado em sala de parto parece influenciar a recuperação da mãe do RN. Quando o RN é colocado em prono sobre o tórax da mãe durante a primeira hora de vida, ele apresenta movimentos de flexão e extensão de quadris e joelhos. Mães relataram que perceberam contrações uterinas durante esse processo. A atividade motora neonatal parece auxiliar a expulsão da placenta, além de prevenir o acúmulo de sangue dentro do útero¹⁸. Estudo experimental aleatorizado investigou a influência do contato pele a pele (primeiras duas horas de vida) no tempo de expulsão da placenta e no relato da dor de mães (n=274) durante o reparo da episiotomia. O tempo de expulsão da placenta foi significativamente menor nas mães que realizaram o contato pele a pele na sala de parto ($p=0,05$), no entanto, não se observou diferença entre os grupos em relação ao relato da dor ($p=0,78$)²¹.

A separação da díade mãe-filho no período pós-parto imediato ainda ocorre em alguns serviços. Algumas instituições adotam a rotina de vestir e enrolar o RN antes de apresentá-lo à mãe. Estudo experimental verificou que RNs (n=151) que foram separados das suas mães ou enrolados logo após o nascimento apresentaram menor interação durante a amamentação no quarto dia de vida ($p<0,05$), quando comparados aos RNs que realizaram contato pele a pele na sala de parto (primeira hora de vida). Além disso, as mães desses RNs apresentaram comportamento mais ríspido em relação àquelas que realizaram o contato pele a pele na sala de parto²².

Estudo observacional prospectivo descritivo investigou as reações de crianças nascidas de parto vaginal (n=21) e cesárea (n=10) à separação breve materna (interrupção do contato pele a pele precoce por cinco segundos), seguida da reaproximação entre mãe e filho. Foi observado que os bebês que nasceram de parto normal choraram mais que os nascidos de parto cesárea, ao serem separados das suas mães. No entanto, essa diferença não foi significativa (80% versus 50%;

$p=0,09$). As crianças nascidas de parto normal demoraram mais tempo para se acalmar após a reaproximação ($p=0,004$). Os autores sugerem que a menor resposta à separação dos RNs que nasceram de parto cesárea pode ser devida à alteração precoce do vínculo. Segundo o modelo da teoria do vínculo, esses RNs podem apresentar maior dificuldade para se apegar às suas mães²³. O tempo de separação entre mãe e filho foi breve. Os resultados não esclarecem se a presença do choro ocorreu pela separação da díade ou pela própria manipulação do RN. Imediatamente após o nascimento, o RN tenta se adaptar à mudança do ambiente intra para o extrauterino. Manipulações durante esse período podem gerar estresse para o RN.

O contato pele a pele na sala de parto também foi estudado em pais dos RNs. Estudo observacional investigou a influência do contato pele a pele na sala de parto (5 a 30 min pós-parto cesárea) realizado entre mãe/filho ($n=17$) e pai/filho ($n=20$), no comportamento das mães, dos pais e dos RNs, assim como no início da amamentação. A amamentação foi mais precoce no grupo que realizou contato pele a pele com a mãe ($p=0,018$), em relação ao que realizou o contato com o pai. Durante o contato pele a pele, as mães tocaram seus filhos mais vezes que os pais, durante a mesma exposição ($p=0,001$). As mães sorriram menos durante o contato pele a pele em relação aos pais, no entanto, essa diferença não foi significativa ($p=0,53$). Não se observou diferença entre os grupos em relação à frequência de beijos que eram dados nos filhos ($p=0,922$). O contato pele a pele com a mãe possivelmente favoreceu a precocidade da amamentação em função do posicionamento em prono sobre o tórax favorecer a busca da mama. Os RNs que realizaram o contato pele a pele com o pai só tiveram contato com a mãe 30 minutos após o nascimento. Pais e mães tocaram seus filhos durante o contato pele a pele. As mães tocaram mais vezes com as pontas dos dedos, enquanto os pais tocaram a maior parte do tempo com a palma da mão. O toque contínuo do pai pode ter sido a causa do número menor de toques durante a exposição²⁴.

O contato pele a pele foi estudado em RNPTs. O cuidado canguru pode ser uma estratégia para a realização desse contato. Estudo de

revisão sistemática sugere que essa intervenção pode estar relacionada à diminuição da mortalidade no momento da alta hospitalar, assim como entre 40 e 41 semanas de idade corrigida. Além disso, ele parece diminuir o risco de infecção hospitalar, hipotermia, reduz tempo de internação, favorece o ganho de peso e a manutenção do aleitamento materno exclusivo aos três meses de idade cronológica. Apenas um estudo incluído nessa revisão sistemática investigou os efeitos do contato pele a pele entre mãe e RNPT em relação ao desenvolvimento neuropsicomotor. Não se observou diferença significativa entre os grupos que realizaram, ou não, o contato pele a pele²⁵. Os resultados se referem a RNPTs estáveis e não podem ser extrapolados para os RNPTs instáveis (baixa validade externa). Além disso, a maioria dos pesquisadores que coletou os dados dos estudos incluídos nessa revisão conhecia a alocação de cada participante nos grupos experimental e controle (viés do pesquisador). Em algumas investigações, não ficou claro o método de randomização utilizado.

Estudo multicêntrico, descritivo, prospectivo e observacional investigou a média de tempo que mães de RNPT extremos (<27 semanas) atrasavam para realizar o primeiro contato pele a pele (n=520). Além disso, foram investigados os possíveis fatores que afetaram esse tempo. Ponderou-se o número de RNPTs incluídos que não realizaram o contato pele a pele durante a internação hospitalar (não oferecida à mãe a intervenção). Dentre os hospitais incluídos no estudo (sete hospitais da Suécia), foi observada variabilidade da frequência da ocorrência do contato pele a pele entre mãe e RNPT extremo (de 16% a 98%). Dos RNPTs incluídos no estudo, apenas 63,5% realizaram o contato pele a pele durante a internação no hospital. Os RNPTs realizaram o contato pele a pele com suas mães, em média, no sexto dia de vida (variabilidade de 0 a 44 dias). Menor idade gestacional, maior risco clínico e maior tempo de ventilação mecânica foram responsáveis pelo atraso do contato pele a pele em RNPT extremos ($p < 0,001$). A baixa frequência do contato pele a pele relatada por alguns serviços pode estar relacionada ao interesse restrito pela metodologia Cuidado Canguru ou à falha na documentação da

intervenção. Por outro lado, as altas taxas de relato do contato pele a pele em alguns hospitais (98%) podem estar relacionadas à hiperestimulação dos efeitos da técnica pelos profissionais do serviço. O tempo de início do contato pele a pele parece estar relacionado à rotina de cada serviço, assim como ao treinamento da equipe. RNPTs que apresentavam maior risco clínico foram colocados em contato pele a pele mais tardiamente em relação aos RNPTs estáveis. O suporte ventilatório pode gerar insegurança na equipe para colocar esses RNPTs em contato pele a pele com suas mães, mesmo havendo protocolos e estudos clínicos randomizados que sugerem que essa prática é segura²⁶.

A segurança da realização do contato pele a pele entre mãe, pai e RNPT submetidos a suporte ventilatório foi estudada^{27,28,29}. Estudo clínico prospectivo em que os sujeitos da pesquisa eram controles deles mesmos (n=22) investigou a variabilidade da temperatura, frequência cardíaca (FC), frequência respiratória (FR), saturação de oxigênio (SatO₂), fração inspirada de oxigênio (FiO₂) e a necessidade de estimulação devido a apneias em RNPT extremos (média de IG=25+4; variabilidade 23+6 – 27+0). Não foi observada diferença clinicamente significava em nenhuma das variáveis analisadas antes (2h), durante (contínuo) e após o contato pele a pele (2h). Embora tenha permanecido dentro dos valores de normalidade, durante o contato pele a pele com a mãe, observou-se aumento de 0,1°C na temperatura corporal e decréscimo de 0,3°C durante a exposição com o pai (p=0,011)³⁰.

Estudo quase experimental investigou os efeitos do contato pele a pele no controle da temperatura de RNPTs extremos (n= 26; IG média= 24semanas + 4dias; peso médio de nascimento: 600g) submetidos a suporte ventilatório (ventilação invasiva e não invasiva). Os RNPTs permaneceram em contato pele a pele por, em média, 95 minutos (variação de 60-180 min) e realizaram a intervenção, em média, no quinto dia de vida. A avaliação da temperatura e da perda de líquidos era realizada antes (30min), durante (de 15/15min) e após (30 min) o contato pele a pele. Foi observado aumento da temperatura durante o contato pele a pele (p<0,001). Não se observou diferença de

temperatura antes e após o contato pele a pele ($p>0,05$). O contato pele a pele parece seguro para prematuros extremos submetidos a suporte ventilatório³¹.

O contato pele a pele realizado entre mãe e RNTP parece favorecer a interação mãe-filho. Estudo clínico aleatorizado ($n=65$) investigou a influência do contato pele a pele realizado diariamente (1h/dia) nas primeiras oito semanas pós-parto, na interação mãe-filho aos 6 meses de IGC. Foram avaliados dois grupos controles, sendo que, no primeiro, a mãe foi encorajada a carregar o filho enrolado ou vestido no colo por, pelo menos, uma hora contínua por dia. No segundo grupo controle, as mães não foram encorajadas a realizar o contato pele a pele nem a carregar o filho no colo. O grupo exposto apresentou comportamentos sugestivos de correção com as mães de forma mais intensa que os dois grupos controles aos 6 meses de IGC ($p=0,02$)³².

Estudo de coorte, prospectivo avaliou os resultados do Método Canguru no Brasil. Foram incluídos 985 RNPTs (peso de nascimento de 500 a 1749g). Oito unidades ofereciam o Método Canguru (grupo de estudo) e 8 utilizavam a unidade intermediária convencional com bons resultados neonatais relacionados à humanização (grupo controle). Os resultados evidenciaram que não houve diferença estatística significativa quanto ao tempo de internação ($p=0,14$). O controle apresentou média de ganho ponderal (0,012), comprimento ($p=0,039$) e perímetro cefálico ($p=0,006$) maior em relação ao grupo de estudo com 36 semanas de IGC, enquanto o índice de aleitamento materno exclusivo na alta hospitalar foi maior no grupo de estudo ($p=0,022$)³³. Os resultados confirmam que o contato pele a pele entre mãe e RNPT favorece o aleitamento materno.

3.3. Estresse materno e o nascimento pré-termo

Mães e pais estão susceptíveis a apresentar estresse durante a gestação e no período pós-parto. A vulnerabilidade é maior nas mães possivelmente em função das alterações físicas e hormonais que

predispõem a instabilidade emocional³⁴. Cerca de 40% das mães que apresentam sintomas de ansiedade pós-parto desenvolvem simultaneamente sintomas de depressão³⁵.

A prevalência de sintomas da ansiedade pós-parto varia de 8% a 30%^{36,35}, enquanto a depressão acomete de 7,2% a 39,4% das mães^{37,38,39}. As acometidas pela depressão pós-parto apresentam duas vezes mais chance de apresentar sintomas recorrentes de depressão durante os primeiros cinco anos pós-parto. Consequências para o filho também foram descritas, como insegurança relacionada ao apego, atraso do desenvolvimento e dificuldade de interação social⁴⁰.

Mães de RNPTs parecem apresentar maior probabilidade de desenvolver sintomas de ansiedade e depressão pós-parto em função da complexidade da prematuridade^{41,42,43}. Estudos populacionais que investigaram a prevalência dos sintomas da ansiedade e da depressão pós-parto em mães de RNPTs são escassos. A prevalência da depressão pós-parto pode variar de 18,9% a 43%, no entanto, essa tende a reduzir durante o primeiro ano de vida do RNPT (reduz menos que a mãe do RNT). Dentre os fatores de risco para a depressão pós-parto relacionados às mães de RNPTs, destacam-se a menor idade gestacional ao nascimento (<33 semanas), a primiparidade, a baixa autoestima, o baixo suporte social e a dificuldade para dormir^{40,44}.

O nascimento pré-termo extremo está relacionado ao número maior de comorbidades, maior tempo de internação e maior incidência de incapacidades do RNPT nos primeiros anos de vida. Isso pode justificar o maior acometimento dessas mães. A dificuldade para a construção do vínculo pode ser ainda maior nos RNPTs extremos, visto que esses passam os primeiros dias e até meses de vida internados na Unidade Neonatal. Estudos de intervenção têm investigado estratégias que reduzam o estresse materno e favoreçam a construção do apego mãe-filho nessa população^{40,45}.

Altos índices de estresse materno foram encontrados em mães de RNPTs tardios (34 a 36 semanas e 6 dias; n=42) em relação às mães de RNTs (n=42). Sintomas de ansiedade materna e depressão pós-parto entre o terceiro e quarto dia pós-parto apresentaram associação com o

desmame à alta hospitalar ($p=0,004$; $p=0,017$, respectivamente). Apesar dos RNPTs tardios serem considerados saudáveis e, em geral, serem encaminhados ao alojamento conjunto logo após o nascimento, somente 21% deles recebeu alta em aleitamento materno exclusivo. Essa proporção nos RNTs foi 81% ($p=0,0001$). Altos níveis de estresse psicológico podem gerar alterações hormonais que comprometem a ejeção do leite e o comportamento materno. Esses fatores dificultam a adesão à amamentação⁴⁶.

Estudo de coorte prospectivo investigou a influência de fatores neonatais, sociodemográficos e história materna psicossocial na ocorrência de sintomas de depressão e ansiedade pós-parto de mães de RNPTs ($n=73$; média da IG: $26,5\pm 1,8$ semanas). A investigação foi realizada no momento da alta hospitalar. Os fatores de risco associados aos sintomas de depressão pós-parto, diferente de outros estudos, foram condição marital (casadas), alteração da relação do casal e maior número de dias em ventilação mecânica do RNPT ($p<0,001$). Não se observou associação entre os fatores de risco e a ansiedade materna. Relacionamento estável foi considerado fator de proteção para depressão em outras investigações. Os resultados sugerem que essa diferença pode ser justificada pela qualidade do relacionamento, e não pelo estado marital. Dentre as mães casadas, três relataram que não estavam vivendo com o companheiro e cinco estavam recebendo tratamento para infertilidade. Estudos longitudinais com maior tempo de acompanhamento seriam interessantes para investigar essas associações nos primeiros anos pós-parto⁴⁷.

Durante a internação na UTIN, as mães apresentam participação limitada nos cuidados. Elas geralmente visitam seus filhos, mas nem sempre são autorizadas a realizar cuidados, como troca de fraldas e amamentação. Estratégias como a inserção das mães durante a alimentação do RNPT, assim como orientações sobre como acalmar seu filho a partir do reconhecimento dos sinais de desconforto, parecem reduzir o estresse materno, além de permitir a aproximação entre mãe e filho^{48,49,50}.

A iniciativa materna para resolver algum problema que o filho apresente promove segurança e independência nos cuidados. A equipe deve estar atenta às mães que apresentam dificuldade para interagir com o filho durante as atividades de aproximação propostas. O encaminhamento das mães com fatores de risco para estresse psicossocial deve ser feito precocemente⁵¹.

Estudo descritivo investigou os fatores que influenciam a frequência de visitas de mães de RNPT (< 27 semanas) à UTIN e sua participação no contato pele a pele. Foram analisadas as frequências das visitas, a participação no contato pele a pele e as dificuldades ou os impedimentos para realização da técnica (instabilidade do RNPT, ansiedade materna frente ao diagnóstico, relutância da equipe em oferecer o contato pele a pele). As mães dos RNPTs visitaram seus filhos em 78% do tempo de internação na UTIN. A maioria delas (80%) colocou o filho em contato pele a pele na primeira semana após a admissão. O contato pele a pele foi realizado durante nove semanas com frequência de duas vezes por semana. O pico da realização ocorreu entre 29 e 33 semanas de IGC. A idade gestacional, o estresse materno e a comunicação com a equipe influenciaram o tempo de permanência no contato pele a pele ($p=0,004$). O número de visitas foi influenciado pela aparência e comportamento do RNPT, pelo número de crianças que viviam no domicílio com suas mães, pela idade materna e pela comunicação com a equipe ($p<0,001$). Os resultados sugerem que, para aumentar o número de visitas das mães à UTIN assim como sua participação no contato pele a pele, são necessárias estratégias como educação familiar sobre o comportamento do RNPT e maior abertura para comunicação entre pais e equipe neonatal⁵².

O nascimento pré-termo pode ser considerado período de crise para os pais. Esses precisam se adaptar a novas rotinas muitas vezes impostas pelo ambiente da unidade neonatal⁴². Estudo qualitativo descritivo exploratório, realizado no Canadá, investigou o custo não financeiro da prematuridade (efeitos psicossociais e emocionais individuais e familiares) a partir do relato de experiência de pais que tiveram RNPTs. Foram entrevistados (por telefone ou presencialmente)

14 pais de RNPTs e realizados grupos focais com outros sete pais. Os resultados sugerem que, após o nascimento pré-termo, os pais são introduzidos de forma involuntária em ambiente desconhecido e assustador (UTIN). Eles são obrigados a confiar a vida de seu frágil filho a estranhos em quem eles não confiam. A preocupação dos pais nos primeiros momentos é com a sobrevivência. Logo após o nascimento, eles são denominados pais, mas não são autorizados a exercer sua função plenamente. A incerteza os acompanha a cada informação que é passada pela equipe e a cada alarme que é acionado. Este estado de crise envolve a elaboração do nascimento pré-termo, a reestruturação da vida familiar, a construção da relação com os profissionais de saúde e a busca pelo suporte social. Os pais relataram dificuldade de aceitação da aparência do filho que é diferente do bebê idealizado. Alguns relataram que seu filho RNPT era semelhante a uma rã, possivelmente em função do baixo tônus da musculatura esquelética, comum em RNPT extremos. A “magreza” foi descrita como outro dificultador para aproximação pais-RNPT. Os pais questionavam se conseguiriam cuidar para que seu filho se tornasse forte e saudável em casa. A experiência com a prematuridade foi descrita como traumática pelos pais. O relacionamento amigável com a equipe favoreceu a adaptação à situação de crise e os conflitos contribuíram para o aumento do estresse dos pais. Apesar da baixa validade externa, os resultados sugerem que os custos da prematuridade não estão restritos ao domínio financeiro. O desgaste psicossocial e emocional dos pais pode gerar prejuízos tanto para eles quanto para os filhos RNPTs⁵³.

As alterações psicossociais e emocionais podem se tornar sintomáticas e demandar intervenção. Estudo prospectivo e multicêntrico investigou o estresse emocional de 469 pais de RNPTs (<38 semanas, <2.500g) internados na UTIN em relação à ansiedade, hostilidade e depressão. Para serem incluídos, os RNPTs deveriam ter apresentado, durante a internação, algum dos seguintes achados: episódio de apneia ou bradicardia, cardiopatia congênita, alteração neurológica, anomalias gastrointestinais, síndrome do desconforto respiratório ou displasia broncopulmonar. Os pais (mãe/pai) dos RNPTs apresentaram altos

níveis de sintomas de ansiedade, hostilidade e depressão ($p < 0,01$). Esses níveis foram mais altos nas mães em relação aos pais ($p < 0,005$), sendo que essas apresentaram menor ajuste psicossocial ($p < 0,001$). Baixo suporte social e problemas relacionados à estrutura familiar foram associados a sintomas de ansiedade, hostilidade, depressão e menor ajuste social na população estudada. Os resultados sugerem que a análise das condições psicossociais e sociodemográficas dos pais de RNPTs é necessária para identificar grupos de risco. Essa identificação precoce pode possibilitar acompanhamento e intervenção para facilitar a adaptação dos pais ao nascimento pré-termo⁵⁴.

Resultado divergente foi encontrado em outro estudo que investigou os níveis de estresse de mães de RNPTs ($n = 86$; média de IG: $27,8 \pm 2,0$ semanas) em relação às mães de RNTs ($n = 97$; média de IG: $38,8 \pm 1,4$ semanas), aos 4 meses de idade (cronológica para o RNT e corrigida para o RNPT). Foram analisados dados demográficos, neonatais e questionários que investigavam estresse materno, adaptação psicológica e temperamento do RN. As mães dos RNPTs apresentaram maiores níveis de estresse, no entanto, essa diferença não foi estatisticamente significativa ($p = 0,320$). Durante a avaliação do estresse materno identificou-se que as mães dos RNPTs apresentaram maior dificuldade para interagir com os filhos, sendo essa diferença significativa ($p = 0,049$). Não foi observada diferença estatisticamente significativa entre os grupos em relação aos sintomas de depressão pós-parto ($p = 0,440$). Foi observada associação entre o estresse das mães dos RNPTs e o gênero do RNPT ($p = 0,014$), o peso de nascimento ($p = 0,031$) e a ocorrência de procedimento cirúrgico para correção de retinopatia da prematuridade ($p = 0,012$). A análise multivariada mostrou que variáveis biológicas como hemorragia intraperiventricular, doença pulmonar crônica da prematuridade, alta hospitalar em uso de oxigênio, tratamento com laser para retinopatia da prematuridade, tempo de internação e peso ao nascimento podem ser fatores preditivos para o estresse de mães de RNPTs aos quatro meses de IGC ($p = 0,005$). As mães dos RNPTs receberam suporte das assistentes sociais durante a internação. Após a alta hospitalar, os RNPTs foram acompanhados no

ambulatório por fisioterapeutas especializados. Segundo os autores, esses dois fatores possivelmente ofereceram suporte emocional para as mães dos RNPTs, contribuindo para a ausência de diferença significativa entre os grupos em relação ao estresse materno⁵⁵.

Estudo observacional investigou a adaptação dos pais (n=124) ao nascimento pré-termo, o ajuste familiar frente à situação de crise (capacidade de organizar as rotinas após o nascimento pré-termo), a existência de suporte socioeconômico e o estresse dos pais nos primeiros dois a quatro dias de internação na UTIN (considerado período agudo de estresse) do RNPT (média de IG: 32,7±4,8 semanas). Dos RNPTs incluídos, 68,3% apresentavam patologias respiratórias e os demais, infecções neonatais, anomalias congênitas e hipoglicemia. As mães apresentaram maiores níveis de ansiedade em relação aos pais (p<0,001). Em relação ao ajuste familiar, os pais apresentaram menor ajuste em relação às mães, sendo essa diferença também significativa (p<0,001). As mães apresentaram maior facilidade que os pais para se adaptar ao nascimento pré-termo (p<0,001) e relataram que recebiam maior suporte socioeconômico que os pais (p<0,008). Não foi observada correlação entre o estresse dos pais e a capacidade de se adaptar ao nascimento pré-termo. Os resultados sugerem que existe correlação entre suporte socioeconômico e ajuste familiar. O acompanhamento dessas famílias é necessário para elaboração de estratégias que possam favorecer a adaptação ao nascimento pré-termo. Os achados sugerem que maior atenção deve ser dada ao pai que ocasionalmente é negligenciado nesse tipo de situação de estresse agudo⁵⁶.

REFERÊNCIAS

1. Landers MS, Sullivan RM. The development and neurobiology of infant attachment and fear. *Dev Neurosci* 2012;34(2-3):101-14.
2. Insel TR, Young LJ. The neurobiology of attachment. *Nat Rev Neurosci* 2001;2(2):129-36.
3. Moriceau S, Roth TL, Sullivan RM. Rodent model of infant attachment learning and stress. *Dev Psychobiol* 2010;52(7):651-60.
4. Pryce CR, Aubert Y, Maier C, Pearce PC, Fuchs E. The developmental impact of prenatal stress, prenatal dexamethasone and postnatal social stress on physiology, behaviour and neuroanatomy of primate offspring: studies in rhesus macaque and common marmoset. *Psychopharmacology* 2011;214(1):33-53.
5. Anacker AMJ, Beery AK. Life in groups: the role of oxytocin in mammalian sociality. *Front Behav Neurosci* 2013; 7:185. Cited in Pubmed 24376404.
6. Moriceau S, Sullivan RM. Neurobiology of Infant Attachment. *Dev Psychobiol* 2005; 47(3):230-242.
7. Kosten TA, Kim JJ, Lee HJ. Early life manipulations anter learning and memory in rats. *Neurosci Biobehav Rev* 2012;36(9):1985-2006.
8. Bisaz R, Sullivan RM. Developmental neurobiology of the rat attachment system and its modulation by stress. *Behav Sci* 2013;2(2):79-102.
9. Diamantopoulou A, Raftogianni A, Stamatakis A, Oitzl MS, Stylianopoulou F. Effects of denial of reward through maternal contact in the neonatal period on adult hypothalamic-pituitary-adrenal axis function in the rat. *Psychoneuroendocrinology* 2013;38(6):830-41.
10. Champagne DL, Bagot RC, Van Hasselt F, Remakers G, Meaney MJ, Ronald de Kloet E, et al. Maternal care and hippocampal plasticity: evidence for experience-dependent structural plasticity, altered synaptic functioning, and differential responsiveness to glucocorticoids and stress. *J Neurosci* 2008;28(23):6037-45.

11. Champagne FA, Francis DD, Mar A, Meaney MJ. Variations in maternal care in the rat as a mediating influence for the effects of environment on development. *Physiol Behav* 2003;79(3):359-71.
12. Peña CJ, Neugut YD, Calarco CA, Champagne FA. Effects of maternal care on the development of midbrain dopamine pathways and reward-directed behavior in female offspring. *Eur J Neurosci* 2014. Cited in Pubmed PMID 24446918.
13. Harlow HF, Zimmermann RR. Affectional responses in the infant monkey: orphaned baby monkeys develop a strong and persistent attachment to inanimate surrogate mothers. *Science* 1959;130(3373):421-32.
14. Maestriperi D. Is there Mother-Infant bonding in primates? *Dev Rev* 2001;21(1):93-120.
15. Corcoran CA, Pierre PJ, Haddad T, Bice C, Suomi SJ, Friedman D *et al.* Long-term effects of differential early rearing in rhesus macaques: behavioral reactivity in adulthood. *Dev Psychobiol* 2012;54(5):546-55.
16. Birnie AK, Taylor JH, Cavanaugh J, French JA. Quality of maternal and parental care predicts later stress reactivity in the cooperatively-breeding marmoset (*Callithrix geoffroyi*). *Psychoneuroendocrinology* 2013;38(12):3003-14.
17. Righard L, Alade MO. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *Lancet* 1990; 336(8723):1105-7.
18. Porter RH. The biological significance of skin-to-skin contact and maternal odours. *Acta Paediatr* 2004;93(12):1560-62.
19. Bramson L, Lee JW, Moore E, Montgomery S, Neish C, Bahjri K *et al.* Effect of early skin-to-skin mother-infant contact during the first 3 hours following birth on exclusive breastfeeding during the maternity hospital stay. *J Hum Lact* 2010;26(2):130-37.
20. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Downswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 5:CD003519.
21. Gabriel MAM, Matín LL, Escobar AL, Villalba EF, Blanco IR, Pol PT. Randomized controlled trial of early skin-to-skin contact: effects on the mother and the newborn. *Acta Paediatr* 2010;99(11):1630-34.

22. Dumas L, Lepage M, Bystrova K, Matthiesen AS, Welles-Nyström B, Widström AM. Influence of skin-to-skin contact and rooming-in on early mother-infant interaction: a randomized controlled trial. *Clin Nurs Res* 2013;22(3):310-36.
23. Fernández IO, Gabriel MAM, Murillo LG, Matinez AMM, Costarelli V, Santos IM. Mode of delivery may influence neonatal responsiveness to maternal separation. *Early Hum Dev* 2013;89(5):339-42.
24. Velandia M, Uvnäs-Moberg K, Nissen E. Sex differences in newborn interaction with mother or father during skin-to-skin contact after caesarean section. *Acta Paediatr* 2012;101(4):360-67.
25. Conde-Agudelo A, Belizán JM, Diaz-Rossello J. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; (3):CD002771.
26. Mörelius E, Angelhoff C, Ericksson J, Olhager E. Time of inciation of skin-to-skin contact in extremely preterm infants in Sweden. *Acta Paediatr* 2012;101(1):14-18.
27. Smith SL. Physiologic stability of Intubated VLBW infants during skin-to-skin care and incubator care. *Adv Neonatal Care* 2001;1(1):28-40.
28. van Zanten HA, Havenaar AJ, Stigt HJH, Ligthart PAH, Walther FJ. The kangaroo method is safe for premature infants under 30 weeks of gestation during ventilatory support. *J Neonatal Nurs* 2007;13:186-90.
29. Azevedo VMGO, Xavier CC, Gontijo FO. Safety of Kangaroo Mother Care in Intubated Neonates Under 1500g. *J Trop Pediatr* 2011; 58(1): 38-42.
30. Maastrup R, Greisen G. Extremely preterm infants tolerate skin-to-skin contact during the first weeks of life. *Acta Paediatrica* 2010; 99(8):1145-1149.
31. Karlsson V, Heinemann AB, Sjörs G, Nykvist KH, Agren J. Early skin-to-skin care in extremely preterm infants: thermal balance and care environment. *J Pediatr* 2012;161(3):422-26.
32. Neu M, Robinson J. Maternal holding of preterm infants during the early weeks after birth and dyad interaction at six months. *JOGGN* 2010;39(4):401-14.

33. Lamy Filho F, Silva AAM, Lamy ZC, Gomes MASM, Moreira MEL. Avaliação dos resultados neonatais do método canguru no Brasil. *Jornal de Pediatria* 2008; 84 (5): 428-35.
34. Correia LL, Linhares MBM. Maternal anxiety in the pre- and postnatal period: a literature review. *Rev Lat Am Enfermagem* 2007;15(4):677-83.
35. Wenzel A, Haugen EN, Jackson LC, Brendle JR. Anxiety symptoms and disorders at eight weeks postpartum. *J Anxiety Disord* 2005;19(3):295-311.
36. Wenzel A, Haugen EN, Jackson LC, Robinson K. Prevalence of generalized anxiety at eight weeks postpartum. *Arch Womens Ment Health* 2003;6(1):43-9.
37. Costa R, Pacheco A, Figueiredo B. Prevalência e preditores de sintomatologia depressiva após o parto. *Rev Psiquiatr Clin* 2007;34(4):157-65.
38. Ruschi GEC, Sun SY, Mattar R, Chambô Filho A, Zandonade E, Lima VJ. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. *Rev Psiquiatr* 2007;29(3):274-80.
39. Silva R, Jansen K, Souza L, Quevedo L, Barbosa L, Moraes I *et al.* Sociodemographic risk factors of perinatal depression: a cohort study in the public health care system. *Rev Bras Psiquiatr* 2012;34(2):143-48.
40. Vigod SN, Villegas L, Dennis CL, Ross Le. Prevalence and risk factors for postpartum depression among women with preterm and low-birth-weight infants: a systematic review. *BJOG* 2010;117(5):540-50.
41. Bener A. Psychological distress among postpartum mothers of preterm infants and associated factors: a neglected public health problem. *Rev Bras Psiquiatr* 2013;35(3):231-36.
42. Gulamani SS, Premji SS, Kanji ZK, Azam SI. A review of postpartum depression, preterm birth, and culture. *J Perinat Neonat Nurs* 2013;27(1):52-59.

43. Treyvaud K, Lee KJ, Doyle LW, Anderson PJ. Very preterm birth influences parental mental health and family outcomes seven years after birth. *J Pediatr* 2013. Cited in Pubmed; PMID 24359937.
44. Jubinville J, Newburn-Cook C, Hegadoren K, Lacaze-Masmonteil T. Symptoms of acute stress disorder in mothers of premature infants. *Adv Neonatal Care* 2012;12(4):246-53.
45. Welch MG, Hofer MA, Brunelli SA, Stark RI, Andrews HF, Austin J *et al*. Family nurture intervention (FNI): methods and treatment protocol of a randomized controlled trial in the NICU. *BMC Pediatr* 2012;12(14):1-17.
46. Zanardo V, Gambina I, Begley C, Litta P, Cosmi E, Giustardi A *et al*. Psychological distress and early lactation performance in mothers of late preterm infants. *Early Hum Dev* 2011;87(4):321-23.
47. Rogers CE, Kidokoro H, Wallendorf M, Inder TE. Identifying mothers of very preterm infants at-risk for postpartum depression and anxiety prior to discharge. *J Perinatol* 2013;33(3):171-76.
48. Kaaresen PI, Ronning JA, Ulvund SE, Dahl LB. A randomized controlled Trial of the effectiveness of an early-intervention program in reducing parenting stress after preterm birth. *Pediatrics* 2006;118(1):e9-19.
49. Melnyck BM, Feinstein NF, Alpert-Gillis L, Fairbanks E, Crean HF, Sinkin RA *et al*. Reducing premature infant's length of stay and improving parents' mental health outcomes with the creating opportunities for parent empowerment (COPE) neonatal intensive care unit program: a randomized, controlled trial. *Pediatrics* 2006; 118(5):e1414-27.
50. Zelkowitz P, Feeley N, Shirier I, Stremler R, Westreich R Dunkley D *et al*. The cues and care randomized controlled trial of a neonatal intensive care unit intervention: effects on maternal psychological distress and mother-infant interaction. *J Dev Behav Pediatr* 2011;32(8):591-99.
51. Kraljevic M, Warnock FF. Early educational and behavioral RCT interventions to reduce maternal symptoms of psychological trauma following preterm birth. *J Perinat Neonat Nurs* 2013;27(4):311-27.

52. Gonya J, Nelin LD. Factors associated with maternal visitation and participation in skin-to-skin care in an all referral level IIIc NICU. *Acta Paediatr* 2013;102(2):e53-6.
53. Lasiuk GC, Comeau T, Newburn-Cook C. Unexpected: an interpretive description of parental traumas' associated with preterm birth. *BMC Pregnancy Childbirth* 2013; 13(suppl 1):S13. Cited in Pubmed; PMID 23445715.
54. Doering LV, Moser DK, Dracup K. Correlates of anxiety, hostility, depression, and psychosocial adjustment in parents of NICU infants. *Neonatal Netw* 2000; 19(5):15-23.
55. Gray PH, Edwards DM, O'Callaghan M, Cuskelly M. Parenting stress in mothers of preterm infants during early infancy. *Early Hum Dev* 2012;88(1):45-49.
56. Pinelli J. Family adjustment and parental stress in the acute phase of the NICU experience. *Neonatal Netw* 2000;19(6):27-37.

4. OBJETIVO

Avaliar o estresse materno pós-parto de mães que tiveram filhos pré-termo (RNPT) com peso ao nascer de 1.000 a 1.800 gramas que realizaram ou não o contato pele a pele precoce.

4.1. Objetivos específicos

- Avaliar sintomas de ansiedade por meio do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) de mães que realizaram (grupo experimental) ou não (grupo controle) o contato pele a pele precoce.
- Avaliar sintomas de depressão por meio da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) de mães que realizaram (grupo experimental) ou não (grupo controle) o contato pele a pele precoce.

5. MÉTODOS

5.1. Delineamento do estudo

Realizou-se estudo experimental aleatorizado, comparando o grupo experimental, que realizou o contato pele a pele precoce entre 24 e 72h pós-parto e o grupo controle, que não realizou o contato pele a pele precoce neste momento, em relação ao estresse materno, medido pelos sintomas de ansiedade e depressão. A randomização das díades na mesma instituição possibilitou a comparação de grupos semelhantes (submetidos as mesmas rotinas hospitalares). Acreditou-se que a opção do terceiro grupo em outra instituição poderia gerar viés de seleção.

Essa dissertação fez parte de um projeto maior, que incluiu também trabalho de doutorado neste Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde – Saúde da Criança e do Adolescente, intitulado “Contato pele a pele precoce entre mãe e recém-nascido pré-termo de 1.000g a 1.800g: repercussões sobre os indicadores de estresse materno e na interação entre mãe-filho aos 2 e aos 4 meses de idade corrigida” defendido em 13 de Junho de 2013.

5.2. Cenário do estudo:

O estudo foi realizado na Unidade Neonatal do Hospital Sofia Feldman, instituição filantrópica, não governamental que assiste a mulher e RN, respeitando os princípios da universalidade, integralidade e equidade. Cem por cento dos atendimentos oferecidos pela instituição são prestados aos usuários no modelo do Sistema Único de Saúde (SUS). A instituição apresentou, no ano de 2013, média de 918 partos/mês, dos quais 98,7% (10.857) são de RNs vivos. Em 2013, o hospital realizou 11.020 partos e 954 admissões na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), com 296 (31%) de RNs com peso igual ou inferior a 1500 gramas. O hospital possui 41 incubadoras/berços de UTIN, 36 de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN), 60

leitos obstétricos e 13 para demais clínicas (ex. Unidade de Gestação de Alto Risco)¹.

Em 1995 o hospital recebeu o título de Hospital Amigo da Criança, do Ministério da Saúde / UNICEF. Em 2012, venceu o Concurso de Boas Práticas em Maternidade Segura / Organização Panamericana de Saúde – OPAS / OMS pela iniciativa da Casa da Gestante Zilda Arns, como a terceira melhor iniciativa institucional das Américas para redução de mortalidade materna. A missão da instituição é desenvolver ações de atenção integral à saúde da comunidade, em especial à mulher e seu filho, visando impactar nos indicadores de saúde desse grupo¹.

5.2.1. A Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal

As 41 incubadoras/berços estavam distribuídos em 4 unidades. Os pais não eram considerados visitas e podiam ficar com seus filhos o quanto desejassem. Na rotina do serviço, as mães que estavam em boas condições clínicas e obstétricas e tiveram parto vaginal recebiam alta, habitualmente, 24h pós-parto. As mães que foram submetidas à cesariana, 48h pós-parto. No momento da alta, eram convidadas a permanecer no “Espaço Sofias” (localizado no oitavo andar do hospital), enquanto seus filhos estivessem internados na Unidade Neonatal. Nesse espaço, as mães podiam dormir e conviver com as outras mulheres que também possuíam filhos internados na UTIN, além disso, podiam ficar ao lado dos seus filhos. Grupos de orientação sobre normas institucionais, amamentação, confecção de móveis e rotinas da UTIN aconteciam semanalmente e eram coordenados pela equipe multiprofissional. Os móveis e enfeites, que eram elaborados pelas mães, eram colocados na incubadora ou no berço dos bebês. Essa estratégia poderia promover, assim, tanto a estimulação precoce dos RNPT como a personalização do ambiente, favorecendo a identificação dos pais e da família com o espaço de cuidados do seu filho. A permanência no “Espaço Sofias” não era obrigatória e elas poderiam ir a suas casas, sempre que desejassem.

Diariamente os familiares podiam visitar o RNPT, desde que estivessem acompanhados de um dos pais. A visita tinha horário pré-

definido, com duração de 30 minutos. Era permitida a visita de dois familiares por dia.

Todos os dias, em horários pré-determinados, os pediatras informavam aos pais a evolução do RNPT e as propostas de intervenção discutidas pela equipe. Nesse momento, os pais poderiam esclarecer dúvidas e, dessa forma, possivelmente, favorecer a elaboração mais breve da situação vivida. Caso o quadro clínico do RNPT se agravasse, o pediatra fornecia informações fora do horário convencional.

Os RNPTs foram acompanhados diariamente pela equipe multiprofissional composta por pediatra, fisioterapeuta, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, assistente social, neurologista, oftalmologista, cardiologista e cirurgiões pediátricos. Discussões clínicas com toda a equipe aconteciam semanalmente para definir novas condutas e/ou rever aquelas que estavam em andamento.

5.3. Amostra Elegível

Mães e seus filhos RNPT com peso ao nascer de 1.000g a 1.800g e idade de 24h a 72h de vida, estáveis do ponto de vista respiratório e hemodinâmico, mesmo que estivessem necessitando de oxigenoterapia (ventilação mecânica, CPAP, HOOD, cateter nasal). Mães que haviam concordado em participar do estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Apêndice I).

5.3.1. Busca ativa

Verificou-se diariamente, na UTIN, as admissões de RNPT nas últimas 24h. Após verificação da elegibilidade do RNPT e da mãe, esta era convidada a participar da pesquisa e lhe era apresentado o TCLE. O período da coleta de dados foi de 01/12/2010 a 01/12/2011.

5.3.2. Critérios de Inclusão

Foram incluídas mães e seus filhos que apresentaram as seguintes características:

- Peso do RNPT de 1.000g a 1.800g;
- RNPT estáveis hemodinamicamente submetidos, ou não, a suporte ventilatório;
- Mães que estivessem estáveis e com condição clínica de colocar seu filho no colo;
- Mães que não apresentavam sinais evidentes de alteração psicológica

5.3.3. Critérios de Exclusão

Foram excluídas as mães e os RNPT que apresentaram qualquer uma das situações descritas abaixo:

- Apgar ao nascer < 7 no quinto minuto de vida;
- Má formação congênita grave;
- Hemorragia Periiintraventricular (HPIV) de qualquer grau, antes da exposição ao contato pele a pele;
- Mães com lesões de pele importantes, que inviabilizassem o contato pele a pele;
- Mães com dor ou mal estar que interferisse na sua disponibilidade para a técnica;
- Mães menores de 14 anos;
- Mães que morassem distante de Belo Horizonte (mais de 100 km).

5.3.4. Aleatorização– construção dos grupos

As mães de RNPT, estando ambos elegíveis, foram alocadas nos grupos experimental e controle conforme a sequência da tabela de números aleatórios gerada pelo Excel (Figura 1).

- **Grupo experimental:** Às mães deste grupo foi aplicado questionário socioeconômico-demográfico e o Inventário de Ansiedade

Traço-Estado (IDATE) – escalas Traço e Estado (Anexo I). Em seguida, a mãe foi convidada a colocar seu filho no colo em contato pele a pele por, no mínimo, uma e, no máximo, três horas, entre 24 e 72h pós-parto, por dois dias consecutivos. Após a segunda vivência do contato pele a pele, a mãe foi convidada a responder novamente à escala Estado do IDATE. No sétimo dia pós-parto e aos 4 meses de idade gestacional corrigida do RNPT, a mãe foi convidada a responder à Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) (Anexo II).

- **Grupo controle:** As mães deste grupo não realizaram o contato pele a pele precoce (entre 24 e 72h pós-parto, podendo fazê-lo após este período, atendendo à rotina padrão do hospital). A avaliação sócio-econômica demográfica e a aplicação do instrumento IDATE (escalas Traço e Estado) foram realizadas entre 24 e 72h pós-parto. No sétimo dia pós-parto e aos 4 meses de idade gestacional corrigida do RNPT, as mães foram convidadas à responder a EPDS.

5.4. Procedimento / Protocolo

5.4.1. Critérios de interrupção temporária da pesquisa

Caso o RNPT apresentasse alguma instabilidade durante o contato pele a pele (mantivesse SpO₂ menor que 85%; temperatura corporal inferior a 36,5°C e superior a 37,5°C; FC inferior a 100 bpm e superior a 160 bpm) que exigisse seu retorno à incubadora, a investigação seria suspensa em tal momento, para resguardar a integridade do RNPT^{2,3,4,5}. Assim que o RNPT estabilizasse e que o neonatologista de plantão o considerasse apto a realizar o contato pele a pele e a mãe assim o desejasse, seria reiniciada a observação.

Os parâmetros fisiológicos dos RNPTs podem sofrer alteração devido a estímulos dolorosos decorrentes da assistência e dos cuidados^{6,7,8,9,10}. Assim, foi realizada avaliação da dor dez minutos antes, sessenta minutos após o início e dez minutos após o término do contato pele a pele. A duração da exposição variou de uma a três horas. O contato pele a pele só era iniciado se não houvesse sinais de dor

moderada a grave (PIPP ≥ 12). Caso fossem identificados sinais de dor durante a exposição, seria investigada a causa do desconforto. Se essa não fosse encontrada, a exposição seria momentaneamente interrompida. Duas horas após a interrupção, o RNPT seria reavaliado e, se não houvesse sinais de dor e se a mãe ainda desejasse, seu filho poderia ser colocado novamente em contato pele a pele. Caso o RNPT apresentasse sinais de dor após a intervenção, a técnica de transferência para o contato pele a pele seria revista e avaliadas as falhas durante o procedimento. A avaliação da dor foi realizada por meio da **Premature Infant Pain Profile – PIPP**¹¹.

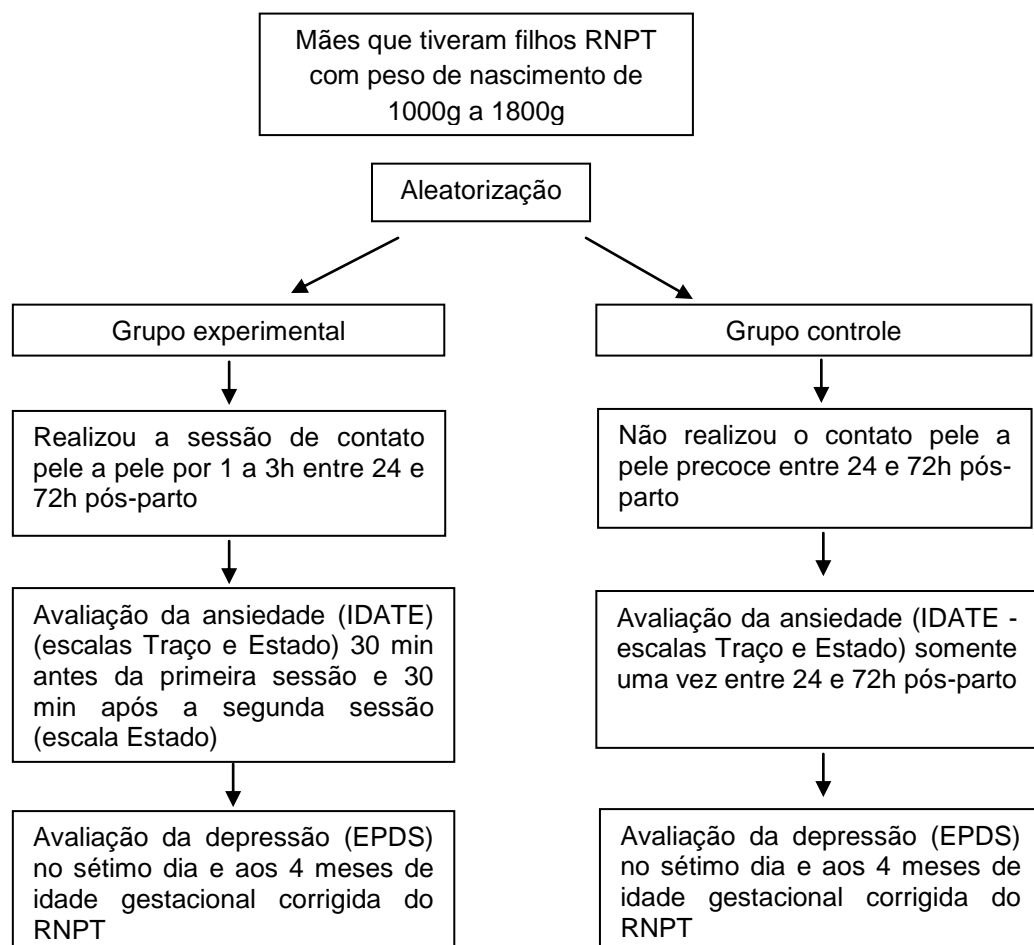
O contato pele a pele realizado com RNPT submetidos à ventilação mecânica parece seguro^{12,4}. O mesmo grupo que desenvolveu o presente estudo avaliou a segurança dessa exposição em RNPTs intubados com peso ao nascer inferior a 1.500g. Assim, foram avaliados os sinais vitais (FC, PAM, temperatura corporal) e a necessidade de oxigênio, através da FiO_2 , dos RNPTs, antes, durante e após a exposição ao contato pele a pele, em um estudo do tipo quase experimental, onde o RNPT era controle dele mesmo. Em uma amostra de 44 RNPTs as variáveis mostraram diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$). Contudo, tais variações não apresentaram dados clínicos significativos (variações menores que 5% do basal). Assim, a interpretação dos resultados evidenciou que o contato pele a pele possivelmente é um método seguro nas condições do estudo¹³.

5.4.2. Ultrassonografia Transfontanelar (USTF)

Para vigilância do diagnóstico precoce de HPIV, foi realizado USTF trinta minutos antes do primeiro contato pele a pele e sessenta minutos após a segunda exposição. O exame do USTF foi realizado com RNPT em decúbito dorsal na incubadora/berço e teve duração média de dez minutos. Para o exame, foi colocada camada de gel na região da fontanela anterior e, em seguida, ajustado sobre ela o transdutor que transmite a imagem para a tela do computador do ultrassonografista (neuropediatra da instituição). Caso houvesse aumento significativo da

incidência da HPIV no grupo experimental, comparado ao controle, o estudo seria imediatamente interrompido. Além disso, RNPT potencialmente grave, por exemplo, que apresentam fatores de risco, como baixa pressão de oxigênio à gasometria da admissão (primeira hora de vida), assim como acidose metabólica, seria excluído por apresentar instabilidade. O contato pele a pele, nesse caso, poderia desestabilizar ainda mais esse RNPT.

Figura 1: Fluxograma do delineamento da investigação



5.4.3. Intervenção (contato pele a pele precoce)

Para o contato pele a pele precoce, o RNPT, vestido apenas com fralda, foi colocado sobre o tórax da mãe, em posição lateral, com duração mínima de uma hora e máxima de três horas, desde que os dados vitais da criança permanecessem dentro dos limites de normalidade e a mãe assim o desejasse. A mãe estava vestida com roupa apropriada (camisola com abertura anterior) e sentada em

cadeira reclinável e confortável. A camisola era fechada após o posicionamento do RNPT sobre o tórax materno. Para a transferência do RNPT da incubadora para o tórax da mãe e da mãe para incubadora, foi adotado o protocolo modificado de Ludington-Hoe *et al* (2003)¹⁴. O posicionamento em decúbito lateral foi preconizado para prevenir a alteração do fluxo sanguíneo cerebral. A rotação cervical deve ser evitada pelo menos nas primeiras 72h após o nascimento prematuro em função do risco aumentado da HPIV, especialmente nos menores de 34 semanas¹⁵.

Os dados vitais - FC; SpO₂ e temperatura corporal do RNPT - foram continuamente analisados, durante o contato pele a pele, e, caso os valores excedessem os limites de normalidade, o RNPT era retornado imediatamente à incubadora.

A prática da instituição do estudo era oferecer às mães, após 72h, a técnica de cuidado contato pele a pele (posicionamento canguru). Assim, após esse período, todas as mães puderam realizar o contato pele a pele sempre que desejassem independente da permanência em qualquer unidade de internação.

5.4.4. Instrumentos

5.4.4.1. Instrumento de registro de informações maternas e do RNPT:

Foi elaborada ficha de registro das informações clínicas, obstétricas e neonatais obtidas no prontuário clínico (Apêndice II). Coletaram-se por meio de questionário, informações maternas relativas à condição socioeconômica, demográfica, hábitos de vida, relações familiares e planejamento da gravidez (Apêndices III). Essas informações foram coletadas 15 minutos antes do primeiro contato pele a pele.

Aos dois meses de idade gestacional corrigida do RNPT, foram coletadas informações da mãe sobre a convivência com o pai do RNPT

e sobre a organização dos cuidados no domicílio após a alta hospitalar (Apêndice IV).

5.4.4.2. Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)

Para avaliação da ansiedade materna, utilizou-se o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), adaptado, validado e padronizado no Brasil, originalmente desenvolvido pelo psicólogo Charles D. Spielberger (STAI – State-Trait Anxiety Inventor)¹⁶. O inventário é composto por duas escalas distintas – Traço e Estado, sendo que cada uma possui 20 afirmações. As escalas apresentam 4 opções de respostas sequencialmente distribuídas, com valores variando de 1 a 4, podendo começar, em algumas afirmações, com os valores distribuídos na ordem inversa (de 4 a 1). Os valores do alpha de Cronbach podem variar de 0,16 a 0,62 para escala Estado e 0,71 a 0,96 para escala Traço¹⁷.

A escala Estado investiga o “estado de ansiedade”, que corresponde ao estado emocional transitório, caracterizado por sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão conscientemente percebidos. As opções de resposta para afirmações como “Estou tenso (a)” são: 1. Absolutamente não; 2. Um pouco; 3. Bastante; 4. MUITÍSSIMO. Esta escala apresenta itens que sugerem ausência de ansiedade, por exemplo, a afirmação “Sinto-me calmo (a)”. Nesse caso, a pontuação deverá ser invertida (4 a 1). A numeração das afirmações que seguem esse padrão são as seguintes: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 e 20.

A escala Traço investiga o “traço de ansiedade”, que se refere à propensão individual do sujeito à ansiedade; tendência que ele tem de reagir a situações percebidas como ameaçadoras com elevações de intensidade no estado de ansiedade. Nesta escala, as opções de resposta às afirmações são: 1. Quase nunca; 2. Às vezes; 3. Frequentemente; 4. Quase sempre. Essa escala também apresenta afirmações que sugerem ausência de ansiedade e que também devem ter a pontuação invertida (questões: 1, 6, 7, 10, 13, 16 e 19). A somatória dos valores de cada escala varia de 20 a 80 pontos, sendo que maiores valores indicam maior nível de ansiedade^{16,18}.

Na presente investigação o IDATE foi aplicado verbalmente, visto que, durante o estudo piloto, observou-se que a maior parte das participantes apresentava dificuldade ou não sabia ler^{19,20}. No caso das mães alfabetizadas, foi entregue cartão contendo os números (1 a 4) e as respectivas respostas a que eles se referiam. Para aquelas que apresentavam dificuldade para ler, a cada pergunta, a pontuação era relembada. Como precaução, na sétima afirmação da escala Estado “Estou preocupado (a) com possíveis infortúnios”, optou-se por explicar às mães, caso houvesse dúvidas, que infortúnios correspondiam a “coisas ruins que poderiam acontecer”. A maior parte da amostra demandou essa explicação. Para categorização das respostas, foi estipulado que pontuações menores que 40 corresponderiam a ansiedade leve ou ausente, entre 40 e 59, ansiedade moderada, e maiores que 60, ansiedade grave. A aplicação do IDATE foi supervisionada por psicóloga da instituição que é membro do grupo de pesquisa.

As mães do grupo experimental (duas exposições com 24h de intervalo entre 24 e 72h pós-parto) responderam as duas escalas do IDATE antes de realizar o primeiro contato pele a pele. Depois da segunda exposição, elas responderam somente à escala Estado. As mães do grupo controle (não realizaram contato pele a pele precoce) responderam as duas escalas entre 24 e 72h pós-parto. A aplicação da escala Estado, após o segundo contato pele a pele, objetiva identificar mudanças transitórias da ansiedade (passível de modificação por intervenção). As orientações do manual do IDATE foram seguidas e, por isso, antes de aplicar a escala Estado solicitou-se às mães (experimental e controle) que respondessem as questões informando como elas se sentiam no momento da aplicação. Em relação à escala Traço, foi solicitada às mães que respondessem sobre como se sentem geralmente. No grupo experimental, a escala Traço foi utilizada para caracterizar a amostra apenas antes do primeiro contato pele a pele.

5.4.4.3. Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS)

Para avaliação dos sintomas da depressão pós-parto, foi utilizada a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS), instrumento que pode ser aplicado por profissionais de saúde que não possuem experiência em psiquiatria. Ela pode ser aplicada de forma rápida (em média cinco minutos) e o método de pontuação é simples. Tal instrumento auxilia a identificação de sintomas de depressão pós-parto no período subclínico. A EPDS estima a presença e a intensidade de sintomas depressivos nos últimos sete dias. Dessa forma, ela pode ser utilizada também em estudos que investigam tratamento de depressão pós-parto^{21,22}.

Em 2004, a EPDS foi validada no Brasil por meio de estudo que avaliou a depressão pós-parto em mães, três meses após o parto. A escala é autoaplicável, composta por 10 afirmações. Cada afirmação tem quatro opções, com valores variando de zero a três. Assim, a pontuação tem somatória mínima de zero e a máxima de trinta. Nas afirmações de número 4, 5, 6, 7, 8, 9 e 10, suas opções são sequencialmente pontuadas com valores invertidos (começando com três e terminando com zero)²³.

Pontos de corte de doze ou treze foram estabelecidos, ou seja, valores iguais ou acima dessa pontuação sugerem depressão pós-parto. No entanto, para diminuir 10% do número de falso negativos, deve-se adotar o ponto de corte de nove ou dez. Pontuações abaixo do ponto de corte não excluem a necessidade da avaliação clínica, principalmente se o profissional perceber sintomas ou comportamentos sugestivos de depressão pós-parto²¹.

No estudo que se apresenta, a EPDS foi aplicada verbalmente, visto que, durante o estudo piloto, observou-se que a maior parte das participantes não sabia ou tinha dificuldade para ler^{21,24}. O ponto de corte utilizado foi 10, sendo que a pontuação menor ou igual a 10 foi considerada sem sintomas sugestivos de depressão e maior que 10, com sintomas sugestivos de depressão.

5.5. Cálculo Amostral

O cálculo amostral inicial foi baseado no projeto de doutorado ao qual este estudo está acoplado. Esse projeto maior baseou seu cálculo amostral no estudo de Gathwala *et al* (2008)²⁵, no qual foram avaliados 110 RNPTs, com peso médio de 1.690g e IG média de 35 semanas, randomizados em grupo que realizou contato pele a pele e grupo controle (cuidado convencional). O escore de apego mostrou diferença significativa para o grupo de intervenção ($24,46 \pm 1,64$) comparado ao controle ($18,22 \pm 1,79$) ($p < 0,001$). Assim, considerando as diferenças das médias deste estudo com poder de 90% e um nível de significância de 5% seria necessária uma amostra de 80 RNs aleatorizados em grupo que realiza o contato pele a pele precoce (40 RNs) e em grupo que não realiza (40 RNs).

Durante a coleta de dados, não foi possível recrutar o número mínimo de participantes (40 em cada grupo), assim, o poder amostral foi novamente calculado (30 em cada grupo). Para tanto considerou-se os valores do IDATE-Estado (tanto média quanto proporção de alteração), na comparação dos valores antes e depois. Foi considerado nível de significância de 5%. O poder amostral encontrado foi de 20%. Esse baixo poder amostral pode diminuir a probabilidade da amostra identificar diferença ou o efeito real.

5.6. Aspectos éticos

Foram cumpridos os termos da Resolução 196/96 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, garantindo a preservação da identidade e integridade dos participantes, sem comprometimento da assistência às mães e aos RNPTs. As mães que aceitaram participar do estudo foram informadas sobre o procedimento, discutiu-se o entendimento e, se concordassem, assinavam o termo de consentimento livre e esclarecido. Foi garantida a possibilidade de desistência quando desejassem.

Algumas mães se recusaram a participar do estudo por se sentirem inseguras em carregar seu filho no colo. O serviço de psicologia realizou o acolhimento com todas as mães, incluídas ou não na pesquisa, e seu desejo de não participar dessa investigação foi respeitado.

A aleatorização dos grupos foi conveniente, pois se considerou não existir na literatura consenso sobre os possíveis riscos e benefícios do contato pele a pele realizado precocemente (de 24h a 72h pós-parto) em RNPT com peso ao nascer de 1.000g a 1.800g. Além disso, o contato pele a pele vivenciado nas primeiras 72 horas de vida na população assistida não faz parte da rotina do hospital e nem da prática usual da assistência neonatal. Como medida cautelar, caso se caracterizasse que a incidência de HPIV do grupo experimental fosse significativamente maior que no grupo controle, a pesquisa seria imediatamente interrompida.

Esta investigação foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética do Hospital Sofia Feldman (parecer 07/2009) (ANEXO III), pela Câmara do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina – Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG (parecer nº 58/09) (ANEXO IV) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (COEP) (parecer nº 0587.0.203.000-10) (ANEXO V).

5.7. Análise estatística

Os dados foram analisados por meio do programa SPSS, versão 19.0. Foram calculadas as frequências das variáveis qualitativas e as médias, medianas e medidas de variabilidade das variáveis quantitativas. Para analisar a associação das variáveis contínuas, utilizou-se o teste Mann Whitney devido ao caráter assimétrico dos dados. Para as variáveis qualitativas, foi utilizado o teste qui-quadrado ou exato de Fisher. Para comparação dos grupos antes e depois,

utilizaram-se os testes de Willcoxon (variáveis numéricas) e Homogeneidade Marginal (variáveis categóricas ordinais). Considerou-se um intervalo de confiança de 95% e o nível de significância utilizado em todas as análises foi de 5% ($p \leq 0,05$).

REFERÊNCIAS

1. Hospital Sofia Feldman [homepage da internet]. O hospital [acesso em 18 jan 2014]. Disponível em: <http://www.sofiafeldman.org.br/>.
2. Smith SL. Physiologic stability of Intubated VLBW infants during skin-to-skin care and incubator care. *Adv Neonatal Care* 2001; 1(1):28-40.
3. Maastrup R, Greisen G. Extremely preterm infants tolerate skin-to-skin contact during the first weeks of life. *Acta Paediatrica* 2010; 99(8):1145-1149.
4. Carbasse A, Kracher S, Hausser M, Langlet C, Escande B, Donato L et al. Safety and Effectiveness of Skin-to-Skin Contact in the NICU to Support Neurodevelopment in Vulnerable Preterm Infants. *J Perinat Neonat Nurs* 2013; 27(3):255-262.
5. Smith SL. Heart period variability of intubated very-low-birth-weight infants during incubator care and maternal holding. *Am J Crit Care* 2003; 12(1):54-64.
6. Hall RW. Anesthesia and Analgesia in the NICU. *Clin Perinatol* 2012; 39(1):239-254.
7. Maia FA, Azevedo VMGO, Gontijo FO. Os efeitos da posição canguru em resposta aos procedimentos dolorosos em recém-nascidos pré-termo: uma revisão da literatura. *Rev Bras Ter Intensiva* 2011; 23(3):370-373.
8. Ludington-Hoe SM, Hosseini RB. Skin-to-Skin Contact Analgesia for Preterm Infant Heel Stick. *AACN Clin Issues* 2005; 16(3):373-387.
9. Freire NBS, Garcia JBS, Lamy ZC. Evaluation of analgesic effect of skin-to-skin contact compared to oral glucose in preterm neonates. *Pain* 2008; 139(1):28-33.
10. Cong X, Ludington-Hoe SM, McCain G, Fu P. Kangaroo Care Modifies Preterm Infant Heart Rate Variability in Response to Heel Stick Pain: Pilot Study. *Early Hum Dev* 2009; 85(9):561-567.

11. Stevens B, Johnston C, Petryshen P, Taddio A. Premature Infant Pain Profile: development and initial validation. *Clin J Pain* 1996; 12(1):13-22.
12. van Zanten HA, Havenaar AJ, Stigt HJH, Ligthart PAH, Walther FJ. The kangaroo method is safe for premature infants under 30 weeks of gestation during ventilatory support. *J Neonatal Nurs* 2007; 13:186-90.
13. Azevedo VMGO, Xavier CC, Gontijo FO. Safety of Kangaroo Mother Care in Intubated Neonates Under 1500g. *J Trop Pediatr* 2011; 58(1): 38-42.
14. Ludington-Hoe SM, Ferreira C, Swinth J, Ceccardi JJ. Safe criteria and procedure for kangaroo care with intubated preterm infants. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2003; 32(5):579-88.
15. Malusky S, Donze A. Neutral head positioning in premature infants for intraventricular hemorrhage prevention: an evidence-based review. *Neonatal Netw* 2011; 30(6):381-96.
16. Biaggio A, Natalicio LF, Spielberger CD. Desenvolvimento da Forma Experimental em Português do IDATE. *Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada* 1977; 29(1):33-44.
17. Araújo DMR, Pereira NL, Kac G. Ansiedade na gestação, prematuridade e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática da literatura. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(4):747-56.
18. Caixeta GA. Qualidade e vida e saúde mental em mulheres tratadas de carcinoma invasor do colo uterino [dissertação]. Programa de Pós-Graduação em Medicina – Saúde da Mulher: Universidade Federal de Minas Gerais; 2009.
19. Johnson SB, Baughcum AE, Carmichael SK, She JX, Schatz DA. Maternal anxiety associated with newborn genetic screening for type 1 diabetes. *Diabetes Care* 2004; 27(2):392-7.
20. Paul IM, Downs DS, Schaefer EW, Beiler JS, Weisman CS. Postpartum anxiety and maternal-infant health outcomes. *Pediatrics* 2013;131(4):e1218-24.

21. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *BJP* 1987; 150:782-786.
22. Figueira P, Corrêa H, Malloy-Diniz L, Romano-Silva MA. Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde. *Rev Saude Publica* 2009; 43(supl1):79-84.
23. Santos IS, Matijasevich A, Tavares BF, Barros AJD, Botelho IP, Lapolli C, et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(11):2577-88.
24. Ruschi GEC, Sun SY, Mattar R, Chambô Filho A, Zandonade E, Lima VJ. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. *Rev Psiquiatr* 2007; 29(3):274-80.
25. Gathwala G, Singh B, Balhara B. KMC facilitates mother baby attachment in low birth weight infants. *Indian J Pediatr* 2008; 75(1):43-7.

6. RESULTADOS

6.1. Caracterização da amostra

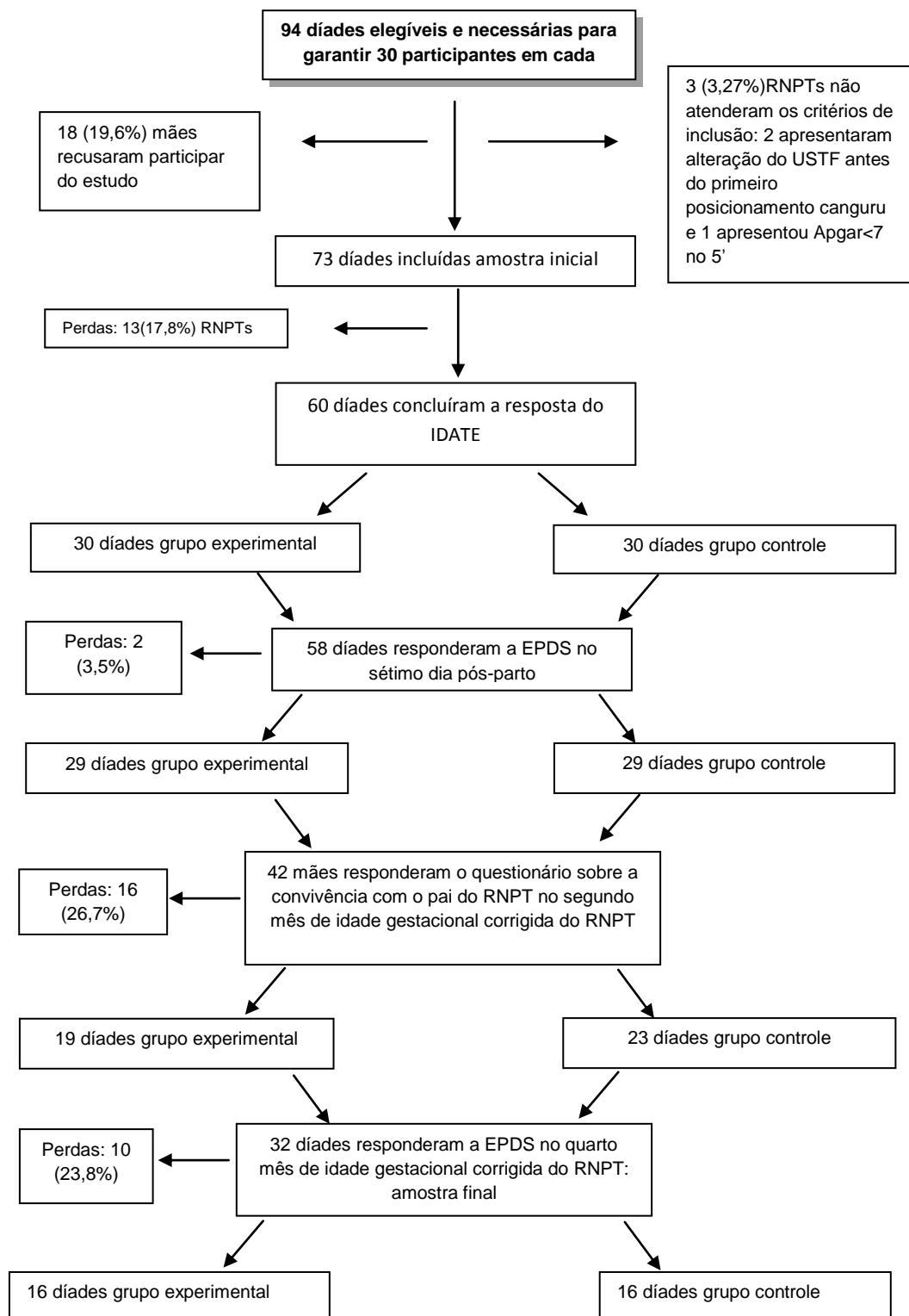
Foram incluídas, inicialmente, 73 díades, sendo que houve 13 (17,8%) perdas (oito por piora clínica, uma por transferência para outra instituição, três por recusa de continuação do estudo e uma por óbito). Assim, os grupos foram alocados de forma aleatória (30 díades no grupo experimental e 30 no controle).

A Figura 2 apresenta as díades elegíveis, as incluídas no estudo, respeitando os critérios de exclusão e as perdas durante a condução da pesquisa.

Cada díade foi acompanhada por um período entre cinco e sete meses, visto que esse projeto envolvia três retornos na instituição. O tempo de acompanhamento variou, pois foram incluídos RNPTs de 26 a 35 semanas e os retornos eram agendados a partir da idade gestacional corrigida. No sétimo dia pós-parto, 96,5% das mães estavam presentes no hospital acompanhando seus filhos, sendo que duas delas (3,5% - uma de cada grupo) não compareceram ao hospital para a aplicação da EPDS.

Aos dois meses de idade gestacional corrigida, foi aplicado questionário para investigar a convivência da mãe com o pai do RNPT. Dezesesseis mães não compareceram a esse retorno (26,7% - dez do grupo experimental e seis do controle). Aos quatro meses de idade gestacional corrigida, dez díades (23,8% - três do grupo experimental e sete do controle) não compareceram ao hospital para a reaplicação da EPDS.

Figura 2: Diagrama mostrando a distribuição da amostra elegível, as perdas e a amostra final avaliada.



Os grupos foram semelhantes em relação às variáveis demográficas e gestacionais maternas (tabelas 1 e 2).

Tabela 1 – Análise comparativa das variáveis demográficas das mães dos grupos experimental e controle. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2013.

	Experimental n=30	Controle n=30	Valor p
	mediana	mediana	
Idade das mães	24,0	26,0	0,163*
Escolaridade	12,0	12,0	0,725*
Nº de residentes na casa	3,0	2,0	0,062*
Contribuíam para renda familiar	2,0	2,0	0,702*
Renda familiar em salários mínimos	3,3	3,3	0,541*

*Teste Mann-Whitney

Tabela 2 – Análise comparativa das variáveis gestacionais das mães dos grupos experimental e controle. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2013.

	Experimental n(%)	Controle n(%)	Valor p
Primigestas	17/30 (56,7)	15/29 (51,7)	0,395*
Parto vaginal	18/30 (60,0)	16/29 (55,2)	0,933**
Aborto prévio	4/30 (13,3)	8/29 (27,6)	0,419*
Infecção do trato urinário	5/30 (16,7)	9/29 (31,3)	0,043*
Fumantes	4/30 (13,3)	0/29 (0)	0,072*
Uso anterior de bebidas alcólicas	17/30 (56,7)	19/29 (65,5)	0,792**
Uso anterior de droga ilícita	0/30 (0)	1/29 (3,4)	1,000*

* Teste exato de Fisher **Teste qui-quadrado

A tabela 3 apresenta a análise comparativa das relações maritais no momento da inclusão no estudo. Em relação à violência sofrida por parte do companheiro durante a gestação, quatro mães do grupo

experimental (23,5%) e uma mãe do grupo controle (4,3%) relataram ter sido vítimas de violência. Essa diferença não foi estatisticamente significativa ($p=0,185$).

Tabela 3 – Análise comparativa das relações maritais e condições emocionais das mães dos grupos experimental e controle. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2013.

	Experimental n (%)	Controle n (%)	Valor p
Casada / União estável ***	22/30 (68,8)	24/30 (85,7)	0,263*
Mãe e pai estão juntos	24/30 (80,0)	26/30 (86,7)	0,733**
Relacionamento dos pais \geq 2 anos	17/30 (65,4)	16/30 (61,5)	0,521**
Visita do pai antes do 2º dia pós-parto	25/30 (83,3)	27/30 (90,0)	0,709**
Mãe e/ou pai são os cuidadores***	16/18 (88,9)	20/23 (87,0)	0,971**
Relacionamento excelente com o parceiro.	11/18 (61,1)	13/21 (61,9)	0,959**
Recebem apoio emocional desde o parto.	17/19 (89,5)	22/23 (95,7)	0,439**
Recebem ajuda domésticas após o parto	18/19 (94,7)	16/23 (69,6)	0,039**
Culpa pelo parto prematuro	2/19 (10,5)	7/23 (30,4)	0,122*
Vítimas de violência do parceiro na gravidez	4/17 (23,5)	1/23 (4,3)	0,185**

*Testes Exato de Fisher **Teste qui-quadrado ***As variáveis acima da linha tracejada foram coletadas entre 24 e 72h pós-parto, e as localizadas abaixo, aos 2 meses de IGC do RNPT. Isso justifica os diferentes n descritos na tabela.

Na tabela 4, foram comparadas as vivências maternas durante a gestação, assim como sua história pregressa de amamentação. Os grupos foram semelhantes em relação a planejamento da gravidez ($p=0,610$), experiência prévia de amamentação ($p=0,165$) e parto prematuro anterior ($p=0,322$). Observou-se maior frequência em relação à consulta anterior com psicólogo/psiquiatra no grupo controle, sendo essa diferença estatisticamente significativa (36,7% versus 13,3%; $p=0,038$).

Tabela 4 – Análise comparativa das vivências maternas em relação aos grupos experimental e controle. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2013.

	Experimental n (%)	Controle n(%)	Valor p
Gravidez planejada	13/30 (43,3)	15/30 (50,0)	0,610**
Não preferência pelo sexo do RN	14/30 (46,7)	15/30 (50,0)	0,714**
Experiência prévia de amamentação****	13/14 (92,9)	9/13 (69,2)	0,165**
Experiência com filho prematuro****	4/14 (28,6)	1/13 (7,7)	0,322**
Sente-se feliz com o nascimento do filho	27/30 (90,0)	26/30 (86,7)	0,545*
Consulta anterior ao psicólogo/psiquiatra	4/30 (13,3)	11/30 (36,7)	0,038**
Receberam cuidados de suas mães naturais	28/30 (96,6)	27/30 (93,3)	0,741*
Relacionamento com a mãe bom/muito bom	25/27 (92,6)	24/27 (88,9)	0,677**

* Teste Exato de Fisher **Teste qui-quadrado **** Resposta das mães que não eram primigestas

A tabela 5 descreve a análise comparativa da experiência do contato pele a pele precoce na sala de parto. Proporção semelhante de mães do grupo experimental e controle (75,9% versus 70% respectivamente) tocaram seus filhos na sala de parto ($p=1,000$). Além de tocar, 32,1% do grupo experimental e 30,4% do controle pegaram o filho no colo imediatamente após o nascimento ($p=0,896$).

Tabela 5 – Análise comparativa do contato precoce mãe-filho em relação aos grupos experimental e controle. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2013.

	Experimental (%)	Controle (%)	Valor p
Tocou o filho na sala de parto	22/29 (75,9)	21/30(70,0)	1,000*
Tocou o filho a primeira vez na UTIN	7/29 (24,1)	8/30 (26,7)	1,000*
Tocou o filho a 1 ^a vez entre 1h- 24h	5/29 (17,2)	6/30 (20,0)	1,000**
Tocou o filho a 1 ^a vez entre 24h-72h	3/29 (10,3)	3/30 (10,0)	1,000**
Colocou o filho no colo na sala de parto	9/28 (32,1)	7/23 (30,4)	0,896*

*Teste exato de Fisher **Teste qui-quadrado

Nas mães e filhos do grupo que recebeu a intervenção foi observado que ficaram em média $152,1 \pm 36,6$ minutos em contato pele a pele precoce. A tabela 6 apresenta a análise da comparação das características neonatais e a alta hospitalar.

Tabela 6 – Análise comparativa das características dos RNPT ao nascer e ao receber alta hospitalar em relação aos grupos experimental e controle. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2013.

	Experimentaln=30 mediana	Controle n=30 mediana	Valor p
Ao nascer			
Idade gestacional (sem)	31,9	32,2	0,449*
Peso (g)	1.502	1.570	0,514*
Escore de Apgar do 5 ^o minuto	9,0	9,0	0,419*
Ao receber alta hospitalar			
Tempo de internação (dias)	26,0	25,0	0,160*
Idade gestacional corrigida na alta (sem)	36,3	35,9	0,815*
Peso na alta (g)	1.800	1.830	0,264*

*Teste Mann-Whitney

A evolução clínica dos RNPT de ambos os grupos foi semelhante. Não se observou diferença estatisticamente significativa entre os grupos experimental e controle, em relação ao uso de oxigênio e/ou reanimação

em sala de parto (78,1% versus 89,3%; $p=0,312$), uso de ventilação mecânica invasiva na internação (53,3% versus 53,8; $p=1,000$), uso de SIMV nasal na internação (16,7% versus 19,2%; $p=1,000$) e uso de CPAP na internação (90% versus 88,5%; $p=1,000$). Nenhum RNPT apresentou alteração do USTF após a exposição ao contato pele a pele. Não foram observados sinais de dor antes, durante e após a exposição ao contato pele a pele.

No momento da alta hospitalar do RNPT, perguntou-se às mães se elas haviam permanecido no hospital durante a internação do seu filho e, caso tenham permanecido, se realizavam o contato pele a pele. A frequência e o tempo médio da realização do contato pele a pele após o período de intervenção da pesquisa (a partir de 72h pós-parto) foram ponderados. No grupo experimental, 89,7% (26/29) das mães permaneceram no hospital com seu filho e, no grupo controle, 96,2% (25/26) ($p=0,613$). Todas as mães, de ambos os grupos, que afirmaram ter permanecido no hospital durante a internação do RNPT relataram que colocavam seus filhos em contato pele a pele ($p=0,613$). No grupo experimental, a mediana do tempo de contato pele a pele, durante a internação, foi 6h/semana e, no grupo controle, 9,5h/semana ($p=0,236$).

Em relação ao aleitamento materno à alta hospitalar do RNPT, 96,6% (25/26) das mães do grupo experimental estavam amamentando, semelhante ao observado no grupo controle, 96,2% (28/29) ($p=0,240$). Aos 2 e 4 meses de idade gestacional corrigida, também não foi observada diferença estatisticamente significativa entre os grupos experimental e controle (2 meses de IGC - 57,9% versus 77,8% respectivamente; $p=0,295$ e 4 meses de IGC - 58,4% versus 60,0%; $p=1,000$).

Durante a coleta dos dados, constatou-se perda de 43,6% da amostra (41 díades), por isso, foi realizada análise das perdas, descrita na tabela 7. Não se observou diferença entre as mães que saíram do estudo e as que permaneceram como, por exemplo, em relação à idade

materna ($p=0,286$), tempo de amamentação ($p=0,601$), renda familiar ($p=0,710$) e peso de nascimento do RNPT ($p=0,340$).

Tabela 7 – Análise comparativa das variáveis maternas e do recém-nascido em relação a amostra estudada e as perdas. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2013.

	Amostra estudada n=60	Perdas n=41	Valor p
	mediana	mediana	
Idade materna	24,0	25,0	0,286*
Número de filhos	2,0	1,0	0,160*
Tempo de amamentação	7,3	7,0	0,601*
Escolaridade em anos completos	12,0	11,5	0,298*
Renda Familiar	3,3	3,3	0,701*
Peso de nascimento do RNPT	1.525,0	1.590,0	0,340*
Escore de Apgar do 5º minuto	9,0	9,0	0,551*

*Teste Mann-Whitney

6.2. Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)

Na Tabela 8 estão descritos os valores encontrados das escalas IDATE – Traço e Estado antes da primeira exposição ao contato pele a pele segundo os grupos experimental e controle.

A mediana da pontuação geral da escala Traço dos grupos experimental, antes da primeira exposição ao contato pele a pele, e grupo controle (não realizou o contato pele a pele precoce - coleta realizada entre 24h e 72h pós-parto) foi semelhante (39,5 versus 43,5 respectivamente; $p=0,597$). Essa pontuação foi classificada em três categorias: normal (<40 pontos), moderada (de 40 a 59 pontos) e grave (≥ 60 pontos). Não foi observada diferença entre os grupos após a categorização ($p=0,357$).

A mediana da pontuação da escala Estado dos grupos experimental e controle (44,5 versus 46,5, respectivamente; $p=0,677$), assim como quando ordenada por categoria, não mostrou diferença estatisticamente significativa entre grupos.

Tabela 8: Análise comparativa dos resultados do IDATE – Traço e Estado antes da primeira exposição ao contato pele a pele em relação ao grupo experimental ($n=30$) e controle ($n=30$). Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2013.

MOMENTO	IDATE – Traço		IDATE – Estado	
	Antes da 1ª exposição	24-72h pós-parto	Antes da 1ª exposição	24-72h pós-parto
	Experimental	Controle	Experimental	Controle
Normal	16 (53,3%)	10 (33,3%)	9 (30,0%)	6 (20,0%)
Moderada	12 (40,0%)	19(63,3%)	19 (63,3%)	22(73,3%)
Grave	2 (6,6%)	1 (3,3%)	2 (6,6%)	2 (6,7%)
Valor p	$p=0,357^*$		$0,828^*$	

* Teste de Fisher

Os resultados da análise comparativa do grupo experimental da escala Estado antes do primeiro contato pele a pele e depois da segunda exposição, descritos na tabela 9, sugerem que houve redução da ansiedade materna. Observou-se redução de 13,3% da ansiedade moderada e 3,3% da ansiedade grave. Além disso, houve aumento de 16,7% do estado de ansiedade considerado normal (<40 pontos). Entretanto, essa diferença não foi estatisticamente significativa ($p=0,166$).

Houve redução da pontuação da escala Estado após o segundo contato pele a pele (mediana: 44,5 para 42,0), no entanto, essa diferença também não foi significativa ($p=0,061$).

Tabela 9: Análise comparativa dos resultados do IDATE - Escala Estado antes do primeiro contato pele a pele e depois da segunda exposição do grupo experimental (n=30). Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2013.

IDATE – Estado			
Experimental			Valor p
Momento	Antes da 1ª exposição	Depois da 2ª exposição	0,166*
Normal	9 (30%)	14 (46,7%)	
Moderada	19 (63,3%)	15 (50%)	
Grave	2 (6,6%)	1 (3,3%)	

* Teste Homogeneidade Marginal

6.3. Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS)

Nas tabelas 10 e 11, estão descritos os resultados da EPDS obtidos no sétimo dia pós-parto e aos quatro meses de idade gestacional corrigida do RNPT. Foram descritos os valores absolutos e categorizados da escala.

Observou-se redução semelhante dos sinais de depressão medidos pela resposta ao EPDS, entre o sétimo dia pós-parto e aos quatro meses de idade gestacional corrigida do RNPT, em ambos os grupos. Essa semelhança ocorreu na pontuação e após a categorização em: com sintomas de depressão (pontuação >10) e sem sintomas de depressão (pontuação ≤10) (Tabelas 10 e 11).

Apesar da redução da pontuação da EPDS, ao longo do tempo, em ambos os grupos, somente no grupo controle essa redução foi estatisticamente significativa ($p=0,005$) (Tabela 10). Após a categorização, não foi observada diferença estatística entre a primeira e a segunda coleta da EPDS (comparação de cada grupo com ele mesmo) (Tabela 11).

Tabela 10: Análise comparativa dos resultados da EPDS no sétimo dia pós-parto (n=29 em cada grupo) e aos quatro meses de idade gestacional corrigida (n=16 em cada grupo) do RNPT segundo os grupos experimental e controle. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2013.

	Experimental (mediana)	Controle (mediana)	Valor p
EPDS no sétimo dia pós-parto (momento 1)	10,0	9,0	0,845*
EPDS aos 4 meses de IGC do RNPT (momento 2)	7,0	5,5	0,139*
Valor p	0,248**	0,005**	

*Teste Mann-Whitney **Teste Willcoxon

DPP: depressão pós-parto

Tabela 11: Análise comparativa dos resultados categorizados da EPDS no sétimo dia pós-parto (n=29 em cada grupo) e aos quatro meses de idade gestacional corrigida (n=16 em cada grupo) do RNPT segundo os grupos experimental e controle. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2013.

		Experimental (%)	Controle (%)	Valor p
EPDS no sétimo dia pós-parto (momento 1)	c/ sintomas de DPP	11 (37,9%)	8 (27,6%)	0,401*
	s/ sintomas de DPP	18 (62,1%)	21 (72,4%)	
EPDS aos 4 meses de IGC do RNPT (momento 2)	c/ sintomas de DPP	4 (25,0%)	2 (12,5%)	0,654**
	s/ sintomas de DPP	12 (75,0%)	14 (87,5%)	
Valor p		0,375***	0,375***	

*Teste Qui-quadrado **Teste de Fisher ***Teste de Homogeneidade Marginal

DPP: depressão pós-parto

7. DISCUSSÃO

No estudo que se apresenta, foram investigadas as repercussões do contato pele a pele precoce entre mãe e RNPT com peso de nascimento de 1.000g a 1.800g sobre os indicadores de estresse materno. Observou-se redução dos sintomas de ansiedade no grupo experimental após o segundo contato pele a pele, mas essa diferença não foi estatisticamente significativa ($p=0,061$). Houve diminuição dos sintomas de depressão pós-parto ao longo do tempo em ambos os grupos, entretanto, essa diferença foi significativa somente no grupo controle ($p=0,005$). A análise entre os grupos foi realizada, porém, não se observou diferença estatisticamente significativa (sétimo dia pós-parto – $p=0,845$; 4 meses de IGC do RNPT – $p=0,139$).

A caracterização da amostra mostrou que a população investigada foi semelhante em relação à maioria das variáveis (49/52; 94,23%). No entanto, observou-se diferença estatisticamente significativa quanto à ocorrência de ITU durante a gestação (maior no grupo controle; $p=0,043$), consulta anterior ao psicólogo/psiquiatra (maior no controle; $p=0,038$) e ajuda no domicílio após o parto (maior no experimental; $p=0,054$). Esses achados poderiam ser viés importante para nossa investigação visto que o grupo controle poderia apresentar tendência a pontuações mais altas em relação à ansiedade e depressão. Intercorrências durante a gestação, como a infecção urinária, podem gerar estresse perdurando no período pós-parto. Preocupações com a saúde do feto, com as mudanças do corpo, com o trabalho de parto e o parto são comuns desde o início da gestação e podem gerar altos níveis de ansiedade. Quando a gestante, além disso, apresenta intercorrências relacionadas à gravidez, esses sintomas podem ser exacerbados aumentando o risco do parto prematuro^{1,2,3}. Na presente investigação, a infecção urinária ocorreu em maior proporção no grupo controle ($p=0,043$). Esse achado sugere que as mães desse grupo poderiam estar mais ansiosas. No entanto, a comparação dos resultados do IDATE (escalas Traço e Estado) do grupo experimental, antes da primeira exposição ao contato pele a pele, e do controle, entre 24h e 72h

pós-parto, evidenciou que os grupos eram semelhantes em relação à ansiedade (escala Traço: $p=0,357$; escala Estado: $p=0,828$).

Maior número de mães do grupo controle que realizaram consulta anterior a psicólogo/psiquiatra ($p=0,038$) poderia favorecer maiores taxas de ansiedade e depressão. Mulheres que apresentam história de depressão, antes ou durante a gestação, apresentam maiores riscos para depressão pós-parto^{4,5,6}. Estudo longitudinal investigou a correlação entre os sintomas de depressão durante a gestação ($n=600$) e no período pós-parto ($n=555$) por meio da EPDS. A prevalência de sintomas de depressão durante a gestação foi 24,3% e, no pós-parto, 10,8%. Pontuações alteradas da EPDS, durante o terceiro trimestre de gestação predisseram 75% dos casos de depressão entre quatro e seis semanas pós-parto (sensibilidade=75%; especificidade=81%)⁷. Outro estudo investigou essa mesma correlação em 1.264 gestantes e 1.019 mães, 30 a 60 dias pós-parto, encontrou prevalências semelhantes nos dois períodos (20,5% e 16,5%, respectivamente). Mães que apresentaram sintomas depressivos na gestação apresentaram maiores taxas de depressão pós-parto ($p<0,001$)⁵. A EPDS, instrumento avaliado no período gestacional, parece apresentar propriedades psicométricas suficientes para identificar sintomas de depressão nesse período⁸. Na presente investigação a diferença dos grupos em relação à consulta anterior ao psicólogo/psiquiatra (maior número no grupo controle) pode ser considerada viés de seleção. Apesar dessa diferença importante, as pontuações do IDATE dos grupos experimental (antes da primeira exposição) e do controle (de 24h a 72h pós-parto) foram semelhantes. Isso possibilitou a análise dos grupos quanto aos resultados da primeira e da segunda aplicação do IDATE, assim como a comparação dos resultados da EPDS no sétimo dia pós-parto e aos 4 meses de IGC do RNPT. Durante a elaboração do projeto de pesquisa acreditávamos que a análise dos sintomas de depressão 24h pós-parto não seria importante, pois a mãe estaria se adaptando a sua nova condição de mãe de RNPT (período de intensa labilidade emocional). Entretanto, hoje acreditamos que se tivéssemos aplicado a EPDS junto ao IDATE

antes da exposição, poderíamos ter o valor basal referente aos sintomas de depressão pós-parto dos dois grupos. Assim poderíamos verificar se os grupos eram realmente semelhantes antes da exposição.

As mães do grupo experimental receberam número maior de ajuda doméstica que o grupo controle ($p=0,054$). Suporte social do companheiro, familiares e amigos, durante a gestação e após o nascimento, foram descritos, anteriormente, como fatores de proteção para a depressão pós-parto^{9,10}. Estudo observacional quantitativo investigou a qualidade de vida de mães ($n=192$) durante a gestação e entre quatro e seis semanas pós-parto. Observou-se que, após o parto, há diminuição da qualidade de vida social das mães ($p=0,01$). Foi encontrada associação entre período pós-parto (quatro a seis semanas) e maiores taxas de desemprego das mães ($p=0,01$)¹¹. O estresse que envolve o nascimento prematuro pode prejudicar o relacionamento dos pais do RNPT. A alteração da relação do casal após o parto pode favorecer o aumento dos sintomas de depressão pós-parto ($p=0,007$)¹². O fato das mães do grupo experimental, da presente investigação, terem recebido mais ajuda no domicílio após a alta ($p=0,054$) poderia influenciar os resultados da EPDS aplicada aos quatro meses de IGC do RNPT. Esse apoio poderia ser fator de proteção para depressão pós-parto no grupo experimental, no entanto, esse apresentou maiores taxas de sintomas de depressão no quarto mês de IGC do RNPT (25% versus 12,5%, $p=0,654$).

Ambos os grupos realizaram contato pele a pele na sala de parto (experimental: 32,1; controle: 30,4; $p=0,896$), visto que é rotina da instituição a oferta dessa técnica. Essa exposição poderia ter seu efeito somado ao do contato pele a pele realizado na Unidade Neonatal e, com isso, implicar em menores taxas de ansiedade nas mães do grupo experimental. No entanto, a análise do IDATE (escalas Traço e Estado), aplicado antes da primeira exposição, no grupo experimental, e de 24 a 72h pós-parto, no controle, sugeriu que os grupos eram semelhantes em relação à ansiedade materna (IDATE – Traço: $p=0,357$; IDATE – Estado: $p=0,828$). Estudo qualitativo investigou os sentimentos maternos frente à

separação do filho (RNT e RNPT) imediatamente após o parto em função de histerectomia de urgência. A análise de discurso sugere que as mães consideravam o contato pele a pele imediato importante para o desenvolvimento da forte relação mãe-filho. Foi observado que algumas mães relataram sentir vergonha, assim como sentimentos de frustração por não terem conseguido amamentar seu filho imediatamente após o parto. A insegurança posterior nos cuidados com o filho também foi relatada¹³. As mães dos RNPTs encontram situação semelhante no pós-parto imediato. A necessidade de cuidados complexos e a rápida assistência neonatal muitas vezes impossibilita o contato pele a pele imediato, assim como a amamentação. A instituição onde foi realizado o presente estudo estimula o contato pele a pele na sala de parto, possivelmente, para favorecer a construção do vínculo mãe-filho. Não foi possível limitar o contato pele a pele na sala de parto, no entanto, ponderamos sua ocorrência.

Quanto ao relacionamento da mãe do RNPT com sua mãe, observou-se que a maior parte considerava-o bom ou muito bom (experimental: 25/27 – 92,6%; controle: 24/27 – 88,9%; $p=0,677$). Estudo realizado em maternidade pública na periferia de São Paulo investigou a influência da qualidade da relação de mães ($n=52$) que tiveram filhos prematuros (média de idade gestacional $26,3\pm 7,6$ semanas) com suas mães na ocorrência dos sintomas de depressão pós-parto (avaliada entre 6 e 12 meses pós-parto). A ocorrência dos sintomas de depressão pós-parto nessa população foi alta (49,1%). Segundo os autores, isso era esperado, pois a avaliação foi realizada em mães de baixa renda, com suporte social restrito e que estavam passando por situação de estresse grave (parto prematuro). Os resultados sugerem que o relacionamento afetivo (vínculo) da mãe de RNPT com sua mãe não implica em proteção para ocorrência da depressão pós-parto ($OR=1,11$; $95\%IC= 1,01 - 1,21$; $p=0,028$). Dentre as limitações desse estudo, destaca-se a baixa validade externa, devido ao pequeno tamanho amostral¹⁴. Estudo de coorte com amostra de 555 mães de RNPT (entre 30 e 35 semanas) de baixa renda observou que mães que apresentam

relacionamento conflituoso com a sua mãe podem apresentar até três vezes mais chance de desenvolver sintomas de depressão pós-parto ($OR=3,32$; $IC95\%= 1,82 - 6,05$)⁷. Acreditamos que o relacionamento da mãe do RNPT com sua mãe é uma variável importante no estudo do estresse materno pós-parto prematuro. O apoio familiar tende a favorecer a resiliência em situação de crise¹⁰. A semelhança encontrada entre os grupos experimental e controle em relação ao relacionamento da mãe do RNPT com sua mãe ($p=0,677$) possivelmente não interferiu na análise dos resultados.

A violência, durante a gravidez, realizada pelo parceiro foi relatada por ambos os grupos sendo essa mais prevalente no grupo experimental, embora não significativa (experimental: 4/17 – 23,5%; controle: 1/23 – 4,3%; $p=0,185$). As violências psicológica, física e sexual podem favorecer o aumento, de três a quatro vezes, da chance de ocorrência da depressão pós-parto^{15,7}. No presente estudo, a diferença encontrada entre os grupos em relação à violência realizada pelo parceiro na gestação (19,2%), embora não significativa, pode sugerir possível viés de seleção para essa amostra. As mães do grupo experimental que relataram maiores taxas de violência poderiam estar mais expostas a sintomas de depressão.

Observou-se redução da ansiedade moderada/grave (16,6%) do IDATE (escala Estado) após o segundo contato pele a pele, embora não tenha sido estatisticamente significativa ($p=0,166$). Mörelius *et al* (2005)¹⁶ estudaram a influência do contato pele a pele realizado em quatro sessões nos indicadores de estresse de 12 mães e seus bebês prematuros mensurados através do cortisol salivar e das alterações do humor. Foi observada redução de 38% das dosagens do cortisol no quarto momento em relação ao primeiro ($p= 0,03$). Os resultados indicam que no quarto momento a mãe havia se adaptado ao procedimento e se sentia mais segura para carregar seu filho. Estudo de caso-controle pareado ($n=146$) investigou a influência do contato pele a pele em RNPTs (média de IG de $30,7\pm 2,8$ semanas; peso médio de nascimento: $1.270\pm 343,5g$) em relação ao estresse dos pais. A

exposição foi realizada durante uma hora ao longo de 14 dias consecutivos e os instrumentos de avaliação foram aplicados nos pais e nos RNPTs aos 3, 6, 12 e 24 meses de IGC, e aos 5 e 10 anos de idade do RNPT. Observou-se redução significativa da pontuação do IDATE (escala Traço) das mães dos RNPTs do grupo exposto aos 3 e 6 meses de IGC ($p=0,048$)¹⁷. Nesse estudo, os autores utilizaram a escala Traço para reavaliação da ansiedade materna. Fez-se essa escolha, possivelmente, para investigar se o contato pele a pele influenciaria a propensão materna a responder, com altos graus de ansiedade, à determinada situação de estresse. Na presente investigação utilizamos a escala Estado para reavaliação da ansiedade, pois o intervalo entre as duas aplicações foi curto (24h) e nosso objetivo era saber a influência da exposição na ansiedade materna transitória (passível de ser modificada com a intervenção). Os achados dos três estudos sugerem que o contato pele a pele pode reduzir a ansiedade materna. Essa redução parece estar relacionada ao tempo de exposição. Possivelmente a repetição da técnica por um número maior de dias, poderia evidenciar diferença.

Os grupos experimental e controle apresentaram altos níveis de ansiedade na escala Estado na primeira aplicação do IDATE. No grupo experimental, 69,9% da amostra apresentava ansiedade moderada/grave e, no grupo controle, 80%. Além disso, foram observadas altas taxas de sintomas de depressão pós-parto em ambos os grupos, no sétimo dia pós-parto (experimental: 11/29 – 37,9%; controle: 8/29 – 27,6%). O período pós-parto prematuro está relacionado a altos níveis de estresse psicológico, que podem perdurar por semanas e meses após a alta hospitalar do RNPT. Os sintomas de ansiedade podem estar mais exacerbados no caso das mães de RNPT que apresentam HPIV. A alteração do USTF pode aumentar em até quatro vezes a chance da mãe do RNPT apresentar sinais de estresse, que podem perdurar por até 7 anos pós-parto^{18,19,9,20,21}. Estudo prospectivo investigou a prevalência dos sintomas de depressão pós-parto em dois períodos, entre sete e dez dias pós-parto e um mês após o parto, em 40 mães de

RNPT (média de IG=29±2,6 semanas; média de peso de nascimento 1374,5±466,1g). A prevalência dos sintomas de depressão pós-parto (EPDS) entre o sétimo e o décimo dia pós-parto foi 43%, e se manteve praticamente estável ao final do primeiro mês pós-parto (40%)²². Investigação realizada em serviços públicos do Rio de Janeiro investigou o curso dos sintomas da depressão pós-parto, através da EPDS, em 811 mães (incluídas mães de RNT – 91,5% e RNPT - 8,5%) desde o nascimento de seu filho até 5 meses pós-parto (acompanhamento mensal). Foi observado que o pico dos sintomas da depressão ocorreu aos 3 meses pós-parto, sendo que algumas mães apresentaram, nesse período, o dobro da pontuação em relação à apresentada antes dos primeiros 15 dias pós-parto. Limitação importante desse estudo é a inclusão de mães de RNPT. Essas apresentam maior risco para apresentar sintomas de depressão pós-parto e isso pode ter hiperestimado a ocorrência desse achado²³. Outro estudo avaliou a ansiedade materna (IDATE - Estado) e a depressão pós-parto (EPDS) desde o primeiro trimestre de gestação até três meses após o parto (260 mães). Observou-se redução da ansiedade e da depressão pós-parto do nascimento até o terceiro mês pós-parto. No entanto, essa diferença não foi significativa ($p=0,78$; $p=0,540$ respectivamente)²⁴. Mães ansiosas e deprimidas apresentam maiores riscos de desmamar precocemente seus filhos, cometer maus tratos, abandono, infanticídio e suicídio^{25,26,27,28}. Estudos sugerem que o acompanhamento preventivo das mães (triagem para investigação de ansiedade e depressão) deve ser feito desde a gestação e, se possível, continuar nos primeiros doze meses pós-parto^{25,29,27,28,12,11,30}. A EPDS é considerada um instrumento apropriado para essa triagem, porque é de fácil e rápida aplicação, podendo ser aplicada por profissional da saúde. O encaminhamento precoce de mães que apresentam sintomas de depressão pós-parto pode prevenir complicações dessa patologia^{31,32}.

Houve redução dos sintomas de depressão pós-parto ao longo do tempo em ambos os grupos, sendo essa diminuição significativa apenas no grupo controle (experimental: $p=0,248$; controle: $p=0,005$). Não foi

observada diferença em relação aos sintomas de depressão pós-parto na comparação dos grupos no sétimo dia pós-parto e aos 4 meses de IGC do RNPT ($p=0,845$; $p=0,139$ respectivamente). Resultado semelhante foi encontrado em investigação que avaliou influência do contato pele a pele entre mãe e RNPT na depressão pós-parto (Escala de Depressão de Beck) em quatro momentos: quando o RNPT atingiu a idade termo, aos três e seis meses de IGC do RNPT e 10 anos pós-parto ($p=0,371$). Dentre as limitações dessa investigação, destaca-se a ausência de grupo controle de RNT que poderia ser considerado, na análise dos resultados, parâmetro normativo¹⁷. Estudo prospectivo, randomizado, de intenção de tratar investigou a influência do contato pele a pele entre mãe e RNPT (< 32 semanas) nos sintomas de depressão pós-parto. A exposição era realizada diariamente (20 min/dia) durante quatro semanas consecutivas. Os sintomas de depressão pós-parto foram avaliados por meio da EPDS aos quatro meses de IGC do RNPT. Não foi observada diferença estatisticamente significativa entre os grupos experimental e controle ($p>0,05$)³³. Acreditamos que o contato pele a pele isoladamente, como delineado em nossa investigação, não foi capaz de reduzir sintomas de depressão pós-parto. A redução desses sintomas, em ambos os grupos, ao longo do tempo, pode estar relacionada a diversos fatores, como, a alta hospitalar do RNPT e a diminuição do risco de morte iminente que ele apresentava quando estava internado na Unidade Neonatal. Além disso, sabe-se que a depressão pós-parto é uma patologia complexa e que apresenta múltiplos fatores de risco, como relacionamento instável com o companheiro, maior número de filhos, maior paridade, baixo nível sócio-econômico, preferência por sexo e antecedentes psiquiátricos^{34,35,9,7,5}. Os resultados desse trabalho sugerem que, na amostra estudada, colocar o RNPT em contato pele a pele precoce pode não ser suficiente para compensar os fatores de risco para depressão pós-parto.

A prevalência dos sintomas de depressão pós-parto aos 4 meses de IGC do RNPT dos grupos experimental e controle foi próxima à da população nacional (experimental: 4/16 - 25%; controle: 2/16 – 12,5%;

p=0,654). Estudos brasileiros que investigaram a prevalência de sintomas de depressão pós-parto encontraram resultados divergentes variando de 7,2% a 39,4%^{36,35,5}. Os instrumentos utilizados nessas investigações foram a EPDS e a entrevista clínica semiestruturada. As propriedades psicométricas da EPDS, para utilização como instrumento de triagem, foram estudadas entre o 40° e 90° dia de pós-parto em 245 mães em Belo Horizonte. Para comparação utilizou-se o teste padrão-ouro no diagnóstico de depressão, “Mini-Plus 5.0”, que foi realizado por psiquiatra treinada. Observou-se alta consistência interna da EPDS (coeficiente alfa de Conbrach de 0,87), sendo que a área total da curva ROC foi de 0,937 (erro-padrão = 0,20; $p < 0,001$), o que poderia indicar excelente capacidade da EPDS em discriminar mulheres acometidas pela depressão pós-parto. Observou-se a prevalência de 26,9% de sintomas de depressão na amostra estudada³². Estudo populacional investigou a prevalência dos sintomas de depressão pós-parto em 400 mulheres pernambucanas por meio de entrevista clínica semiestruturada. Encontrou-se prevalência de 7,2% de sintomas de depressão pós-parto³⁷. A prevalência dos sintomas da depressão pós-parto na amostra avaliada não deve ser extrapolada para outras populações, pois é insuficiente para essa análise. Além disso, a EPDS pode hiperestimar os sintomas da depressão pós-parto^{31,7,5,38}. A pontuação utilizada (> 10 pontos, com sintomas de depressão pós-parto; ≤ 10 , sem sintomas de depressão pós-parto) apresenta 82,7% de sensibilidade e 65,3% de especificidade³⁹. O ponto de corte de 10,5 pontos foi considerado ótimo, por diagnosticar mães que têm depressão pós-parto e diminuir o diagnóstico de falsos negativos. Pontuações mais altas poderiam aumentar o número de mães deprimidas sem diagnóstico^{31,40,6}.

Esta investigação foi realizada em uma instituição que incentiva a permanência materna durante a internação do RNPT. Durante esse período, a mãe recebe orientações sobre a facilitação da interação mãe-filho e é estimulada a participar diretamente dos cuidados. Esse fato pode ser viés para nossa investigação visto que o período de separação

do grupo controle foi curto. É possível que o período de afastamento (24h a 72h sem contato pele a pele precoce) tenha sido compensado pelo contato intenso entre mãe e filho, a partir do quarto dia pós-parto, tornando, assim, os grupos semelhantes. Não foi realizado terceiro grupo controle, que não realizaria contato pele a pele em nenhum momento da internação, pois é rotina da instituição de estudo a estimulação dessa técnica após o terceiro dia pós-parto. Além disso, as díades não poderiam ser privadas dos benefícios do contato pele a pele em relação ao aleitamento materno, ao alívio da dor e ao desenvolvimento do RNPT^{41,42,43,44,45,17}. Feldman e colaboradores (2014)¹⁷ relataram dificuldades semelhantes, em Israel, durante a randomização dos grupos experimental e controle, em estudo que avaliou a influência do contato pele a pele no estresse dos pais, na interação mãe-filho e no desenvolvimento infantil. O contato pele a pele era considerado estratégia de cuidado e não intervenção. Bystrova e colaboradores (2009)¹⁶ não encontraram essa dificuldade na Rússia, ao investigar a influência do contato pele a pele versus separação e a interação mãe-filho um ano pós-parto. Nesse país, existe a tradição de enrolar o RN imediatamente após o nascimento e encaminhá-lo ao berçário. Essa tradição favoreceu a randomização e não gerou questionamentos éticos.

Ao longo da investigação, observou-se perda amostral significativa (43,6% da amostra inicial). Cada díade foi acompanhada durante um período compreendido entre cinco e sete meses, visto que esse projeto envolvia três retornos na instituição. O tempo de acompanhamento variou, tendo em vista que foram incluídos RNPTs de 26 a 35 semanas e os retornos eram agendados a partir da idade gestacional corrigida. Acreditamos que o período de acompanhamento após a alta hospitalar e a ausência de suporte que garantisse o retorno à instituição favoreceram essa perda amostral. A perda amostral significativa pode ter gerado viés de seleção. Não foi possível analisar se as mães que faltaram aos retornos estavam mais ou menos deprimidas.

Esse fato reduziu significativamente o poder amostral do estudo (poder amostral: 20%) e limitou as inferências relativas aos achados principais.

Nossos resultados fazem parte de um estudo maior que investigou também a interação mãe-filho aos 2 e 4 meses de IGC do RNPT. Esses sugerem que o contato pele a pele precoce parece favorecer a interação mãe filho aos dois meses de IGC. As crianças do grupo experimental apresentaram evolução da reciprocidade da interação do segundo para o quarto mês de IGC. Novos estudos, com amostra de maior poder, são necessários para avaliar a contribuição do contato pele a pele precoce no desenvolvimento sócio-emocional de crianças nascidas prematuramente⁴⁷.

REFERÊNCIAS

1. Dayan J, Creveuil C, Herlicoviez M, Herbel C, Baranger E, Savoye C *et al.* Role of anxiety and depression in the onset of spontaneous preterm labor. *Am J Epidemiol* 2002;155(4):293-301.
2. Dole N, Savitz DA, Hertz-Picciotto I, Siega-Riz AM, McMahon MJ, Buekens P. Maternal stress and preterm birth. *Am J Epidemiol* 2003;157(1):14-24.
3. Wadhwa PD, Entringer S, Buss C, Lu MC. The contribution of maternal stress to preterm birth: issues and considerations. *Clin Perinatol* 2011; 38(3): 351-84.
4. Rodrigues OMPR, Schiavo RA. Stress in pregnancy and puerperium: a correlation with postpartum depression. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2011;33(9):252-7.
5. Silva R, Jansen K, Souza L, Quevedo L, Barbosa L, Moraes I *et al.* Sociodemographic risk factors of perinatal depression: a cohort study in the public health care system. *Rev Bras Psiquiatr* 2012;34(2):143-48.
6. Zaconeta AM, Queiroz IFB, Amato AA, Motta LDC, Casulari LA. Depression with postpartum onset: a prospective cohort study in women undergoing elective cesarean section in Brasilia, Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2013;35(3):130-5.
7. Melo Jr EF, Cecatti JG, Pacagnella RC, Leite DFB, Vulcani DE, Makuch MY. The prevalence of perinatal depression and its associated factors in two different settings in Brazil. *J Affec Disord* 2012;136(3):1204-08.
8. Brancaglion MY, Couto TC, Vasconcellos AG, Malloy-Diniz LF, Nicolcato R, Corrêa H. Edinburg postnatal depression scale for screening antepartum depression in the Brazilian public health system. *Clinical Neuropsychiatry* 2013;10(2):102-106.

9. Vigod SN, Villegas L, Dennis CL, Ross Le. Prevalence and risk factors for postpartum depression among women with preterm and low-birth-weight infants: a systematic review. *BJOG* 2010;117(5):540-50.
10. Konradt CE, Silva RA, Jansen K, Vianna DM, Quevedo LA, Souza LDM *et al.* Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul* 2011;33(2):76-79.
11. Wang P, Liou SR, Cheng CY. Prediction of maternal quality of life on preterm birth and low birthweight: a longitudinal study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2013;13:124. doi: 10.1186/1471-239313-124.
12. Rogers CE, Kidokoro H, Wallendorf M, Inder TE. Identifying mothers of very preterm infants at-risk for postpartum depression and anxiety prior to discharge. *J Perinatol* 2013;33(3):171-76.
13. Elmir R, Schmied V, Wilkes L, Jackson D. Separation, failure and temporary relinquishment: women's experiences of early mothering in the context of emergency hysterectomy. *J Clin Nurs* 2011;21(7-8):1119-27.
14. Miranda AM, Soares CN, Moraes ML, Fossaluzza V, Serafim PM, Mello MF. Healthy maternal bonding as a resilience factor for depressive disorder. *Psychology & Neuroscience* 2012;5(1):21-25.
15. Anuradha G, Sebanti G. Evaluation of post partum depression in a tertiary hospital. *J Obstet Gynaecol India* 2011;61(5):528-30.
16. Mörelius E, Theodorsson E, Nelson N. Salivary cortisol and mood and pain profiles during skin-to-skin care for an unselected group of mothers and infants in neonatal intensive care. *Pediatrics* 2005;116(5):1105-13.
17. 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.

18. Davis L, Edwards H, Mohay H, Wollin J. The impact of very premature birth on the psychological health of mothers. *Early Hum Dev* 2003; 73(1-2):61-70.
19. Sophie D, Quen VL, Bureau V, Ancel PY, Bréart G, Rozé JC. Maternal psychological impact of medical information in the neonatal period after premature birth. *Early Hum Dev* 2009; 85(12):791-93.
20. Misund AR, Nerdrum P, Braten S, Pripp AH, Diseth TH. Long-term risk of mental health problems in women experiencing preterm birth: a longitudinal study of 29 mothers. *Ann Gen Psychiatry* 2013; 12(33):1-9.
21. Bener A. Psychological distress among postpartum mothers of preterm infants and associated factors: a neglected public health problem. *Rev Bras Psiquiatr* 2013;35(3):231-36.
22. Jubinville J, Newburn-Cook C, Hegadoren K, Lacaze-Masmonteil T. Symptoms of acute stress disorder in mothers of premature infants. *Adv Neonatal Care* 2012;12(4):246-53.
23. Lobato G, Moraes CL, Dias AS, Reichenheim ME. Postpartum depression according to times frames and sub-groups: a survey in primary health care settings in Rio de Janeiro, Brazil. *Arch Womens Ment Health* 2011;14(3):187-93.
24. Figueiredo B, Conde A. Anxiety and depression symptoms in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum: parity differences and effects. *J Affec Disord* 2011; 132(1-2):146-57.
25. Tronick E, Reck C. Infants of Depressed Mothers. *Harv Rev Psychiatry* 2009;17(2):147-56.
26. Howard LM, Flach C, Mehay A, Sharp D, Tylee A. The prevalence of suicidal ideation identified by the Edinburgh Postnatal Depression Scale in postpartum women in primary care: findings from the RESPOND trial. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2011;11(57):1-10.
27. Rhodes AM, Segre LS. Perinatal depression: a review of US legislation and Law. *Arch Womens Ment Health* 2013;16(4):259-70.

28. Paul IM, Downs DS, Schaefer EW, Beiler JS, Weisman CS. Postpartum anxiety and maternal-infant health outcomes. *Pediatrics* 2013;131(4):e1218-24.
29. Chen H, Wang J, Ch'ng YC, Mingoo R, Lee T, Ong J. Identifying mothers with postpartum depression early: integrating perinatal mental health care into the obstetric setting. *ISRN Obstet Gynecol* 2011. Cited in Pubmed PMID:21941662.
30. Dennis CL, Coghlan M, Vigod S. Can we identify mothers at-risk for postpartum anxiety in the immediate postpartum period using the State-Trait Anxiety Inventory? *J Affec Disord* 2013; 150(3):1217-20.
31. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *BJP* 1987; 150:782-786.
32. Figueira P, Corrêa H, Malloy-Diniz L, Romano-Silva MA. Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde. *Rev Saude Publica* 2009;43(supl1):79-84.
33. Miles R, Cowan F, Glover V, Stenvenson J, Modi N. A controlled trial of skin-to-skin contact in extremely preterm infants. *Early Hum Dev* 2006;82(7):447-55.
34. Moraes IGS, Pinheiro RT, Silva RA, Horta BL, Sousa PLR, Faria AD. Prevalence of postpartum depression and associated factors. *Rev Saúde pública* 2006;40(1):1-6.
35. Ruschi GEC, Sun SY, Mattar R, Chambô Filho A, Zandonade E, Lima VJ. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. *Rev Psiquiatr* 2007;29(3):274-80.
36. Costa R, Pacheco A, Figueiredo B. Prevalência e preditores de sintomatologia depressiva após o parto. *Rev Psiq Clin* 2007;34(4):157-65.

37. Cantilino A, Zambaldi CF, Albuquerque TLC, Paes JA, Montenegro ACP, Sougey EB. Postpartum depression in Recife – Brazil: prevalence and association with bio-socio-demographic factors. *J Bras Psiquiatr* 2010;59(1):1-9.
38. Gaillard A, Strat YL, Mandelbrot L, Keita H, Dubertret. Predictors of postpartum depression: prospective study of 264 women followed during pregnancy and postpartum. *Psychiatry Res* 2014; 215(2):341-6.
39. Santos IS, Matijasevich A, Tavares BF, Barros AJD, Botelho IP, Lapolli C, et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cad. Saúde Pública* 2007;23(11):2577–88.
40. Guedeney N, Fermanian J, Guelfi JD, Kumar RC. The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) and the detection of major depressive disorders in early postpartum: some concerns about false negatives. *J Affec Disord* 2000;61(1-2):107-12.
41. Lamy Filho F, Silva AAM, Lamy ZC, Gomes MASM, Moreira MEL. Evaluation of the neonatal outcomes of kangaroo mother method in Brazil. *J Pediatr (Rio J)* 2008; 84(5): 428-35.
42. Ludington-Hoe SM, Morgan K, Abouelfetoh A. A clinical guideline for implementation of kangaroo care with premature infants of 30 or more weeks' postmenstrual age. *Adv in Neonatal Care* 2008;8(3S):S3-S23.
43. Hall RW. Anesthesia and Analgesia in the NICU. *Clin Perinatol* 2012; 39(1):239-254.
44. Schneider C, Charpak N, Ruiz-Paláez JG, Tessier R. Cerebral motor function in very premature-at-birth adolescents: a brain-stimulation exploration of Kangaroo Mother Care effects. *Acta Paediatr* 2012; 101(10):1045-53.
45. Ramachandran S, Dutta S. Early developmental care interventions of preterm very low birth weight infants. *Indian Pediatr* 2013; 50(8):765-70.

46. Bystrova K, Ivanova V, Edhborn M, Matthiesen AS, Ransjö-Arvidson AB, Mukhmedrakhimov R, et al. Early contact versus separation: effects on mother-infant interaction one year later. *Birth* 2009;36(2):110-2.
47. Azevedo VMGO. O contato pele a pele e a interação mãe e filho pré-termo [tese]. Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde – Saúde da Criança e do Adolescente: Universidade Federal de Minas Gerais; 2013.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo investigou a influência do contato pele a pele realizado entre mãe e RNPT com peso de nascimento de 1.000g a 1.800g nas repercussões do estresse materno. Os resultados sugerem que a aproximação entre mãe e filho pré-termo pode ser estratégia para reduzir a ansiedade materna. Embora não significativa, foi observada redução da ansiedade moderada/grave (16,6%) após o segundo contato pele a pele no grupo experimental.

Durante a realização desta pesquisa, foram encontradas algumas dificuldades. Dentre elas, destaca-se a impossibilidade de concluir o estudo inicial do cortisol materno por impedimento técnico. Como o cortisol é um dos principais marcadores biológicos do estresse, acredita-se que sua análise enriqueceria a metodologia dessa investigação.

Foram observadas limitações importantes, como a perda amostral significativa ao longo do acompanhamento, o que gerou baixo poder amostral. Dessa forma, estudos com maior poder amostral e que avaliem a influência do contato pele a pele realizado por maior número de repetições poderão esclarecer a influência dessa técnica no estresse materno.

APÊNDICES

APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PARA MÃES ENTRE 13 E 17 ANOS

Você está sendo convidada a participar do trabalho de pesquisa denominado “**CONTATO PRECOCE PELE A PELE: REPERCUSSÕES SOBRE OS INDICADORES DE ESTRESSE MATERNO E NA INTERAÇÃO ENTRE MÃE-FILHO AOS 2 E AOS 4 MESES DE IDADE CORRIGIDA**”, conduzido pelas fisioterapeutas Vívian Mara Gonçalves de Oliveira Azevedo e Fernanda de Oliveira Gontijo.

Este estudo tentará descrever e compreender a sua relação com seu filho, além de verificar o seu nível de hormônio cortisol, que está relacionado ao nível de estresse, e assim poderá ajudar a analisar o seu grau de ansiedade e depressão após o parto. Para que este estudo seja válido e correto, antes de iniciarmos será feito um sorteio, onde serão selecionados 2 grupos de mães com as mesmas condições (mães que tiveram filhos com peso de nascimento entre 1000 a 1800g e que estejam internados na UTIN do Hospital Sofia Feldman).

O **grupo 1** será formado pelas mães que colocarão seu bebê em posição mãe-canguru por 1 a 3 horas entre as primeiras 24h a 72h após o parto, mesmo estando o bebê com tubo de respiração artificial ou com algum oxigênio; e o **grupo 2** será formado pelas mães que colocarão, caso queiram, seu bebê em posição mãe-canguru apenas 72h após o parto. Assim, depois do sorteio você será selecionada para um dos grupos e, caso você seja selecionada para o segundo isso não a impedirá de visitar e tocar o seu bebê sempre que quiser. Nesse mesmo caso, se você mudar de idéia e desejar colocar seu filho na posição mãe-canguru, você poderá optar por não continuar no estudo.

O desenvolvimento deste estudo poderá mostrar se o contato precoce entre você e seu filho pode influenciar na sua relação com ele e na sua sensação de estresse e ansiedade.

Caso você aceite participar será feito os seguintes procedimentos:

1 - Você responderá a 2 questionários: um contendo 10 perguntas e outro com 40 perguntas sobre como você se sente em algumas situações. O tempo médio necessário para responder o questionário será de 15 min;

2- Será solicitado que você mastigue um pedaço de algodão durante 1 minuto para que sua saliva seja coletada. A sua saliva será usada para avaliar seu hormônio cortisol. Esse exame será analisado no Canadá, na Universidade Laval. No grupo 1 a coleta será feita sempre à tarde e da seguinte forma: imediatamente antes da primeira sessão de posição mãe-canguru e 1h após o início desse posicionamento; no dia seguinte você carregará seu filho novamente no mesmo horário e será feita uma nova coleta também antes de colocar em posição canguru e 1h após o início. No sétimo dia após o parto e 3 meses após o parto haverá coletas em que não será necessário o posicionamento mãe-canguru. No grupo 2, a coleta será feita uma única vez no período entre 24 e 72h após o parto. No sétimo dia após o parto e 3 meses após o parto haverá coletas em que não será necessário o posicionamento mãe-canguru.

3- Serão realizadas 3 entrevistas com você, sendo uma na alta hospitalar com perguntas sobre você e o seu filho e outras 2 durante 2 retornos ao hospital para reavaliação com perguntas mais gerais a respeito do seu relacionamento com seu filho. Será usado um gravador, mas se você sentir incomodada ele poderá ser desligado. A segunda entrevista será marcada no momento da alta.

4- No retorno ao hospital, você e seu filho serão filmados, enquanto vocês realizam uma situação de brincadeira orientada pela pesquisadora, por 10 minutos.

Para que você não tenha gastos adicionais para trazer seu filho ao hospital, os pesquisadores irão arcar com os seus gastos e de um acompanhante referente a transporte e alimentação.

Durante o posicionamento do seu filho (a) na posição mãe-canguru, ele será avaliado continuamente pela fisioterapeuta e pelo pediatra de plantão. Alguns sinais que podem oferecer riscos a seu filho poderão ocorrer como: queda ou aumento da frequência cardíaca; queda ou aumento da temperatura corporal; queda ou aumento da pressão arterial; e queda na oxigenação. Caso tais intercorrências ofereçam riscos importantes a seu filho(a), ele(a) será imediatamente recolocado na incubadora e será novamente avaliado pelo pediatra de plantão.

Você foi convidada para participar dessa pesquisa porque o seu filho nasceu com peso entre 1000g e 1800g e está internado na UTIN do Hospital Sofia Feldman e a sua participação só poderá acontecer de forma voluntária. Você tem o direito de recusar ou deixar de participar deste estudo em qualquer momento, sem prejuízo para você e/ou para seu filho, junto ao Hospital Sofia Feldman.

Todas as informações da pesquisa são confidenciais, não havendo riscos de identificação. Seu nome não será escrito em nenhum dos questionários que você responderá. Para identificação de cada mãe que participará do estudo serão utilizados as letras PCMC (Projeto Cuidado Mãe Canguru) associado a um número entre 0 e 100. Após o estudo os resultados serão divulgados para fins científicos.

Se tiver alguma dúvida você poderá esclarecê-la com uma das pesquisadoras responsáveis ou junto ao comitê de ética a qualquer momento.

Assinei e recebi uma cópia desta autorização.

Belo Horizonte, ___/___/____

Nomes

(Responsável): _____

(Mãe): _____

(Criança) _____

Assinatura do Responsável

Assinatura da Mãe

Pesquisadoras responsáveis:

Comitê de Ética em Pesquisa (UFMG) Fone: 3409-4592; Endereço: Av. Antônio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II – 2º andar – sala 2005, Campus Pampulha – Belo Horizonte/MG; cep: 31270-901

Comitê de Ética em Pesquisa (HSF) Fone: 3408-2242; Endereço: Rua Antônio Bandeira 1060, Tupi – Belo Horizonte/MG; cep:31844-130

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA MÃES MAIORES DE 17 ANOS

Você está sendo convidada a participar do trabalho de pesquisa denominado “**CONTATO PRECOCE PELE A PELE: REPERCUSSÕES SOBRE OS INDICADORES DE ESTRESSE MATERNO E NA INTERAÇÃO ENTRE MÃE-FILHO AOS 2 E AOS 4 MESES DE IDADE CORRIGIDA**”, conduzido pelas fisioterapeutas Vívian Mara Gonçalves de Oliveira Azevedo e Fernanda de Oliveira Gontijo.

Este estudo tentará descrever e compreender a sua relação com seu filho, além de verificar o seu nível de hormônio cortisol, que está relacionado ao nível de estresse, e assim poderá ajudar a analisar o seu grau de ansiedade e depressão após o parto. Para que este estudo seja válido e correto, antes de iniciarmos será feito um sorteio, onde serão selecionados 2 grupos de mães com as mesmas condições (mães que tiveram filhos com peso de nascimento entre 1000 a 1800g e que estejam internados na UTIN do Hospital Sofia Feldman).

O **grupo 1** será formado pelas mães que colocarão seu bebê em posição mãe-canguru por 1 a 3 horas entre as primeiras 24h a 72h após o parto, mesmo estando o bebê com tubo de respiração artificial ou com algum oxigênio; e o **grupo 2** será formado pelas mães que colocarão, caso queiram, seu bebê em posição mãe-canguru apenas 72h após o parto. Assim, depois do sorteio você será selecionada para um dos grupos e, caso você seja selecionada para o segundo isso não a impedirá de visitar e tocar o seu bebê sempre que quiser. Nesse mesmo caso, se você mudar de idéia e desejar colocar seu filho na posição mãe-canguru, você poderá optar por não continuar no estudo.

O desenvolvimento deste estudo poderá mostrar se o contato precoce entre você e seu filho pode influenciar na sua relação com ele e na sua sensação de estresse e ansiedade.

Caso você aceite participar será feito os seguintes procedimentos:

1 - Você responderá a 2 questionários: um contendo 10 perguntas e outro com 40 perguntas sobre como você se sente em algumas situações. O tempo médio necessário para responder o questionário será de 15 min;

2- Será solicitado que você mastigue um pedaço de algodão durante 1 minuto para que sua saliva seja coletada. A sua saliva será usada para avaliar seu hormônio cortisol. Esse exame será analisado no Canadá, na Universidade Laval. No grupo 1 a coleta será feita sempre à tarde e da seguinte forma: imediatamente antes da primeira sessão de posição mãe-canguru e 1h após o início desse posicionamento; no dia seguinte você carregará seu filho novamente no mesmo horário e será feita uma nova coleta também antes de colocar em posição canguru e 1h após o início. No sétimo dia após o parto e 3 meses após o parto haverá coletas em que não será necessário o posicionamento mãe-canguru. No grupo 2, a coleta será feita uma única vez no período entre 24 e 72h após o parto. No sétimo dia após o parto e 3 meses após o parto haverá coletas em que não será necessário o posicionamento mãe-canguru..

3- Serão realizadas 3 entrevistas com você, sendo uma na alta hospitalar com perguntas sobre você e o seu filho e outras 2 durante 2 retornos ao hospital para reavaliação com perguntas mais gerais a respeito do seu relacionamento com seu filho. Será usado um gravador, mas se você sentir incomodada ele poderá ser desligado. A segunda entrevista será marcada no momento da alta.

4- No retorno ao hospital, você e seu filho serão filmados, enquanto vocês realizam uma situação de brincadeira orientada pela pesquisadora, por 10 minutos.

Para que você não tenha gastos adicionais para trazer seu filho ao hospital, os pesquisadores irão arcar com os seus gastos e de um acompanhante referente a transporte e alimentação.

Durante o posicionamento do seu filho (a) na posição mãe-canguru, ele será avaliado continuamente pela fisioterapeuta e pelo pediatra de plantão. Alguns sinais que podem oferecer riscos a seu filho poderão ocorrer como: queda ou aumento da frequência cardíaca; queda ou aumento da temperatura corporal; queda ou aumento da pressão arterial; e queda na oxigenação. Caso tais intercorrências ofereçam riscos importantes a seu filho(a), ele(a) será imediatamente recolocado na incubadora e será novamente avaliado pelo pediatra de plantão.

Você foi convidada para participar dessa pesquisa porque o seu filho nasceu com peso entre 1000g e 1800g e está internado na UTIN do Hospital Sofia Feldman e a sua participação só poderá acontecer de forma voluntária. Você tem o direito de recusar ou deixar de participar deste estudo em qualquer momento, sem prejuízo para você e/ou para seu filho, junto ao Hospital Sofia Feldman.

Todas as informações da pesquisa são confidenciais, não havendo riscos de identificação. Seu nome não será escrito em nenhum dos questionários que você responderá. Para identificação de cada mãe que participará do estudo serão utilizados as letras PCMC (Projeto Cuidado Mãe Canguru) associado a um número entre 0 e 100. Após o estudo os resultados serão divulgados para fins científicos.

Se tiver alguma dúvida você poderá esclarecê-la com uma das pesquisadoras responsáveis ou junto ao comitê de ética a qualquer momento.

Assinei e recebi uma cópia desta autorização.

Belo Horizonte, ___/___/____

Nomes (Mãe): _____

(Criança) _____

Assinatura

Pesquisadoras responsáveis:

Comitê de Ética em Pesquisa (UFMG) Fone: 3409-4592; Endereço: Av. Antônio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II – 2º andar – sala 2005, Campus Pampulha – Belo Horizonte/MG; cep: 31270-901

Comitê de Ética em Pesquisa (HSF) Fone: 3408-2242; Endereço: Rua Antônio Bandeira 1060, Tupi – Belo Horizonte/MG; cep:31844-130

APÊNDICE II



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Universidade Federal de Minas Gerais



Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente

Título do estudo: “Cuidado mãe canguru precoce: repercussões para o recém-nascido de muito e extremo baixo peso e na interação entre mãe-filho aos 3 e aos 6 meses de idade corrigida”

CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO: _____

DATA: _____

Registros do prontuário

1º dia – referente à Mãe

1. Nome (mãe): _____
2. Idade: _____ ; G__P__A__
3. Ultra-som: ___sem___dias IG Data de nascimento: ___/___/___
4. Rotura de membrana? [_] 1.Sim [_] 2.Não Tempo: _____horas
5. Patologias registradas no sumário de alta durante gravidez: [_] 1.ITU [_] 2.Corionamnionite [_] 3.Toxoplasmose [_] 4. Diabete gestacional [_] 5. Sífilis [_] 6. Rubéola [_] 7. Tabagismo [_] 8. HIV positivo [_] 9. Oligohidrâminio [_] 10. Herpes [_] 6. Elitismo [_] 7.Outros: _____
6. Motivo do parto prematuro: [_] 1.DHEG [_] 2. Eclâmpsia [_] 3.Sangramento [_] 4.Infecção [_] 5.TPP [_] 6. DPP [_] 7.Pré-Eclâmpsia [_] 8. Síndrome de Help [_] 10. CIUR [_] 11. SFA [_] 12.Polidrâmnio [_] 13. Oligodrâmnio [_] 11. Cesária eletiva [_] Outros: _____
7. Tipo de parto: [_] 1.Cesárea [_] 2.Vaginal [_] 3.Fórceps
8. Episiotomia? [_] 1.Sim [_] 2.Não

1º dia – referente ao RN

1. Nome (RN): _____
2. Peso nascimento: _____Peso atual: _____
3. IG: ___ sem ___ dias
4. Apgar 1' ___ 5' _____
5. PC: _____ cm Estatura: _____ cm
6. Reanimação após parto? [_] 1. Sim [_] 2. Não. *Se SIM:* [_] 1. Oxigênio; [_] 2. VPP mascara; [_] 3.TOT; [_] 4. Massagem cardíaca; [_] 5. Adrenalina
7. Diagnóstico (inicial): _____
8. USTF (antes CMC) _____ (após) _____

Antes da alta hospitalar

1. Dias de internação do RN: ____ IGCorrigida: ____ sem ____ dias
2. Peso atual: _____g
3. Duração de oxigenoterapia: ____ dias
[_] VM ____ dias [_] VNI ____ dias [_] CPAP ____ dias [_] HOOD ____ dias

[_] CNE ____ dias
4. Problemas relacionados à internação: [_] 1. BDP [_] 2. Retinopatia [_] 3. HPIV ____ grau
Data exame: __/__/__ [_] 4. Sepsis precoce [_] 5. Sepsis tardia Quantas: ____

[_] 6. Exsanguineotransfusão
5. Realizou alguma cirurgia? [_] 1. Sim [_] 2. Não Qual: _____
6. Faz uso de algum medicamento? [_] 1. Sim [_] 2. Não Qual(is): _____

APÊNDICE III



Universidade Federal de Minas Gerais



Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente

Título do estudo: “Cuidado mãe canguru precoce: repercussões para o recém-nascido de muito e extremo baixo peso e na interação entre mãe-filho aos 3 e aos 6 meses de idade corrigida”

CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO: _____

DATA: _____

Questionário para as mães até 72h após o parto

1) As perguntas abaixo são sobre você e seu bebê

1.1.	Qual é o seu nome?	_____
1.2.	Qual é a sua idade? [_ _]	_____
1.3.	Qual é o seu endereço?	_____ _____
1.4.	Qual é o endereço do seu trabalho ou da sua mãe ou da sua vizinha?	_____ _____
1.5.	Dê como referência algum ponto de referencia estabelecimento comercial próximo a sua casa?	_____
1.6.	Qual é o ponto de ônibus mais próximo da sua casa (indicar o local e a linha)?	_____ _____
1.7.	Quais são os seus telefones de possível contato se necessário: Telefone da sua casa: _____ Seu celular : _____ Celular do seu marido: _____ Telefone da casa ou do celular da sua mãe: _____ Telefone do seu trabalho: _____ Telefone do trabalho do seu marido: _____ Outros: _____	

1.8.	Você tem outros filhos? [_] 1.Sim [_] 2.Não
------	---

- 1.9. Se sim, quantos? [_ _] 1.
 1.10. Se sim, você amamentou seus outros filhos? [_] 1.Sim [_] 2.Não
 1.11. Se sim, quanto tempo? [_____] 1. 1ºfilho(a) [_____] 2. 2ºfilho(a) [_____] 3.3ºfilho(a) [_____] 4. 4ºfilho(a)
 1.12. Você já teve outro filho (a) prematuro? [_] 1.Sim [_] 2.Não
 1.13. Se sim, com quantas semanas ou quantos meses de gestação ele (a) nasceu? [_ _] 1. Semanas [_ _] 2. Meses
 1.14. Qual foi o peso de nascimento dele (a)? [_ _ _ _] gramas 1.
 1.15. Qual é a idade dele hoje? [_ _] anos [_ _] meses 1.

- 1.16. Qual é o seu estado conjugal:
 [_] 1.Casada / União estável [_] 2.Separada / Divorciada / Desquitada [_] 3.Solteira [_] 4.Viúva

[_] 5.NS/NR

- 1.17. Você e o pai do seu filho (a) estão juntos? [_] 1.Sim [_] 2.Não
 1.18. Se sim, há quanto tempo?
 [_] 1.Menos de 1 ano [_] 2.Entre 1 e 2 anos [_] 3.Mais de 2 anos
 1.19. Se NÃO, quanto tempo ficaram juntos? [_ _] anos [_ _] meses
 1.20. O pai do seu filho já veio visitá-lo? [_] 1.Sim [_] 2.Não
 1.21. Se não, por que não?

- 1.22. Sua gravidez foi planejada? [_] 1.Sim [_] 2.Não
 1.23. Quantas vezes você foi ao médico durante a gravidez? _____
 1.24. Antes de saber o sexo do seu bebê você gostaria que ele fosse (escolha uma das opções abaixo):
 [_] 1. Menino [_] 2. Menina [_] 3. Não tinha preferência
 1.25. Data da última menstruação __/__/__ Mãe com dúvida [_] 1.Sim [_] 2.Não
 1.26. Data provável do parto __/__/____
 1.27. Data do parto __/__/____

- 1.26. Qual é a sua escolaridade em anos completos? [_ _] anos completos

- 1.27. Quantas pessoas moram na sua casa? [_ _] 1.

- 1.28. Das pessoas que moram na sua casa, quantas trabalham e contribuem para a renda familiar? [_ _] 2.

- 1.29. Quanto cada uma dessas pessoas ganha em salários mínimos (SM)?

Pessoa 1: _____

Pessoa 2: _____

Pessoa 3: _____

Pessoa 4: _____

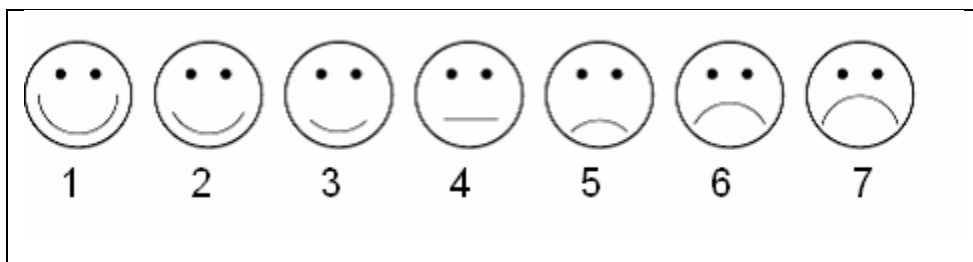
Pessoa 5: _____

- 1.30. Quantos cômodos para dormir têm na sua casa? _____
 1.31. Quantos banheiros têm a sua casa? _____
 1.32. Sua casa tem computador? [_] 1.Sim [_] 2.Não

- 1.33. Você faz uso diário de alguma medicação? [_] 1.Sim [_] 2.Não
 1.34. Se sim, qual? _____
- 1.35. Nos últimos seis meses, você se lembra de ter usado algum medicamento por um tempo prolongado (acima de uma semana sem interrupção)? [_] 1.Sim [_] 2.Não
 1.36. Se sim, qual? _____
- 1.37. Alguma vez na vida, você consultou com psiquiatra ou psicólogo?
 [_] 1.Sim . À quanto tempo? _____ ano(s) _____ meses
 [_] 2.Não
- 1.38. A Sra. fuma ou já fumou? (ler opções) [_] 1. nunca fumou [_] 2.ex-fumante
 [_] 3. fumante atual
 Se sim: Quantos cigarros fuma(va) por dia? _____
- 1.39. Você toma ou tomava bebida que contem álcool? [_] 1.Sim [_] 2.Não
- 1.40. Se sim: No último mês, quantas vezes tomou bebidas de álcool? (ler opções)
 [_] 1.nenhuma vez [_] 2.menos de uma vez por semana [_] 3.uma vez por semana
 [_] 4.mais de uma vez por semana [_] 5.todos os dias
- 1.41. Você fez ou faz uso de alguma dessas drogas? [_] 1.Sim Quais?

 [_] 2.Não
- 1.42. Há quanto tempo? _____

OBSERVE AS FIGURAS ABAIXO QUE VARIAM DE UMA PESSOA QUE ESTÁ MUITO FELIZ NA FIGURA 1, ATÉ UMA PESSOA MUITO TRISTE NA FIGURA 7.



Qual o número do rosto que melhor mostra como você se sente desde o nascimento de seu filho até hoje?

- 1.43. A sua mãe natural está viva? 1.Sim 2.Não
- 1.44. Quem cuidou de você quando você nasceu?
 mãe natural mãe substituta Outros
- 1.45. Em geral, você considera seu relacionamento com a sua mãe:
 1.Muito Bom 2.Bom 3.Razoável 4.Ruim 5.Muito Ruim

- 1.46. Você estava em qual local onde tocou no seu filho pela primeira vez?
 1.Sala de parto/bloco cirúrgico 2.Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) 3.Unidade de Cuidados Intermediários (UCIN)
4.Outros
- 1.47. Quando você tocou seu filho a primeira vez?
 1. Nos primeiros minutos após o nascimento 2. Entre 30 e 40 min após nascimento
 3. Entre 1h e 24h após o nascimento 4. De 24h a 36h após nascimento 5. De 36h a 72h após o nascimento 7. > 72h
- 1.48. Quando você colocou seu filho no colo a primeira vez?
 1. Nos primeiros minutos após o nascimento 2. Entre 30 e 40 min após nascimento
 3. Entre 1h e 24h após o nascimento 4. 1 a 3 dias de vida 5. 4-6 dias de vida
 6. 7-10 dias de vida 7. >11 dias de vida

APÊNDICE IV



Universidade Federal de Minas Gerais



Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente

Título do estudo: “Cuidado mãe canguru precoce: repercussões para o recém-nascido de muito e extremo baixo peso e na interação entre mãe-filho aos 3 e aos 6 meses de idade corrigida”

CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO: _____

DATA: _____

Questionário para o primeiro retorno

1. Questionário auto-aplicado sem ajuda 2. Questionário auto-aplicado com ajuda
3. Questionário aplicado sem ajuda 4. Questionário aplicado com ajuda

9. Nome:

10. Na sua família, quem costuma cuidar dos bebês recém-nascido?

1. Mãe 2. Pai 3. Mãe e Pai 4. Outro membro da família, especificar:

11. Como está o relacionamento com seu marido (parceiro)?

1. Excelente 2. Satisfatório 3. Mais ou menos 4. Insatisfatória

12. Você foi vítima de violência pelo seu marido ou parceiro durante a gravidez?

1. Não 2. Muitas vezes 3. Algumas vezes 4. Raramente

13. Porque você acha que o seu bebê nasceu prematuramente ? (pode marcar mais de uma resposta)

1. Por causa de problema seu 2. Por causa de problemas com o pai do bebê
3. Por causa de problema do bebê 4. Por causa de outra pessoa à sua volta 5. Por causas de outros problemas relacionados com a natureza (clima, poluição etc) 6. Por mistérios divinos 7. Não sei

14. Você recebe apoio emocional desde o nascimento do seu bebê? 1. Sim 2. Não
Se sim de quem?

1. Seu marido (parceiro) 2. Sua família 3. Família do seu marido (parceiro) 4. De uma amiga 5. Outros, especificar _____

Em geral, como você classifica a participação do pai no cuidado do bebê?

1. Ele cuida da criança mais do que eu 2. As tarefas são compartilhadas igualmente 3. Ele cuida do bebê de vez enquanto 4. Ele raramente cuida 5. Ele nunca cuida.

Você se sente culpada por ter dado a luz à um bebê prematuro,

1. sim 2. não

Se sim, Por que você se sente culpada? _____

15. Como sua família, se sente com o nascimento de um bebê prematuro?

1. Eles me apoiam 2. Eles me culpam 3. Eles são indiferente

16. Você tem recebido ajuda nas tarefas domésticas após o nascimento do bebê? 1. Sim 2. Não Se sim de quem?
 1. Seu marido (parceiro) 2. Avós 3. Irmãs e irmãos
 4. Outros membros da família 5. Outros membros da comunidade (Amiga, vizinha, etc)

17. Após o nascimento de um bebê, algumas mulheres podem ficar constantemente abatidas, como isso é visto pelos seus parentes, amigos e vizinhança?
 1. É perfeitamente normal e pode ser encontrado com frequência
 2. É uma situação constrangedora, mas podemos falar com com as pessoas mais íntimas
 3. É uma situação que não deve ser comentada com os outros e resolvida por nós mesmos

12. À que está relacionado o abatimento constante (depressão) destas mulheres após-parto?
 1. Está relacionado com a mãe do bebê sim não
 2. Está relacionado com o pai sim não
 3. Está relacionado com o bebê sim não
 4. Está relacionado com a família sim não
 5. Está relacionado com os membros da sua comunidade (amigos e vizinhança)
 sim não
 6. Está relacionado com causas da natureza (clima, poluição, etc) .
 sim não
 7. Está relacionado aos mistérios divinos.
 sim não
 8. Não sei

13. O que você sugeriria para resolver este problema de depressão após o parto?
 1. Ficar no hospital após o parto
 2. Fazer tratamento com psicólogo
 3. Não fazer nada e deixar que o tempo cure
 4. Tratamentos tradicionais, tais como:
 a. Recorrer à uma pessoa religiosa b. Recorrer aos amigos ou vizinhança que podem ajudar
 c. Fazer tratamentos com ervas ou folhas
 d. Razser tratamentos alternativos, como a homeopatia, acupuntura ou qualquer outra coisa.
 5. Outra alternativa _____

ANEXOS**ANEXO I****IDATE – ESTADO (Antes do 1º Canguru e Após o 2º Canguru)**

CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO: _____ TEMPO: _____

DATA (1º CANGURU – azul): _____

DATA (2º CANGURU - vermelho): _____

Leia cada pergunta e faça um círculo ao redor do número à direita que melhor indicar como você se sente agora, neste momento. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproxima de como você se sente neste momento.

AValiação: Absolutamente não 1 Um pouco..... 2

Bastante..... 3 Muitíssimo..... 4

1. Sinto-me calmo (a)	1	2	3	4
2. Sinto-me seguro (a)	1	2	3	4
3. Estou tenso (a)	1	2	3	4
4. Estou arrependido (a)	1	2	3	4
5. Sinto-me à vontade (a)	1	2	3	4
6. Sinto-me perturbado (a)	1	2	3	4
7. Estou preocupado (a) com possíveis infortúnios	1	2	3	4
8. Sinto-me descansado (a)	1	2	3	4
9. Sinto-me ansioso (a)	1	2	3	4
10. Sinto-me “em casa”	1	2	3	4
11. Sinto-me confiante	1	2	3	4
12. Sinto-me nervoso (a)	1	2	3	4
13. Estou agitado (a)	1	2	3	4
14. Sinto-me uma pilha de nervos	1	2	3	4
15. Estou descontraído (a)	1	2	3	4
16. Sinto-me satisfeito (a)	1	2	3	4
17. Estou preocupado (a)	1	2	3	4
18. Sinto-me super excitado (a) e confuso (a)	1	2	3	4
19. Sinto-me alegre		1	2	3
4				
20. Sinto-me bem	1	2	3	4

TOTAL 1º CANGURU:**TOTAL 2º CANGURU:**

IDATE – TRAÇO (Antes do 1º Canguru e Após o 2º Canguru)

CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO: _____ TEMPO: _____

DATA (1º CANGURU – azul): _____ DATA (2º CANGURU - vermelho): _____

Leia cada pergunta e faça um círculo ao redor do número à direita que melhor indicar como você se sente. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproximar de como você se sente geralmente.

AVALIAÇÃO: Quase nunca..... 1 Às vezes..... 2
Frequentemente..... 3 Quase sempre..... 4

1. Sinto-me bem	1	2	3	4
2. Canso-me facilmente	1	2	3	4
3. Tenho vontade de chorar	1	2	3	4
4. Gostaria de poder ser tão feliz quanto os outros parecem ser	1	2	3	4
5. Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente	1	2	3	4
6. Sinto-me descansado (a)	1	2	3	4
7. Sinto-me calmo (a), ponderado (a) e senhor (a) de mim mesmo	1	2	3	4
8. Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não consigo as resolver	1	2	3	4
9. Preocupo-me demais com coisas sem importância	1	2	3	4
10. Sou feliz	1	2	3	4
11. Deixo-me afetar muito pelas coisas	1	2	3	4
12. Não tenho muita confiança em mim mesmo (a)	1	2	3	4
13. Sinto-me seguro (a)	1	2	3	4
14. Evito ter que enfrentar crises ou problemas	1	2	3	4
15. Sinto-me deprimido (a)	1	2	3	4
16. Estou satisfeito (a)	1	2	3	4
17. Às vezes idéias sem importância me entram na cabeça e ficam me preocupando	1	2	3	4
18. Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça	1	2	3	4
19. Sou uma pessoa estável	1	2	3	4
20. Fico tenso (a) e perturbado (a) quando penso em meus problemas do momento	1	2	3	4

TOTAL 1º CANGURU:**TOTAL 2º CANGURU:**

ANEXO II

ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-NATAL DE EDINBURGO (EPDS) (7 dias e 3 meses após o parto)

CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO: _____ DATA (7° dia – azul): _____
 DATA (23° dia - vermelho): _____

Marque a resposta que melhor reflete como você tem se sentido nos últimos sete dias:

1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas
 - Como eu sempre fiz
 - Não tanto quanto antes
 - Sem dúvida, menos que antes
 - De jeito nenhum

2. Eu tenho pensado no futuro com alegria
 - Sim, como de costume
 - Um pouco menos que de costume
 - Muito menos que de costume
 - Praticamente não

3. Eu tenho me culpado sem razão quando as coisas dão errado
 - Não, de jeito nenhum
 - Raramente
 - Sim, às vezes
 - Sim, muito freqüentemente

4. Eu tenho ficado ansiosa ou preocupada sem uma boa razão
 - Sim, muito seguido
 - Sim, às vezes
 - De vez em quando
 - Não, de jeito nenhum

5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo
 - Sim, muito seguido
 - Sim, às vezes
 - Raramente
 - Não, de jeito nenhum

6. Eu tenho me sentido sobrecarregada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia
 - Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles
 - Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes
 - Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles
 - Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes

7. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho tido dificuldade de dormir
 - Sim, na maioria das vezes
 - Sim, algumas vezes
 - Raramente
 - Não, nenhuma vez

8. Eu tenho me sentido triste ou muito mal
 - Sim, na maioria das vezes
 - Sim, muitas vezes
 - Raramente
 - Não, de jeito nenhum

9. Eu tenho me sentido tão triste que tenho chorado
 - Sim, a maior parte do tempo
 - Sim, muitas vezes
 - Só de vez em quando
 - Não, nunca

10. Eu tenho pensado em fazer alguma coisa contra mim mesma.
 - Sim, muitas vezes
 - Às vezes
 - Raramente
 - Nunca

TOTAL 7° DIA:

TOTAL 3 MESES APÓS O PARTO:

ANEXO III



Parecer de Relator – 07/2009 **SISNEP: ?**
(favor citar esse número em suas comunicações com o CEP/HSF)

Título do Projeto: Contato precoce pele a pele: repercussões sobre os indicadores de estresse materno e na interação entre mãe-filho aos 2 e aos 4 meses de idade corrigida.

Interessados:

- ✓ Prof. Dr. César Coelho Xavier (Pesquisador responsável - Orientador)
- ✓ Cristina Gonçalves Alvim (Pesquisadora - Co-Orientadora)
- ✓ Viviam Mara Gonçalves Oliveira de Azevedo (Pesquisadora - Doutoranda)
- ✓ Fernanda de Oliveira Gontijo (Pesquisadora)
- ✓ Suzane Pretti Figueiredo Neves (Pesquisadora)

DECISÃO

Comunicamos que, após reanálise do Protocolo de Pesquisa relativo ao Projeto intitulado: CONTATO PRECOCE PELE A PELE: REPERCUSSÕES SOBRE OS INDICADORES DE ESTRESSE MATERNO E NA INTERAÇÃO ENTRE MÃE-FILHO AOS 2 E AOS 4 MESES DE IDADE CORRIGIDA constatou-se o atendimento às solicitações feitas no PARÊCER datado de 25 de junho de 2009.

Neste sentido, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Sofia Feldman (CEP/HSF) considera **APROVADO** o referido Projeto, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) a ser utilizado.

Reafirmamos que o relatório final deverá ser encaminhado ao CEP/HSF ao término do estudo, para fins de conclusão do processo.

Atenciosamente.


Dra. Lúcia Maria Madeira
Coordenadora do CEP/HSF

Comitê de Ética em Pesquisa
HOSPITAL SOFIA FELDMAN
Reg. CONEP: 25000.030213/2006-91

Belo Horizonte, 17 de julho de 2009.

ANEXO IV

Câmara do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina - UFMG
Parecer nº 58/09

Projeto:

Contato precoce pele a pele: repercussões sobre os indicadores de estresse materno e na interação mãe-filho aos 2 e aos 4 meses de idade corrigida

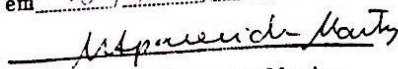
Interessado:

Prof César Coelho Xavier (orientador) e Vivian Mara Gonçalves de Oliveira Azevedo

Os pesquisadores, após colocação do projeto em diligência, fizeram modificações na metodologia de estudo no sentido de minorar os riscos adicionais que a manipulação para o posicionamento canguru poderia causar a saúde do recém-nascido pretermo. Ou seja, aplicação de escala de dor antecedendo ao procedimento, exclusão de recém-nascidos com peso menor que 1000g e intervenção somente após o primeiro dia de vida, somos pela aprovação do projeto.

Profa Maria Cândida Ferrarez Bouzada Viana

Aprovaço o parecer do relator
em 13/11/09.



Profa. Maria Aparecida Martins
Chefe do Departamento de Pediatria
Faculdade de Medicina - UFMG

ANEXO V



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Parecer nº. ETIC 0587.0.203.000-10

Interessado(a): Prof. César Coelho Xavier
Departamento de Propedêutica Complementar
Faculdade de Medicina - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 27 de outubro de 2010, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado **"Contato precoce pele a pele: repercussões sobre os indicadores de estresse materno e na interação entre mãe-filho aos 2 e aos 4 meses de idade corrigida"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O projeto será encaminhado, com o devido parecer, à CONEP para avaliação final. O pesquisador deverá aguardar esta aprovação final para iniciar a pesquisa.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

Prof. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG



CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER Nº. 235/2011

Registro CONEP 16376 (Este nº deve ser citado nas correspondências referentes a este projeto)

CAAE – 0587.0.203.000-09

Processo nº 25000.029031/2011-34

Projeto de Pesquisa: "Contato precoce pele a pele: repercussões sobre os indicadores de estresse materno e na interação entre mãe-filho aos 2 e aos 4 meses de idade corrigida".

Pesquisador Responsável: Cesar Coelho Xavier

Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais (CENTRO ÚNICO)

CEP de origem: COEP - UFMG

Área Temática Especial: Pesquisa com cooperação estrangeira

Patrocinador: Universidade de Laval

Sumário geral do protocolo

Os estudos sobre interação precoce entre mãe-filho têm em comum a consideração da importância dessa relação para a constituição do vínculo primário, elemento fundamental para o desenvolvimento psíquico da criança. Autores citam que há um período sensível onde o contato precoce da mãe com seu filho são fundamentais, e sua interrupção pode alterar o comportamento subsequente dos pais com seus bebês. A posição mãe canguru (PMC) é uma técnica de contato precoce amplo que tem sido utilizada como uma estratégia de aproximação entre pais e filhos. Contudo, é um assunto controverso quando avaliado em recém-nascidos (RNs) de muito baixo peso nos primeiros dias de vida e, especialmente, quando os mesmos estão submetidos a suporte ventilatório.

Os objetivos da pesquisa são: comparar, descrever e compreender a relação de interação existente entre mãe-filho aos 3 e aos 6 meses de idade corrigida em RNs com peso entre 1000g e 1800g ao nascimento que realizaram ou não o contato pele a pele precoce em posição canguru (entre 24 e 72h de vida) e comparar os indicadores de estresse materno através do cortisol salivar e da escala de ansiedade (IDATE – Inventário de Ansiedade Traço-Estado) e os indicadores de depressão pós-parto através da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) nessa população.

Desenho do estudo: Estudo experimental aleatorizado, onde será feita a análise das possíveis diferenças entre o grupo experimental (realizou o contato pele a pele precoce) e o grupo controle (não realizou o contato pele a pele precocemente – antes das 72h de vida do RN)

Método/procedimentos: A mãe será abordada quanto ao desejo de participar do estudo 24h após o parto. Uma das pesquisadoras responsável pela coleta de dados se encaminhará ao leito da puérpera e apresentará o projeto e o termo de consentimento livre esclarecido. Caso a mãe aceite participar do estudo, será gerada sequência de alocação que será feita através do gerador de números aleatórios no Microsoft Office Excel, onde 0 (zero) será definido como grupo controle e 1 grupo experimental. Após definida a sequência esta será colocada em envelopes que serão verificados somente no momento da coleta de dados. Para análise da concentração do cortisol, amostras de saliva serão coletadas utilizando tubos do tipo "swab". Essas amostras poderão

...nt. Parecer CONEP nº. 235/2011

Ainda que o número total de sujeitos seja brasileiro, na carta de Québec, emitida pela Universidade de Laval (Candadá), são especificados os termos da cooperação estrangeira com a UFMG. A carta explicita que a Escola de Psicologia e o Centro de Pesquisa do Hospital Universitário, irão participar do delineamento do estudo e das análises estatísticas.

Além disso, as despesas relacionadas ao envio de amostras de cortisol salivar da UFMG para Québec, despesas com passagens aéreas entre Québec e Minas Gerais e despesas de locomoção das mães no pós-parto, serão arcadas pela Universidade de Laval.

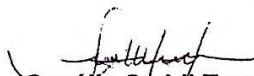
Comentários/ Considerações

1. Existem divergências na faixa etária dos participantes do estudo: as informações do título não estão de acordo com as informações do protocolo. Solicita-se esclarecer e adequar.

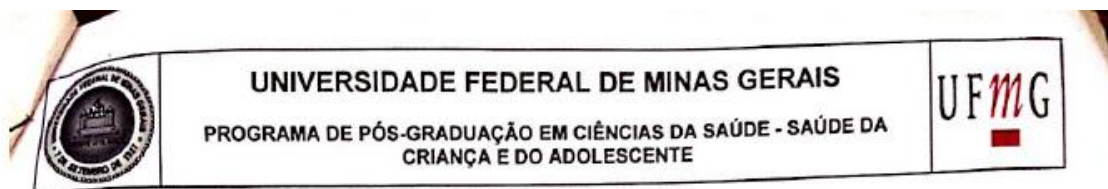
Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto, devendo o CEP verificar o cumprimento das questões acima, antes do início do estudo.

Situação: Protocolo aprovado com recomendação.

Brasília, 24 de março de 2011.



Gysélie Saddi Tannous
Coordenadora da CONEP/CNS/MS



FOLHA DE APROVAÇÃO

CONTATO PRECOCE PELE A PELE ENTRE MÃE E RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO DE 1000g A 1800g: REPERCUSSÕES SOBRE INDICADORES DE ESTRESSE MATERNO

FERNANDA DE OLIVEIRA GONTIJO

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - Saúde da Criança e do Adolescente, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde - Saúde da Criança e do Adolescente, área de concentração Ciências da Saúde

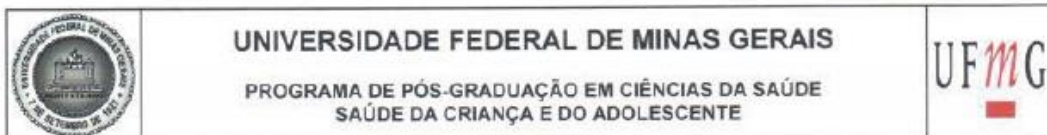
Aprovada em 18 de março de 2014, pela banca constituída pelos membros:


Prof. César Coelho Xavier - Orientador
UFMG


Prof. Maria Cândida Ferrarez Bouzada Viana
UFMG


Prof. Cláudia Regina Lindgren Alves
UFMG

Belo Horizonte, 18 de março de 2014.



ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA FERNANDA DE OLIVEIRA GONTIJO

Realizou-se, no dia 18 de março de 2014, às 14:00 horas, sala 34, andar térreo da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada "CONTATO PRECOCE PELE A PELE ENTRE MÃE E RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO DE 1000g A 1800g: REPERCUSSÕES SOBRE INDICADORES DE ESTRESSE MATERNO", apresentada por **FERNANDA DE OLIVEIRA GONTIJO**, número de registro 2012653108, graduada no curso de FISIOTERAPIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde - Saúde da Criança e do Adolescente, à seguinte Comissão Examinadora formada pelos Professores Doutores: César Coelho Xavier - Orientador, Maria Cândida Ferrarez Bouzada Viana e Cláudia Regina Lindgren Alves (todos da UFMG).


A Comissão considerou a dissertação:

Aprovada

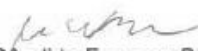
Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.

Belo Horizonte, 18 de março de 2014.



Prof. César Coelho Xavier (Doutor)



Profª. Maria Cândida Ferrarez Bouzada Viana (Doutora)



Profª. Cláudia Regina Lindgren Alves (Doutora)

Gontijo, Fernanda de Oliveira.
G641c Contato precoce pele a pele entre mãe e recém-nascido pré-termo de 1000g a 1800g [manuscrito]: repercussões sobre indicadores de estresse materno. / Fernanda de Oliveira Gontijo. - - Belo Horizonte: 2014. 114f.
Orientador: César Coelho Xavier.
Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Prematuro. 2. Ansiedade. 3. Depressão Pós-parto. 4. Método Canguru. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Xavier, César Coelho. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título

NLM : WS 410