

Interação mãe-bebê pré-termo e mudança no estado de humor: comparação do Método Mãe-Canguru com visita na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Interaction between mothers and pre-term infants and mood changes: a comparison between the Kangaroo Mother Method and those observed on a visit to a Neonatal Intensive Care Unit

Fernando Guimarães Cruvinel¹
Elizeu Coutinho de Macedo²

¹ Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, Rio Verde, GO, Brasil.

² Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, Universidade Presbiteriana Mackenzie, Rua da Consolação, 896, Prédio Amantino Vassão, Sala 62, São Paulo, SP, Brasil. CEP: 01.302-907. E-mail: elizeumacedo@uol.com.br

Abstract

Objective: to assess changes in the subjective state of mood of mothers of pre-term babies, comparing different kinds of mother-infant interaction: the Kangaroo Mother Method (KMM) and those observed on a visit to a Neonatal Intensive Care Unit.

Methods: the Visual Analogue Mood Scale was used with 60 mothers divided into two groups: mothers included in the Kangaroo Program (KG) and mothers with a baby on an incubator (IG). The groups were matched for the mothers' age, number of pregnancies and kind of delivery. The mothers were evaluated before and after a visit to the baby on an incubator or a KMM session.

Results: it was found that KG mothers were in a better mood, reporting that they felt calmer, stronger, more clear-headed, more agile, dynamic, satisfied, at ease, perceptive, relaxed, considerate, competent, happy and friendly. The IG mothers showed no positive variation in mood state but a negative variation for feeling clumsy.

Conclusions: the Kangaroo Mother Method was shown to be efficient in improving the mood state of mothers of pre-term babies, thereby helping to minimize the negative effects of neonatal hospitalization.

Key words Humor, Kangaroo mother method, Preterm

Resumo

Objetivo: avaliar mudanças nos estados de humor de mães de bebês pré-termo em função do tipo de contato com o seu filho: Método Mãe-Canguru (MMC) e visita ao filho na incubadora da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Métodos: foi aplicada a Escala Analógica de Humor em 60 mães divididas em 2 grupos: mães que participam do Método Mãe-Canguru (GC) e mães que acompanharam o bebê na incubadora (GI). Os grupos foram pareados em função da idade das mães, número de gestações e tipo de parto. As mães foram avaliadas antes e depois de uma das visitas ao filho na incubadora ou sessão de MMC.

Resultados: as mães do GC melhoraram o humor, relatando: sentirem-se mais calmas, fortes, com idéias claras, ágeis, dinâmicas, satisfeitas, tranquilas, perspicazes, relaxadas, atentas, competentes, alegres e amistosas. As mães do GI não apresentaram melhora no estado de humor em nenhum item, mas pioraram no item "sentindo-se desajeitada".

Conclusões: o Método Mãe-Canguru mostrou-se eficaz na melhora nos estados de humor de mães de bebês pré-termo, contribuindo assim para a minimização dos efeitos negativos da internação neonatal.

Palavras-chave Humor, Método mãe-canguru, Pré-termo

Introdução

A gravidez é um dos momentos mais críticos na formação das ligações afetivas entre a mãe e seu futuro bebê.¹ O termo "vínculo" refere-se ao elo entre os pais e a criança, enquanto que a palavra "apego" refere-se ao elo da criança com os pais.² Klaus e Kennel³ indicam que a formação de vínculo inicia-se durante a gestação, particularmente no período posterior ao aparecimento dos movimentos fetais. Nesse período, a mulher começa a sonhar com a aparência do bebê e atribuir-lhe algumas características de personalidade. No entanto, o nascimento de um bebê pré-termo representa para os pais uma situação nova que pode comprometer o processo de vinculação.

Estudos têm mostrado que mães de bebês pré-termo apresentam níveis de *stress* maior do que aquelas de bebês nascido a termo⁴⁻⁷ e que apresentam maiores riscos de sofrer depressão e ansiedade quando têm alta do hospital.^{8,9} Resultados semelhantes têm sido observados também para os pais dessas crianças.^{10,11} Níveis de *stress* aumentado dos pais nos primeiros anos de vida do bebê têm se mostrado como fatores de risco importantes para subsequentes problemas comportamentais dos seus filhos,¹²⁻¹⁶ com algumas exceções.¹⁷

O bebê pré-termo necessita de uma série de cuidados especiais por apresentar situações de risco. O uso de equipamentos de alta tecnologia e atitudes de humanização no atendimento de bebês pré-termo têm sido preconizados pela Organização Mundial da Saúde como uma maneira de se criar ambientes ideais para a sobrevivência dos neonatos.¹⁸ O suporte familiar também passou a ser mais valorizado, com a finalidade de consolidar o vínculo entre a mãe e o bebê a partir de criação de oportunidades de contato físico e do prolongamento do aleitamento.⁵ Esse contato permite ao bebê ouvir a voz, o acalanto, a batida cardíaca e receber carícias.⁷ Dessa maneira, o vínculo entre a mãe e bebê que começa a se formar já durante a gestação continua a ser explorado e fortalecido.

Um dos métodos que favorece o fortalecimento do vínculo mãe-filho é o Método Mãe-Canguru (MMC). O MMC compreende três componentes: 1) posição canguru; 2) política de aleitamento materno; e 3) política de alta precoce na posição canguru.¹⁹ A posição canguru consiste em manter o bebê pré-termo, ou de baixo peso, sobre o peito da mãe em contato pele a pele. Isto é feito de forma precoce e crescente, sendo o bebê sustentado por uma faixa ou manta amarrada ao redor do tórax da mãe em posição vertical.⁸⁻¹⁰ O tempo de permanência na

posição canguru é determinado pelo sentimento de bem-estar da mãe ou do bebê. Os pais em contato físico com seu bebê passam a se sentir mais confiantes, compreendendo as condições de saúde do seu filho.¹⁹⁻²²

Os efeitos extensivos do método mostram que ele não pode ser considerado estritamente como um procedimento médico, mas deve ser visto também como um programa social para pessoas de baixa renda, pois quanto mais pobre for a família, maior será a importância do método.²³ Os efeitos do MMC têm sido analisados a partir de três aspectos básicos: saúde do bebê, vínculo mãe-bebê e aspectos psicológicos dos pais.

Entre as vantagens do MMC para a saúde do bebê destacam-se: melhora do estado de organização e regulação térmica do bebê;^{12,13} mudança no padrão respiratório com redução de apnéia e bradicardia;¹⁴ ganho de peso e diminuição da estadia no hospital;¹⁵ e impacto positivo no desenvolvimento motor e cognitivo.^{9,16,22} Além dessas vantagens, o MMC é seguro pois não tem sido relacionado com intercorrências clínicas,¹⁷ inclusive em bebês intubados sob ventilação mecânica.²⁴

Os benefícios descritos do MMC para o estabelecimento de vínculo mãe-bebê são: encorajamento à mãe;¹³ prolongamento do período de amamentação;²⁵ aumento da produção de leite com a prevenção do refluxo gastroesofágico;⁹ sentimentos positivos de satisfação e alegria;⁸ diminuição de sintomas depressivos.²⁵ Além disso, pais que participavam do MMC se mostraram mais atentos às respostas de choro do bebê em casa com impacto positivo, tanto no senso de competência e autoestima, quanto no relacionamento com os profissionais de saúde.¹³

Mães que participaram do MMC relatam também algumas desvantagens, tais como, superpopulação nas unidades de atendimento, cansaço em função dos turnos de amamentação a cada três horas e falta de tempo para outras atividades.²⁶ Embora tais fatores se caracterizem como desvantagens significativas, sentimentos de estresse e preocupação têm sido mais evidentes em mães cujos bebês estiveram sob o cuidado tradicional.⁶

Freqüentemente, os estudos sobre o MMC abordam benefícios relacionados ao bebê, sendo raros aqueles que analisam as mudanças de humor decorrentes da participação da mãe no MMC. O objetivo do presente estudo foi verificar mudanças nos estados subjetivos de humor de dois grupos de mães de bebês pré-termo: aquelas que realizavam o Método Mãe-Canguru e aquelas que apenas tinham contato com o bebê nas visitas à incubadora.

Métodos

Participaram do estudo 60 mães de bebês pré-termo com idade gestacional menor que 37 semanas, mantidos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), divididos em dois grupos com 30 mães cada: Grupo Canguru (GC) e Grupo Incubadora (GI). O GC foi formado por mães que desejavam e cujos bebês apresentavam condições clínicas para participar do MMC. O GI foi composto por mães de filhos mantidos na incubadora da UTIN e que não participavam do programa Mãe-Canguru por não terem interesse, disponibilidade ou por falta de indicação clínica. Os grupos foram pareados em função da idade das mães, número de gestações e tipo de parto. Foram excluídas do estudo mães analfabetas, mães de bebês com malformações, intercorrência clínica grave, diagnóstico de enfermidade com mau prognóstico nos últimos três dias, bem como aquelas com histórico de depressão orgânica previamente diagnosticada por médico. O tamanho da amostra foi calculado baseado em estudos prévios²⁷ a fim de encontrar diferença significativa com poder de 80% e valor de $p < 0,05$ e foi calculada em 27 participantes para cada grupo. Foram acrescentadas três mães em cada grupo, a fim de controlar o efeito de possíveis perdas.

O trabalho foi realizado no Hospital Geral de Guarulhos (HGG), no segundo semestre de 2005. O HGG é um hospital público gerido pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e o Governo do Estado de São Paulo, Brasil. No HGG ocorre uma média de 450 partos por mês, sendo o MMC prática rotineira quando o bebê apresenta estabilidade clínica e há interesse dos pais.

Para a avaliação do estado subjetivo foi aplicada a versão brasileira da Escala Analógica de Humor (EAH).²⁸ A EAH é um instrumento composto por 16 itens. Cada item contém uma linha reta de 100 mm que liga dois adjetivos de sentimentos opostos, tais como "forte" e "fraco". O sujeito deve indicar a intensidade de um estado subjetivo em linhas retas contínuas. Para análise da escala mede-se, da esquerda para a direita, a distância em milímetros até a resposta do sujeito. Assim, respostas com valores menores que 50 indicam que o sentimento indicado à esquerda da linha é percebido como mais intenso do que o localizado à direita da linha. Escalas desse tipo têm sido comumente empregadas para avaliar diferentes estados subjetivos, tais como depressão, dor crônica e ansiedade.

Todas as participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido previamente aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Presbiteriana Mackenzie e Comitê de

Ética em Pesquisa da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. A escala foi administrada para os dois grupos. As mães do GC foram avaliadas antes e depois de uma das sessões de contato pele a pele com o bebê através do MMC. As mães do GI foram avaliadas antes e depois de uma das visitas ao bebê na incubadora da UTIN. Na primeira sessão do MMC ou de visitas à incubadora foram realizadas 82% das avaliações enquanto na segunda sessão, 18% das mães restantes foram avaliadas. A variação no tempo entre a internação do bebê e a aplicação dos instrumentos foi incluída nas análises de caracterização dos grupos e controlada na análise estatística dos itens da EAH como co-variantes. A aplicação do instrumento foi realizada pelo mesmo entrevistador que forneceu as orientações necessárias para as mães preencherem as escalas.

Resultados

A Tabela 1 apresenta os dados referentes à caracterização dos dois grupos com relação às condições de parto. Resultados revelaram similaridade entre os dois grupos para idade das mães, número de partos e tipo de parto. Foram observadas diferenças significativas entre os dois grupos apenas para o tempo de internação e o peso do bebê ao nascimento. Assim, o tempo de internação do bebê até o dia da aplicação dos instrumentos variou entre os dois grupos, sendo que os bebês do GC estavam em média duas semanas internados e os do GI há uma semana. Foi observado também que o peso ao nascimento das crianças do GC foi em média 300 gramas menor que o do GI.

A fim de verificar o efeito do tipo de contato com o bebê, o teste "t" de medidas pareadas foi conduzido comparando a pontuação dada na Escala Analógica de Humor antes e depois da visita à UTIN para as mães do GC e GI. A Tabela 2 sumariza os valores médios dos GC e GI antes e depois da visita. Valores médios menores de 50 indicam um predomínio do humor à esquerda da escala e, maiores que 50, o predomínio do humor à direita. Na tabela, o humor indicado primeiro foi aquele que se localizava à esquerda da mesma.

Os resultados revelam que as mães do GC apresentaram melhoras significativas do humor em 13 dos 16 itens após entrarem em contato com o bebê através do MMC. Os itens avaliados que não apresentaram melhoras significativas após a participação no MMC foram: sonolência (H1), desinteresse (H15) e retração (H16). No entanto, após a aplicação do MMC foram observadas mudanças significativas de

Tabela 1

Valores médios e desvio padrão dos dois grupos de mães e bebês.

	Canguru	Incubadora	t	p
	(n=29)	(n=29)		
Parto normal	$\bar{X} \pm DP$	$\bar{X} \pm DP$		
Idade da mãe (anos)	24,23 ± 5,11	22,56 ± 4,35	1,359	0,180
Número total de partos	1,96 ± 1,18	1,80 ± 1,15	0,550	0,584
Idade gestacional (dias)	221,43 ± 25,07	235,36 ± 30,33	1,939	0,058
Peso ao nascimento (g)	1387 ± 498	1934 ± 902	2,907	0,005
Apgar no minuto 1	6,16 ± 2,01	6,16 ± 2,32	0,000	1,000
Internação (dias)	16,40 ± 7,74	6,73 ± 6,83	5,125	<0,001

Tabela 2

Pontuação média e desvio padrão do Grupo Canguru (GC) e do Grupo Incubadora (GI) na Escala Analógica de Humor antes e depois do contato com o bebê.

	Grupo Canguru				Grupo Incubadora			
	Pré $\bar{X} \pm DP$	Pós $\bar{X} \pm DP$	t	p	Pré $\bar{X} \pm DP$	Pós $\bar{X} \pm DP$	t	p
H1 Alerta x Sonolento	29,00± 27,51	15,56± 27,17	1,96	0,060	22,93± 35,07	24,53± 35,03	1,24	0,224
H2 Calmo x Agitado	28,53± 27,32	9,63± 21,00	3,38	0,002	35,56± 40,78	26,00± 35,09	1,43	0,163
H3 Forte x Fraco	28,56± 25,35	7,90± 14,93	4,16	<0,001	32,36± 38,54	24,50± 32,50	1,42	0,167
H4 Confuso x Idéias Claras	62,63± 37,94	86,13± 20,78	3,15	0,004	50,90± 39,43	42,80± 41,64	1,08	0,288
H5 Ágil x Desajeitado	30,40± 31,81	6,93± 12,94	3,63	0,001	20,30± 31,94	33,93± 38,65	2,46	0,020
H6 Apático x Dinâmico	69,10± 31,80	84,53± 20,82	2,49	0,019	69,16± 36,66	60,36± 39,26	1,57	0,128
H7 Satisfeito x Insatisfeito	23,40± 28,71	11,53± 21,79	2,57	0,016	29,00± 36,27	36,43± 37,84	1,56	0,131
H8 Preocupado x Tranquilo	39,90± 36,40	69,10± 36,46	3,35	0,002	33,63± 42,84	24,03± 34,62	1,26	0,218
H9 Perspicaz x Raciocínio difícil	31,33± 26,73	13,43± 21,85	2,82	0,009	27,56± 36,77	29,56± 34,52	3,72	0,712
H10 Tenso x Relaxado	40,83± 34,55	78,76± 33,13	4,49	<0,001	39,36± 41,21	32,00± 36,22	1,26	0,216
H11 Atento x Distraído	28,90± 28,36	7,03± 17,57	3,56	0,001	21,20± 33,16	23,06± 34,55	0,48	0,638
H12 Incompetente x Competente	78,40± 27,10	93,43± 11,78	3,23	0,003	84,23± 27,74	81,06± 30,21	0,62	0,541
H13 Alegre x Triste	27,80± 25,72	8,53± 18,26	4,29	<0,001	44,90± 41,60	53,40± 39,07	1,42	0,166
H14 Hostil x Amistoso	69,80± 69,80	85,86± 22,02	3,08	0,005	72,10± 36,37	73,46± 32,49	0,29	0,772
H15 Interessado x Desinteressado	16,76± 22,33	6,96± 18,42	1,78	0,086	3,63± 6,67	6,16± 10,79	1,80	0,082
H16 Retraído x Sociável	79,10± 23,12	83,76± 24,89	1,54	0,135	73,26± 37,38	66,20± 35,93	0,96	0,344

humor, pois as mães relataram que estavam se sentindo: mais calmas (H2), fortes (H3), com idéias mais claras (H4), ágeis (H5), dinâmicas (H6), satisfeitas (H7), tranqüilas (H8), perspicazes (H9), relaxadas (H10), atentas (H11), competentes (H12), alegres (H13) e amistosas (H14). A maior mudança observada foi de um estado de tensão para rela-

xamento (H10), com uma variação de aproximadamente 40% na pontuação. Outra mudança evidente foi na diminuição da preocupação e aumento de sentimento de tranqüilidade (H8), com variação de aproximadamente 30% na pontuação do início para o término da visita.

As mães do GI não apresentaram alteração signi-

ficativa após visita à incubadora. Mudanças foram observadas apenas para o binômio ágil *versus* desajeitado (H5), relatando que se sentiam mais desajeitadas após a visita. Embora as mães se sentissem mais desajeitadas, a pontuação dada foi menor que 50, indicando que o sentimento de agilidade ainda predominava sobre o de se sentir desajeitada.

A fim de verificar se as diferenças observadas no GC e o GI poderiam ser explicadas por outras variáveis intervenientes não controladas, análises de variância foram conduzidas. Como foram observadas diferenças entre o GC e GI nas condições de internação e de nascimento do bebê, as análises de co-variâncias (ANCOVAs) foram também conduzidas, sendo usadas como co-variantes as variáveis: tempo de internação e peso do bebê ao nascimento. Dessa forma, pôde-se controlar possíveis efeitos dessas duas variáveis na explicação das mudanças no estado de humor decorrentes do tipo de contato com o bebê.

A análise de co-variâncias (ANCOVAs) revelou diferença significativa ($F_{[1,59]}=9,521; p=0,003$) entre os dois grupos, antes da intervenção, apenas para o item 15 da Escala Analógica de Humor: interessado *versus* desinteressado, sendo que as mães do GI pareciam mostrar maior interesse do que mães do GC. Já a análise da pontuação bruta dada por cada um dos grupos revela que dos 16 estados subjetivos avaliados no pré-teste, apenas dois indicam humor alterado: mães relataram se sentir mais preocupadas do que tranquilas (H8) e mais tensas do que relaxadas (H10). Nesses dois casos, os valores médios eram menores que 50, indicando predomínio do humor listado em primeiro lugar, no caso, preocupado e tenso.

Discussão

O perfil das mães dos dois grupos foi semelhante quanto a idade, número e tipo de parto. A análise dos dados revelou que os bebês do Grupo Canguru apresentaram menor idade gestacional e menor peso ao nascimento do que do Grupo Incubadora. É justamente essa condição de prematuridade e baixo peso que a política do MMC procura contemplar.¹⁷

A avaliação do humor antes da visita mostrou que os dois grupos eram bastante semelhantes e relataram estar se sentindo bem-humoradas, mostrando-se alertas, calmas, fortes, ágeis, perspicazes, atentas, competentes, amistosas, interessadas e sociáveis. Nessa avaliação, as mães dos dois grupos se mostraram mais preocupadas e tensas, mas

não indicaram alterações significativas para os demais aspectos avaliados.

Nos resultados após a visita ou a aplicação do MMC foi encontrada uma melhora no estado de humor em mães-canguru, que relataram sentirem-se mais calmas, fortes, ágeis, dinâmicas, satisfeitas, tranquilas, perspicazes, relaxadas, atentas, competentes, alegres, amistosas e com idéias mais claras. Já as mães do GI relataram sentirem-se menos ágeis e mais desajeitadas após a visita. Outros estudos^{20,25} encontraram evidências que "mães canguru" tendem a se sentir mais competentes do que as mães do cuidado tradicional. O sentimento de competência provem da participação da mãe no cuidado do bebê, ao passo que mães do método tradicional reportam maior dependência e sentimento de confiança nos equipamentos tecnológicos envolvidos no tratamento dos bebês pré-termo.²⁰ Ademais, os sentimentos de competência das mães-canguru tendem a aumentar quando a intervenção é iniciada precocemente, um ou dois dias após o nascimento. De acordo com os relatos das mães, o contato pele a pele proporciona sentimentos de maior tranquilidade, satisfação e completude em situações de estresse, como em internações hospitalares.²⁹

Com base nos achados do presente estudo, percebe-se que as mães que participaram do MMC relataram experiências mais agradáveis do que as mães que visitaram seus bebês na incubadora, tendo contato visual ou tocando-os apenas com as mãos. Assim, pode-se notar que o ambiente imposto pela incubadora não afetou positivamente o estado de humor das mães. Esse achado parece se relacionar com a maneira pela qual a humanização do atendimento em UTINs tem sido compreendida no Brasil. Um estudo³⁰ realizado com médicos e profissionais de saúde em hospitais do Rio de Janeiro indicou que a humanização em UTINs tem sido vista apenas como realização dos cuidados com a estimulação excessiva do prematuro, por exemplo, a partir do controle do nível de ruído e luminosidade. Embora os profissionais tenham conhecimento sobre a humanização, sua aplicação na prática é ainda restrita.³⁰

As mudanças de humor observadas nos dois grupos de mães após o contato com o bebê encontradas no presente estudo podem ser explicadas também em função do tempo médio que a mãe passa com o seu bebê durante a visita. Em média, as mães-canguru permaneceram em contato pele a pele com os bebês por 97,13 minutos, enquanto que as mães do atendimento tradicional permaneceram do lado da incubadora em média 52,63 minutos. Assim, a duração do contato com bebê foi maior para as mães

do MMC. O tempo de realização da posição canguru varia muito entre países. No Brasil, não há número predeterminado de horas para o posicionamento canguru, como acontece na Europa e América do Norte. Os pais são incentivados a permanecerem na posição o maior tempo possível.¹⁷ Com o maior tempo de contato e maior número de interações sucessivas, fortalece-se o vínculo entre a mãe-filho ou o pai-filho. Aumento na intensidade de vínculo e sentimento de proximidade foram relatados pelas mães-canguru no estudo de Furman *et al.*,²⁴ que relataram se sentirem mais eficazes, com melhora na auto-estima, mais relaxadas, alegres e competentes para levar seus bebês pré-termo para casa. Além disso, foram mais capazes de reconhecer suas perdas e falar sobre seus sentimentos positivos e negativos.

As mudanças de humor observados nas mães-canguru após a visita podem ser atribuídas aos seguintes fatores: 1) sensação prazerosa proveniente do posicionamento do bebê e do contato pele a pele; 2) conscientização da mãe, pelos profissionais da saúde, sobre os efeitos benéficos do MMC para o bebê; 3) contato com os profissionais durante o posicionamento e retirada do bebê. Tais fatores estão ausentes no atendimento tradicional para as mães e bebês na incubadora. Esses achados apontam para a necessidade de humanização da experiência de visita à incubadora, por exemplo, através da presença de um profissional que ofereça apoio psicológico aos pais durante a visita. Dessa maneira, as mães com filhos na incubadora que não apresentam condições clínicas estáveis para a participação do MMC também poderiam experimentar sensações agradáveis durante contato com filho na incubadora.

Em suma, o presente trabalho mostrou que: 1) o contato com o filho através do MMC produziu

mudanças positivas no humor das mães; 2) mães que visitam o filho na incubadora não apresentaram nenhuma mudança positiva no humor; 3) mães do GC mostraram-se mais calmas, fortes, ágeis, dinâmicas, satisfeitas, tranquilas, perspicazes, relaxadas, atentas, competentes, alegres, amistosas e com idéias mais claras; 4) mães do GI mostraram-se mais desajeitadas após visita ao filho na UTIN.

O presente estudo procurou controlar variáveis intervenientes, tais como a idade gestacional e o tempo de internação através das análises de covariância. Essas variáveis estão relacionadas com a condição de prematuridade do bebê, sendo que seu caráter particular influencia na evolução clínica e no estado de humor das mães. Pesquisas envolvendo bebês pré-termo falham no controle dessas e outras variáveis, o que impossibilita realização dos estudos de revisões sistemáticas sobre a eficácia do MMC.¹⁰ Uma limitação nesse ponto deve ser discutida também no presente estudo, no qual não foi controlado o tempo de visita à incubadora e de contato com o bebê no MMC. Tal controle não foi priorizado dado que as avaliações foram feitas sem que se modificasse a rotina do hospital, buscando-se, desta forma, uma maior validade ecológica dos resultados. Ainda que não tenha sido possível identificar o papel específico do tempo de contato com o bebê na mudança de humor, os achados desse estudo são relevantes, pois mostram haver mudanças no humor e, além disso, especificam a direção e a magnitude dessas mudanças. Novos estudos poderão mostrar o efeito que o humor dos pais participantes do MMC tem sobre outros aspectos de saúde da criança prematura, tais como: amamentação, vinculação e desenvolvimento cognitivo.

Referências

1. Bowlby J. Formação e rompimento dos laços afetivos. São Paulo: Martins Fontes; 2001.
2. Klaus MH, Kennell JH, Klaus PH. Vínculo. Construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.
3. Klaus MH, Kennell JH. Pais e bebês: a formação do apego. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
4. Levin A. Human neonatal care initiative. *Acta Paediatr.* 1999; 88: 353-5.
5. Pachi P. O pré-termo: morbidade, diagnóstico e tratamento. São Paulo: Roca; 2003.
6. Brazelton TB. O desenvolvimento do apego: uma família em formação. Porto Alegre: Artes Médicas; 1988.
7. Canotilho MM. Método Mãe-Canguru de assistência ao recém-nascido de baixo peso: mudando práticas e humanizando a assistência. *Temas Desenvol.* 2002; 11: 30-6.
8. Sloan NL, Camacho LWL, Rojas EP, Stern C. Kangaroo Mother Method: randomised controlled trial of an alternative method of care for stabilised low-birthweight infants. *Lancet.* 1994; 344: 782-5.
9. Simkiss DE. Kangaroo mother care. *J Trop Pediatr.* 1999; 45: 192-4.
10. Conde-Agudelo A, Díaz-Roselló JL, Belizan JM. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *The Cochrane Database Syst Rev.* 2000; 4: CD002771.

11. Kaaresen KPI, Rønning 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: 9-19.
12. Bohnhorst B, Heyne T, Peter CS, Poets CF. Skin-to-skin (kangaroo) care, respiratory control, and thermoregulation. *J Pediatr*. 2001; 138: 193-7.
13. Whitelaw A. Kangaroo Baby Care: just a nice experience or an important advance for preterm infants? *Pediatrics*. 1990; 85: 604-5.
14. Gazzolo D, Masetti P, Meli M. Kangaroo care improves post-extubation cardiorespiratory parameters in infants after open heart surgery. *Acta Paediatr*. 2000; 89: 728-9.
15. Cattaneo A, Davanz OR, Worku B, Sujorno A. Kangaroo mother care for low birthweight infants: a randomized controlled trial in different settings. *Acta Paediatr*. 1998; 87: 976-85.
16. Lincetto O, Nazir AI, Cattaneo A. Kangaroo Mother Care with limited resources. *J Trop Pediatr*. 2000; 46: 293-5.
17. Lamy ZC, Gomes MASM, Gianini NOM, Hennig MAS. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - Método Canguru: a proposta brasileira. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10: 659-68.
18. Ludington-Hoe SM, Cong X, Hashemi F. Infant crying: nature, physiologic consequences and select interventions. *Neonatal Netw*. 2002; 21: 29-35.
19. Charpak N, Ruiz-Peláez JG, Charpac Y. Kangaroo Mother versus traditional care for newborn infants 2000 grams: a randomized, controlled trial. *Pediatrics*. 1997; 100: 682-8.
20. Affonso DD, Wahlberg V, Persson B. Exploration of mothers' reactions to the Kangaroo Method of prematurity care. *Neonatal Netw*. 1989; 7: 43-51.
21. Toma TS. Método Mãe-Canguru: o papel dos serviços de saúde e das redes familiares no sucesso do programa. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19: 233-42.
22. Gazmenga MAP. Preservação do aleitamento materno e a prematuridade. In: Pachi P. O pré-termo: morbidade, diagnóstico e tratamento. São Paulo: Roca; 2003.
23. Furlan CEFB, Scochi CGS, Furtado MCC. Percepção dos pais sobre a vivência no Método Mãe-Canguru. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2003; 11: 444-52.
24. Furman L, Kennell J. Breastmilk and skin-to-skin kangaroo care for premature infants. Avoid bonding failure. *Acta Paediatr*. 2000; 89: 1280-3.
25. Feldman R, Eidelman A, Sirota L, Weller A. Comparison of skin-to-skin (Kangaroo) and traditional care: parenting outcomes and preterm infant development. *Pediatrics*. 2002; 110: 16-26.
26. Lima G, Quintero-Romero S, Cattaneo A. Feasibility, acceptability and cost of kangaroo mother care in Recife, Brazil. *Ann Trop Paediatr*. 2000; 20: 22-6.
27. Gray L, Watt L, Blass EM. Skin-to-skin contact is analgesic in healthy newborns. *Pediatrics*. 2000; 105:1-6.
28. Guimarães FS. Escalas analógicas visuais na avaliação de estados subjetivos. In: Gorenstein C, Andrade L, Zuardi A. Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia. São Paulo: Lemos; 1999.
29. Kirsten GF, Bergman NJ, Hann MF. Kangaroo mother care in the nursery. *Pediatr Clin North Am*. 2001; 48: 443-52.
30. Hennig MAS, Gomes MASM, Gianini NOMG. Conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde sobre a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - método canguru. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2006; 6: 427-35.

Recebido em 14 de outubro de 2006

Versão final apresentada em 17 de agosto de 2007

Aprovado em 24 de agosto de 2007