RMMG
Revista Médica de Minas Gerais

ARTIGO DE REVISÃO

O Método Canguru e o contato pele a pele podem impactar a depressão pós-parto materna: uma revisão narrativa

Kangaroo Mother Care and skin-to-skin contact can impact maternal postpartum depression: a narrative review

Caio Ribeiro Vieira Leal[1], João Victor Araújo Sousa[2], Ana Cristina Simões e Silva[2]

RESUMO

Introdução: A Depressão Pós-Parto (DPP) é um transtorno de humor grave que compromete a saúde materno-infantil global. Esta revisão narrativa examina o papel do Contato Pele a Pele (CPP) e do Método Canguru (MC), um modelo assistencial estruturado, como estratégias promissoras para mitigar sintomas depressivos. **Métodos:** Realizou-se uma pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas (PubMed, Scopus, Google Scholar e SciELO) para identificar estudos que investigassem a relação entre essas intervenções e a saúde mental materna. **Resultados:** Observou-se uma tendência favorável à redução dos escores de DPP em mães que praticavam CPP e MC. O efeito positivo demonstrou-se mais robusto no contexto do MC aplicado a recém-nascidos (RNs) prematuros e de baixo peso, sugerindo que a natureza abrangente deste método potencializa os benefícios. **Discussão:** O impacto positivo dessas intervenções baseia-se em mecanismos biopsicossociais, notadamente na regulação do eixo ocitocina-cortisol e no fortalecimento do vínculo mãe-RN. Embora a heterogeneidade metodológica limite recomendações definitivas, o baixo custo e a segurança dessas estratégias justificam sua promoção como padrão de cuidado.

Palavras-chave: Método canguru; Contato pele a pele; Depressão pós-parto; Saúde mental materna; Ocitocina.

[1] Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

[2] Departamento de Pediatria, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Editor Associado Responsável:

Frederico Duarte Garcia

Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

Belo Horizonte/MG, Brasil.

Autor correspondente:

Caio Ribeiro Vieira Leal

Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Minas Gerais, Brasil.

E-mail: lealcaiorv@gmail.com

Fontes apoiadoras:

Não há.

Conflito de Interesses:

Não há.

Instituição onde o trabalho foi desenvolvido:

Departamento de Pediatria, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

ABSTRACT

Introduction: Postpartum Depression (PPD) is a severe mood disorder that compromises global maternal-infant health. This narrative review examines the role of Skin-to-Skin Contact (SSC) and Kangaroo Mother Care (KMC), a structured care model, as promising strategies to mitigate depressive symptoms. **Methods:** A literature search was conducted in scientific databases (PubMed, Scopus, Google Scholar, and SciELO) to identify studies investigating the relationship between these interventions and maternal mental health. **Results:** A favorable trend toward the reduction of PPD scores was observed in mothers who practiced SSC and KMC. The positive effect proved to be more robust in the context of KMC applied to preterm and low-birth-weight newborns (NBs), suggesting that the comprehensive nature of this method enhances its benefits. **Discussion:** The positive impact of these interventions is based on biopsychosocial mechanisms, notably the regulation of the oxytocin-cortisol axis and the strengthening of the mother-NB bond. Although methodological heterogeneity limits definitive recommendations, the low cost and safety of these strategies justify their promotion as a standard of care.

Keywords: Kangaroo mother care; Skin-to-skin contact; Postpartum depression; Maternal mental health; Oxytocin.

Recebido em: 9 Dezembro 2025.
Aprovado em: 12 Abril 2026.
Data de Publicação: 24 Julho 2026.

DOI: 10.5935/2238-3182.2025e36209

Introdução

A depressão pós-parto (DPP) é uma condição que afeta aproximadamente 10% a 17% das mulheres durante o período pós-parto em todo o mundo, e essa porcentagem pode chegar a 40% em países de baixa renda[1]. A DPP é um transtorno do humor potencialmente grave, caracterizado por tristeza persistente, perda de interesse, distúrbios do sono e da alimentação, ansiedade, irritabilidade, baixa autoestima, autorrecriminação e, nos casos mais graves, até ideação suicida ou homicida[2]. A DPP está associada a muitos resultados perinatais adversos, incluindo problemas de saúde relacionados ao recém-nascido (RN), como crescimento e desenvolvimento anormais, distúrbios do sono e comprometimento cognitivo, e prejuízos na evolução materna no puerpério (como amamentação, vínculo mãe-RN e cuidados com o RN), na qualidade de vida materna e nos relacionamentos sociais e conjugais[3]. Além disso, a DPP também tem um impacto econômico para as famílias, para os empregadores, para as seguradoras de saúde e também para os governos. Essa condição está associada a uma maior dependência de programas de assistência pública, uma sobrecarga aos sistemas de saúde, tanto para as mães quanto para as crianças, e um declínio na renda e na produtividade maternas[4].

Nas últimas décadas, diversas estratégias têm sido propostas para prevenir e tratar a DPP. Em primeiro lugar, é crucial identificar as mulheres com maior risco de desenvolver a DPP. Em 2019, a U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) recomenda que todas as gestantes e puérperas sejam rastreadas para a depressão, e aquelas com risco aumentado devem ser encaminhadas para intervenções de aconselhamento[5]. Isso inclui mulheres com histórico de DPP ou doença psiquiátrica, com experiência de parto negativa, falta de apoio social e aquelas que vivem em contextos sociais frágeis (vivenciando violência, abusos ou com baixo status socioeconômico)[6]. Em relação à prevenção da DPP, tem havido maior interesse em estratégias que se concentram no vínculo mãe-RN, como o Método Canguru (MC) e o contato pele a pele (CPP).

O MC foi desenvolvido empiricamente no final dos anos 1970 em Bogotá, Colômbia, por Edgar Rey e Hector Martinez[7]. Inicialmente, foi uma resposta às altas taxas de mortalidade entre RNs prematuros, com sua prática essencial inspirada na maneira como os cangurus carregam seus filhotes. Envolve colocar o RN nu em contato pele a pele contínuo no peito descoberto da mãe[8]. Embora a definição do MC tenha alguma heterogeneidade, atualmente ele é entendido como um conjunto abrangente de intervenções que engloba não apenas o CPP, mas também a educação parental, o aleitamento materno exclusivo, a alta hospitalar precoce e o acompanhamento rigoroso de bebês prematuros e/ou de baixo peso ao nascer. Reconhecido como uma política de saúde pública desde o início dos anos 2000 pelo Ministério da Saúde do Brasil[9], o programa do

MC foi direcionado primariamente a RNs prematuros; no entanto, o seu componente essencial, o CPP, é altamente recomendado para todos os bebês, independentemente da idade gestacional ao nascer[10-12].

Dessa forma, é de suma importância diferenciar os dois conceitos. Enquanto o CPP se refere estritamente à colocação do RN desnudo sobre o tórax materno ou paterno, por tempo variável, o MC constitui um modelo de assistência neonatal estruturado que envolve, além do CPP, pilares como o estímulo ao aleitamento materno, a educação parental e a alta hospitalar assistida. Ambos estão fortemente associados a uma série de resultados perinatais favoráveis, incluindo a diminuição da mortalidade neonatal, a redução da incidência de sepse neonatal, hipotermia e hipoglicemia e taxas mais baixas de reinternação hospitalar[13,14]. Além disso, o MC e o CPP demonstraram aumentar as taxas de amamentação e aleitamento materno exclusivo, reduzir o risco de sintomas de DPP de moderados a graves, diminuir os níveis de estresse e ansiedade maternos e melhorar o vínculo mãe-bebê[13,14]. Ambas as abordagens são de baixo custo, viáveis e acessíveis.

Portanto, o objetivo desta revisão narrativa é pesquisar a literatura sobre o papel potencial do MC e do CPP na redução da DPP materna. Esta revisão também visou resumir as evidências atuais, explorar potenciais mecanismos subjacentes e identificar lacunas para futuras pesquisas.

Métodos

Esta revisão narrativa utilizou uma pesquisa bibliográfica abrangente e não sistemática para explorar a associação entre MC, CPP e depressão pós-parto. A pesquisa foi realizada em quatro bases de dados (PubMed, Scopus, Google Scholar e SciELO) utilizando uma combinação das seguintes palavras-chave: *'kangaroo mother care'*, *'skin-to-skin contact'*, *'depression'* e *'postpartum depression'*. Para garantir a objetividade, os artigos foram primeiramente triados com base em seus títulos e resumos, e então os dados relevantes foram selecionados e extraídos independentemente por dois autores.

Evidências atuais sobre MC/CPP e DPP

Os dados relativos às evidências mais recentes de estudos de pesquisa originais sobre MC, CPP e DPP são apresentados na Tabela 1[15-30].

Conforme demonstrado na Tabela 1, a literatura científica não é unânime em relação ao impacto do MC/CPP na redução da DPP em mães, muito provavelmente porque os estudos apresentam cenários, intervenções e populações muito distintas. No entanto, parece haver uma tendência global de redução nos escores de DPP em mães submetidas a essas intervenções, mesmo em estudos nos quais o efeito não foi estatisticamente significativo.

Tabela 1. Resumo de artigos de pesquisa sobre o Método Canguru (MC) ou Contato Pele a Pele (CPP) e Depressão Pós-Parto (DPP).

Autor/ano	População	Intervenção	Principais achados
Ahn (2010)[15]	20 mães (10 grupo MC; 10 controle) de RNs prematuros (<36 semanas)	Não detalhada	Após três semanas de MC, ambos os grupos mostraram declínio nos escores de depressão, sem diferença significativa. Mães do grupo MC tiveram escores de vínculo significativamente maiores.
Alencar (2008)[16]	177 mães de RNs prematuros com PN <2000g	MC iniciado com RNs estáveis após alta da UTIN; CPP com bolsa especial o máximo possível (sessões mínimas de 1–2h).	A taxa de DPP caiu de 37,3% na admissão da UTIN para 16,9% na alta (p<0,001); nenhum caso novo de DPP surgiu durante o programa de MC.
Bigelow (2012)[17]	90 mães (30 no grupo CPP e 60 no grupo de controle) de RNs a termo (>37 semanas)	6h diárias de CPP na 1ª semana; 2h diárias até o RN completar um mês.	O grupo CPP teve escores de depressão significativamente menores após uma semana e maior redução de cortisol no primeiro mês (p<0.001).
Bigelow (2014)[18]	77 mães (26 no grupo CPP e 51 no grupo de controle) de RNs a termo (>37 semanas)	6h diárias de CPP na 1ª semana; 2h diárias até o RN completar um mês.	O grupo CPP teve escores de depressão significativamente mais baixos na visita de uma semana em comparação com o grupo de controle (p=0.029).
Cañadas (2022)[19]	112 mães (56 no grupo MC e 56 no grupo de controle) de RNs prematuros com uma IG ao nascer de 28 a 34 semanas	Sessões de MC de pelo menos 90 min/dia por 12 dias.	O grupo MC mostrou melhora significativa na DPP (p=0,02), menores níveis de cortisol e melhor ganho de peso dos RNs.

continua...

... continuação Tabela 1

Autor/ano	População	Intervenção	Principais achados
Chen (2022)[20]	126 mães (63 no grupo MC e 63 no grupo de controle) de RNs prematuros com uma IG ao nascer de 28 a 34 semanas	Sessões de 1h de MC toda manhã, 3x/semana, por quatro semanas consecutivas.	O grupo MC demonstrou níveis significativamente menores de depressão após a intervenção (p<0,001).
Cho e Jeong (2021)[21]	101 mães de RNs a termo	Sessões de MC por pelo menos 1h/dia durante 14 dias.	Redução significativa no escore médio de depressão (p<0,001). Cada hora extra de MC reduziu a depressão em 4,02 pontos na EPDS.
Erduran (2023)[22]	60 mães (30 no grupo MC e 60 no grupo de controle) de RNs prematuros	MC intermitente de 30 min/dia por 10 dias.	Sem diferença estatisticamente significativa nos escores de DPP entre os grupos (p>0,05).
Feldman (2002)[23]	146 mães (73 no grupo MC e 73 no grupo de controle) de RNs prematuros	Sessões de MC por pelo menos 1h/dia por no mínimo 14 dias seguidos.	Às 37 semanas (idade corrigida), mães do grupo MC relataram significativamente menos sintomas depressivos (p<0,05), efeito maior em RNs de baixo risco.
Kronborg (2025)[24]	2.142 mães e 1.582 pais de RNs prematuros ou a termo	Estudo observacional medindo a duração do CPP realizado pelos pais nas primeiras 72h.	Maior duração de CPP nos primeiros 3 dias associada à redução de sintomas depressivos maternos (p=0,02). Sem efeito nos pais.
Kucukkaya (2025)[25]	136 mães (34 por grupo: controle, enfaixamento, MC e associação dos dois últimos) de RNs a termo	Duas sessões de 30 min de MC/dia por 6 meses.	Intervenções com MC levaram a uma redução significativa e sustentada na DPP. O efeito mais forte foi no grupo MC combinado com enfaixamento.
Miles (2006)[26]	78 mães (46 no grupo CPP e 32 no grupo de controle) de RNs prematuros extremos (<32 semanas).	Sessões de 20 min de CPP/dia por 4 semanas.	Sem diferença significativa nos sintomas de depressão materna em nenhum ponto (alta ou acompanhamento de 1 ano).
Morelius (2015)[27]	37 famílias (18 grupo CPP; 19 controle) de RNs prematuros tardios (32–35 semanas)	Meta de 24h de CPP/dia; grupo controle realizou CPP conforme desejado.	Aos 4 meses (idade corrigida), não houve diferenças significativas nos sintomas depressivos entre os grupos para mães ou pais.
Rao (2019[28]	100 mães (50 pré-MC; 50 pós-MC) de RNs prematuros	Mínimo de 4h de MC diárias por uma semana.	Escore total de ansiedade e depressão (HADS) foi significativamente menor após o MC (p=0,012).
Sinha (2021)[29]	1.950 mães (1.047 intervenção; 903 controle) de RNs de baixo peso	MC iniciado na comunidade (ciKMC), incluindo CPP (média 12h/dia) e amamentação exclusiva por 28 dias.	Redução significativa de 25% no risco de sintomas de DPP moderados a graves no grupo ciKMC.
Taneja (2020)[30]	552 mães (276 intervenção; 276 controle)	MC iniciado na comunidade (ciKMC), incluindo CPP (média 12h/dia) e amamentação exclusiva por 28 dias.	Sem efeito significativo do ciKMC nos sintomas depressivos maternos aos 1,5 ou 6 meses de acompanhamento.

Legenda: ciKMC = community-initiated Kangaroo Mother Care (Método Canguru Iniciado na Comunidade); CPP = Contato Pele a Pele; MC = Método Canguru; PN = peso ao nascer; RN = recém-nascido; UTIN = Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Dois estudos se destacam por mostrar uma possível relação dose-resposta na implementação do MC e a redução dos escores de DPP. Cho e Jeong (2021)[21] mostraram que, para cada hora diária adicional de MC, a depressão diminui em 4,02 pontos na Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS), uma ferramenta validada para o rastreamento da DPP. Da mesma forma, Kronborg (2025)[24] descobriu que, para cada hora adicional de CPP, o escore de

depressão materna diminuía em 0,04 pontos (p=0,02). Além disso, a associação do MC com outros métodos de cuidado perinatal também foi investigada. Kucukkaya et al. (2025)[25] detectaram uma redução significativa nos escores de DPP em pacientes que combinaram o meio-enfaixamento (*half-swaddling*) com o MC, em comparação com os grupos que utilizaram apenas o MC, apenas o meio-enfaixamento e o grupo de controle.

A análise de revisões sistemáticas mostra um cenário de incerteza em relação ao impacto dessas intervenções perinatais na redução da DPP. Para o CPP, a evidência é particularmente fraca. Uma revisão sistemática que incluiu RNs a termo submetidos ao CPP não encontrou um efeito claro na DPP[31], enquanto outro estudo com RNs prematuros reportou um efeito protetivo pequeno, mas com provavelmente mínima relevância clínica[32]. Em contraste, o MC apresenta resultados mais promissores, embora ainda conflitantes. Uma grande revisão sistemática conduzida por Pathak et al. (2023)[14], com mais de 7.700 RNs prematuros ou com baixo peso ao nascer, concluiu com alta certeza que o MC reduziu substancialmente os sintomas de DPP materna. No entanto, esse achado é complementado pela revisão sistemática de Anwar et al. (2023)[33], realizada com RNs prematuros e de baixo peso ao nascer, que, apesar de observar uma redução moderada nos escores gerais de depressão, não encontrou diferença significativa entre os grupos ao utilizar a EPDS. Diferenças metodológicas entre os estudos podem limitar conclusões definitivas, ressaltando a necessidade de pesquisas mais uniformes.

Diante desses resultados, é essencial explorar os mecanismos biológicos e psicológicos que podem explicar o potencial efeito benéfico do MC e do CPP na DPP.

Potenciais mecanismos da redução da DPP no MC e no CPP

Existem algumas hipóteses sobre o papel do MC e do CPP na redução da DPP materna. Uma das principais hipóteses envolve alterações nas vias hormonais ligadas ao MC e ao CPP, especialmente associadas à ocitocina e ao cortisol. Muitos estudos têm demonstrado, consistentemente, um padrão comum: durante o CPP, níveis maternos mais elevados de ocitocina têm sido associados a níveis mais baixos do hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) e de cortisol, o que pode reduzir as taxas de DPP[34-39]. Nesse contexto, Handlin et al. (2009)[36] demonstraram que o tempo de CPP antes da amamentação está inversamente associado aos níveis plasmáticos de cortisol das mães. Esse efeito regulador é corroborado pela revisão sistemática de Schneider-Schmid et al. (2025)[39], que confirmou um aumento consistente nos níveis de ocitocina em pais de recém-nascidos prematuros em resposta a intervenções de vínculo físico como o CPP, sugerindo um efeito ansiolítico e redutor de estresse que favorece a saúde mental materna. Além disso, estudos com RNs prematuros descobriram que o CPP aumentou os níveis salivares e plasmáticos de ocitocina enquanto diminuiu o cortisol, tanto nos pais quanto nos bebês. Acredita-se que essas alterações hormonais promovam o envolvimento parental e fortaleçam o relacionamento entre pais e bebês[40-43].

A ocitocina é um hormônio peptídico produzido no hipotálamo e liberado pela hipófise, amplamente conhecida pelo seu papel na contração uterina e na lactação. Embora sua forma sintética tenha sido usada para induzir o parto, a ocitocina endógena evoluiu ao longo de milhões de anos para se tornar essencial para a sociabilidade dos mamíferos, fortalecendo o vínculo mãe-bebê ao promover segurança, resiliência e estabilidade emocional[44,45]. A liberação de ocitocina durante o CPP é impulsionada pela ativação de mecanorreceptores de baixo limiar. Esses receptores respondem a carícias suaves e à pressão leve, excitando fibras aferentes C-táteis não mielinizadas, um tipo específico de nervo cutâneo[39]. Essa resposta neural é considerada a via fundamental para a liberação de ocitocina nessas terapias. Dado o seu papel central no vínculo e na regulação emocional, o envolvimento da ocitocina na DPP tem sido amplamente investigado.

Revisões sistemáticas têm demonstrado que o uso de ocitocina exógena na redução ou prevenção da DPP ainda é incerto e controverso. No entanto, parece haver uma tendência para uma relação inversa entre os níveis de ocitocina plasmática e os sintomas depressivos[46,47]. O mecanismo preciso do efeito da ocitocina na redução da depressão ainda não foi totalmente elucidado. No entanto, a ocitocina pode atuar em múltiplas vias, promovendo a neuroplasticidade, regulando neurotransmissores-chave como a serotonina e a dopamina, reduzindo o estresse crônico por meio do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA) e fornecendo proteção anti-inflamatória e antioxidante ao cérebro[48,49].

A eficácia do MC e do CPP na redução das taxas de DPP parece ser influenciada pela forma como a ocitocina impacta os marcadores de estresse, especialmente na inibição do eixo HHA e na diminuição da produção e liberação de cortisol. A capacidade da ocitocina de atuar em regiões cerebrais ricas em receptores de glicocorticoides sugere que ela pode suprimir ativamente as respostas neuroendócrinas ao estresse, o que é um mecanismo-chave pelo qual ela ajuda a restaurar os altos níveis de cortisol ao normal após um evento estressante, como o parto[50,51]. Esse mecanismo está intacto em pacientes sem DPP e parece estar desregulado ou suprimido em mulheres com DPP. Estudos sugerem uma associação entre concentrações mais altas de cortisol e níveis mais baixos de ocitocina na DPP, indicando uma quebra no efeito normal de modulação do estresse da ocitocina, mesmo às 12 semanas de puerpério[52].

Sintetizado no córtex adrenal, o cortisol é um hormônio esteroide cuja liberação é mediada pelo ACTH, um produto da hipófise anterior. O cortisol desempenha um papel crucial em diversas funções fisiológicas, incluindo a modulação das respostas imunológicas e ao estresse, o metabolismo e a inflamação[53]. A depressão maior unipolar é frequentemente associada a níveis elevados de cortisol e ao aumento da inflamação[54]. Da mesma forma, a DPP também tem sido associada a níveis elevados de cortisol, embora com achados conflitantes[52,55].

A eficácia dos métodos MC e CPP na redução da DPP tem sido atribuída à modulação da resposta hormonal e aos seus consequentes efeitos psicossociais e comportamentais positivos. Ao modular o eixo ocitocina-cortisol, o MC e o CPP promovem diretamente mudanças benéficas, incluindo a melhora da amamentação, o aumento da qualidade do sono, o fortalecimento do vínculo mãe-RN e uma maior autoeficácia materna, que reduzem o estresse, a ansiedade e os sintomas depressivos.

O MC e o CPP têm sido consistentemente associados a resultados favoráveis na amamentação, levando a melhorias nas taxas de aleitamento materno exclusivo ou quase exclusivo, na duração e na satisfação materna autorreferida[56-58]. Historicamente, a relação entre DPP e amamentação tem sido vista de forma unidirecional, com a DPP diminuindo as taxas de amamentação e aumentando o risco de interrupção precoce do aleitamento. Contudo, evidências recentes sugerem que a amamentação e a DPP têm uma relação bidirecional: não só a DPP afeta negativamente os resultados da amamentação, mas a amamentação também pode reduzir as taxas de DPP ou atenuar os seus sintomas[59]. Essa teoria bidirecional também encontra plausibilidade biológica na regulação do eixo ocitocina-cortisol. A amamentação está diretamente associada a um aumento significativo de ocitocina, que promove sentimentos de cuidado e relaxamento, ao mesmo tempo que leva a uma queda acentuada no cortisol[59,60]. Portanto, ao facilitar a amamentação, o MC e o CPP podem reduzir as taxas de DPP ou aliviar seus sintomas. Além disso, o MC e o CPP aumentaram significativamente a qualidade do sono materno e reduziram os sintomas de ansiedade e estresse, que são fatores associados à melhoria dos sintomas de DPP[18,61].

O MC e o CPP também podem melhorar o vínculo mãe-RN[35,62,63], o qual é gravemente prejudicado na DPP[64-66]. Em um estudo qualitativo conduzido por Feng e Zhang (2024)[62] com 64 puérperas, as mães relataram uma mudança significativa em sua percepção da maternidade e de sua conexão com os RNs após serem submetidas ao CPP. Essa experiência física e sensorial foi descrita como um poderoso catalisador, transformando um relacionamento antes abstrato em um vínculo tangível. Além disso, o CPP aumentou o sentimento de competência e autoeficácia das mães, promovendo ativamente sentimentos de propósito e confiança em seu novo papel.

Lacunas para pesquisas futuras em MC/CPP e DPP

O MC e o CPP podem desempenhar um papel benéfico na redução da DPP, mas essa conclusão não pode ser feita com certeza, pois as evidências existentes apresentam heterogeneidade significativa. Para esclarecer essa questão, grandes estudos com intervenções padronizadas e homogêneas na mesma população devem ser conduzidos para definir o tempo e a duração ideais para ambas as abordagens para melhorar a DPP. Estudos futuros também precisam investigar se não apenas o eixo ocitocina-ACTH-cortisol, mas outras vias biológicas e metabólicas podem influenciar os efeitos do MC e do CPP.

Conclusão

O MC e o CPP surgem como estratégias promissoras, acessíveis e não farmacológicas para mitigar os sintomas da DPP. As evidências atuais, embora heterogêneas, indicam uma tendência consistente de redução nos escores depressivos maternos associados a esses métodos. Notavelmente, os principais efeitos foram observados com o MC para RNs prematuros e/ou de baixo peso, sugerindo que a natureza abrangente desse método pode ter contribuído para os seus efeitos benéficos. O MC frequentemente inclui não apenas o CPP, mas também a educação parental, o apoio ao aleitamento materno exclusivo, a alta hospitalar precoce e o acompanhamento rigoroso.

O mecanismo central proposto envolve a regulação do eixo neuroendócrino, no qual o aumento da ocitocina e a diminuição dos níveis de cortisol promovem o fortalecimento do vínculo mãe-RN, a facilitação da amamentação, a melhora da qualidade do sono e o aumento da autoeficácia materna, todos fatores que contribuem para a saúde mental no período pós-parto.

Apesar dos resultados promissores, a falta de padronização entre os estudos limita a formulação de recomendações definitivas. No entanto, dado o baixo custo, a segurança e os múltiplos benefícios comprovados para a díade mãe-RN, a implementação do MC e do CPP como um padrão de cuidado no período pós-parto pode ser uma ferramenta eficaz de saúde pública para proteger o bem-estar materno.

Contribuição dos Autores

As contribuições dos autores estão estruturadas de acordo com a taxonomia (CRediT) descrita abaixo:

Conceptualização, investigação e escrita – rascunho original: CRV Leal. *Escrita – análise e edição – investigação (revisão de literatura)*: JVA Sousa. *Validação e supervisão (revisão crítica e aprovação final)*: ACS Silva. Todos os autores contribuíram substancialmente para a concepção e a execução do manuscrito.

Copyright

Copyright© 2021 Leal et al. Este é um artigo em acesso aberto distribuído nos termos da Licença *Creative Commons* Atribuição 4.0 Licença Internacional que permite o uso irrestrito, a distribuição e reprodução em qualquer meio desde que o artigo original seja devidamente citado.

Referências

1. Wang Z, Liu J, Shuai H, Cai Z, Fu X, Liu Y, et al. Mapping global prevalence of depression among postpartum women. Transl Psychiatry. 2021;11(1):543. DOI: https://doi.org/10.1038/s41398-021-01663-6.

2. Carlson K, Mughal S, Azhar Y, Siddiqui W. Perinatal Depression. In: StatPearls. StatPearls Publishing; 2025; [acesso em 2025 Set 17]. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519070/

3. Slomian J, Honvo G, Emonts P, Reginster JY, Bruyère O. Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. Womens Health. 2019;15:1745506519844044. DOI: https://doi.org/10.1177/1745506519844044.

4. Amedu AN. Economic burden of postpartum depression among mothers: Systematic review. Acta Psychol (Amst). 2025;258:105219. DOI: https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2025.105219.

5. US Preventive Services Task Force, Curry SJ, Krist AH, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, et al. Interventions to Prevent Perinatal Depression: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 2019;321(6):580-7. DOI: https://doi.org/10.1001/jama.2019.0007.

6. Agrawal I, Mehendale AM, Malhotra R. Risk Factors of Postpartum Depression. Cureus. 2022.14(10):e30898. DOI: https://doi.org/10.7759/cureus.30898.

7. Rey SE, Martinez GH. Manejo racional del nino prematuro. In: Proceedings of the 1 Curso de Medicina Fetal y Neonatal. Bogota, Colombia: Fundacion Vivar; 1983. Manuscript available in English from UNICEF, 3 UN Plaza, New York, NY: 10017.

8. Kostandy RR, Ludington-Hoe SM. The evolution of the science of kangaroo (mother) care (skin-to-skin contact). Birth Defects Res. 2019;111(15):1032-43. DOI: https://doi.org/10.1002/bdr2.1565.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 693, de 5 de julho de 2000. Aprova a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru. Diário Oficial da União; 6 Jul 2000; [acesso em 2026 Mar 22]. Disponível em: http://www.saude.gov.br

10. Casper C, Sarapuk I, Pavlyshyn H. Regular and prolonged skin-to-skin contact improves short-term outcomes for very preterm infants: A dose-dependent intervention. Arch Pediatr Organe Off Soc Francaise Pediatr. 2018;25(8):469-75. DOI: https://doi.org/10.1016/j.arcped.2018.09.008.

11. Cooijmans KHM, Beijers R, Brett BE, de Weerth C. Daily skin-to-skin contact in full-term infants and breastfeeding: Secondary outcomes from a randomized controlled trial. Matern Child Nutr. 2022;18(1):e13241. DOI: https://doi.org/10.1111/mcn.13241.

12. Rheinheimer N, Beijers R, Bruinhof N, Cooijmans KHM, de Weerth C. Effects of daily full-term infant skin-to-skin contact on behavior and cognition at age three - secondary outcomes of a randomized controlled trial. J Child Psychol Psychiatry. 2023;64(1):136-44. DOI: https://doi.org/10.1111/jcpp.13679.

13. Boundy EO, Dastjerdi R, Spiegelman D, Fawzi WW, Missmer AS, Lieberman E, et al. Kangaroo Mother Care and Neonatal Outcomes: A Meta-analysis. Pediatrics. 2016;137(1):e20152238. DOI: https://doi.org/10.1542/peds.2015-2238.

14. Pathak BG, Sinha B, Sharma N, Mazumder S, Bhandari N. Effects of kangaroo mother care on maternal and paternal health: systematic review and meta-analysis. Bull World Health Organ. 2023;101(6):391-402G. DOI: https://doi.org/10.2471/BLT.22.288977.

15. Ahn HY, Lee J, Shin HJ. Kangaroo care on premature infant growth and maternal attachment and post-partum depression in South Korea. J Trop Pediatr. 2010;56(5):342-4. DOI: https://doi.org/10.1093/tropej/fmq063.

16. de Alencar AEMA, Arraes LC, de Albuquerque EC, Alves JGB. Effect of kangaroo mother care on postpartum depression. J Trop Pediatr. 2009;55(1):36-8. DOI: https://doi.org/10.1093/tropej/fmn083.

17. Bigelow A, Power M, MacLellan-Peters J, Alex M, McDonald C. Effect of mother/infant skin-to-skin contact on postpartum depressive symptoms and maternal physiological stress. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs JOGNN. 2012;41(3):369-82. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2012.01350.x.

18. Bigelow AE, Power M, Gillis DE, Maclellan-Peters J, Alex M, McDonald C. Breastfeeding, skin-to-skin contact, and mother-infant interactions over infants' first three months. Infant Ment Health J. 2014;35(1):51-62. DOI: https://doi.org/10.1002/imhj.21424.

19. Cristóbal Cañadas D, Parrón Carreño T, Sánchez Borja C, Bonillo Perales A. Benefits of Kangaroo Mother Care on the Physiological Stress Parameters of Preterm Infants and Mothers in Neonatal Intensive Care. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(12):7183. DOI: https://doi.org/10.3390/ijerph19127183.

20. Chen WY, Wu YY, Xu MY, Tung TH. Effect of Kangaroo Mother Care on the Psychological Stress Response and Sleep Quality of Mothers With Premature Infants in the Neonatal Intensive Care Unit. Front Pediatr. 2022;10:879956. DOI: https://doi.org/10.3389/fped.2022.879956.

21. Cho H, Jeong IS. The relationship between mother-infant contact time and changes in postpartum depression and mother-infant attachment among mothers staying at postpartum care centers: An observational study. Nurs Health Sci. 2021;23(2):547-55. DOI: https://doi.org/10.1111/nhs.12847.

22. Erduran B, Yaman Sözbir Ş. Effects of intermittent kangaroo care on maternal attachment, postpartum depression of mothers with preterm infants. J Reprod Infant Psychol. 2023;41(5):556-65. DOI: https://doi.org/10.1080/02646838.2022.2035703.

23. Feldman R, Eidelman AI, Sirota L, Weller A. Comparison of skin-to-skin (kangaroo) and traditional care: parenting outcomes and preterm infant development. Pediatrics. 2002;110(1 Pt 1):16-26. DOI: https://doi.org/10.1542/peds.110.1.16.

24. Kronborg H. Positive impact of prolonged skin-to-skin contact on parental confidence and symptoms of depression among mothers and fathers of healthy newborns. Scand J Public Health. 2025:14034948251342282. DOI: https://doi.org/10.1177/14034948251342282.

25. Küçükkaya B, Cihangir Öztürk T, Erginler G, Temiz M, Erçel Ö. The Effect of Early-Initiated Half-Swaddling and Kangaroo Care Practices on Maternal Sleep Quality and Postpartum Depression in Term Infants: A Randomized Controlled Trial. Nurs Health Sci. 2025;27(1):e70066. DOI: https://doi.org/10.1111/nhs.70066.

26. Miles R, Cowan F, Glover V, Stevenson J, Modi N. A controlled trial of skin-to-skin contact in extremely preterm infants. Early Hum Dev. 2006;82(7):447-55. DOI: https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2005.11.008.

27. Mörelius E, Örtenstrand A, Theodorsson E, Frostell A. A randomised trial of continuous skin-to-skin contact after preterm birth and the effects on salivary cortisol, parental stress, depression, and breastfeeding. Early Hum Dev. 2015;91(1):63-70. DOI: https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2014.12.005.

28. Rao P, Raajashri R, Bethou A, Bhat V, Palanivel C. Does Kangaroo Mother Care Reduce Anxiety in Postnatal Mothers of Preterm Babies? - A Descriptive Study from a Tertiary Care Centre in South India. J Nepal Health Res Counc. 2019;17(1):42-5. DOI: https://doi.org/10.33314/jnhrc.1228.

29. Sinha B, Sommerfelt H, Ashorn P, Mazumder S, Taneja S, More D, et al. Effect of Community-Initiated Kangaroo Mother Care on Postpartum Depressive Symptoms and Stress Among Mothers of Low-Birth-Weight Infants: A Randomized Clinical Trial. JAMA Netw Open. 2021;4(4):e216040. DOI: https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.6040.

30. Taneja S, Sinha B, Upadhyay RP, Mazumder S, Sommerfelt H, Martines J, et al. Community initiated kangaroo mother care and early child development in low birth weight infants in India-a randomized controlled trial. BMC Pediatr. 2020;20(1):150. DOI: https://doi.org/10.1186/s12887-020-02046-4.

31. Mendoza-Aucaruri L, López-Mesia JP, Ttito-Paricahua L, Magallanes-Corimanya M, Asencios-Falcón EM, Lopez-Gomero A, et al. Effects of skin-to-skin contact on mental health outcomes in the parents of full-term newborns: A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. J Affect Disord. 2025;369:1090-8. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.10.065.

32. Scime NV, Gavarkovs AG, Chaput KH. The effect of skin-to-skin care on postpartum depression among mothers of preterm or low birthweight infants: A systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 2019;253:376-84. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.04.101.

33. Anwar F, Warsi A, Ahmed J, Zaidi B, Turab A, Khan MA, et al. The effectiveness of kangaroo mother care in lowering postpartum depression in mothers of preterm and low birth weight babies: a systematic review and meta-analysis. Ann Med Surg 2012. 2023;85(6):2841-8. DOI: https://doi.org/10.1097/MS9.0000000000000480.

34. Badr HA, Zauszniewski JA. Kangaroo care and postpartum depression: The role of oxytocin. Int J Nurs Sci. 2017;4(2):179-83. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2017.01.001.

35. Bigelow AE, Power M. Mother–Infant Skin-to-Skin Contact: Short- and Long-Term Effects for Mothers and Their Children Born Full-Term. Front Psychol. 2020;11:1921. DOI: https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01921.

36. Handlin L, Jonas W, Petersson M, Ejdeback M, Ransjo-Arvidson A-B, Nissen E, et al. Effects of sucking and skin-to-skin contact on maternal ACTH and cortisol levels during the second day postpartum-influence of epidural analgesia and oxytocin in the perinatal period. Breastfeed Med Off J Acad Breastfeed Med. 2009;4(4):207-20. DOI: https://doi.org/10.1089/bfm.2009.0001.

37. Ionio C, Ciuffo G, Landoni M. Parent–Infant Skin-to-Skin Contact and Stress Regulation: A Systematic Review of the Literature. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(9):4695. DOI: https://doi.org/10.3390/ijerph18094695.

38. Pavlyshyn H, Sarapuk I, Horishna I, Slyva V, Skubenko N. Skin-to-skin contact to support preterm infants and reduce NICU-related stress. Int J Dev Neurosci Off J Int Soc Dev Neurosci. 2022;82(7):639-45. DOI: https://doi.org/10.1002/jdn.10216.

39. Schneider-Schmid U, Morgado A, Heim C, Klawitter H, Hellmeyer L, Entringer S. Oxytocin in prematurely born infants and their parents – A systematic review with clinical implications. Psychoneuroendocrinology. 2025;180:107564. DOI: https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2025.107564.

40. Cong X, Ludington-Hoe SM, Hussain N, Cusson RM, Walsh S, Vazquez V, et al. Parental oxytocin responses during skin-to-skin contact in pre-term infants. Early Hum Dev. 2015;91(7):401-6. DOI: https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2015.04.012.

41. Forde D, Fang ML, Miaskowski C. A Systematic Review of the Effects of Skin-to-Skin Contact on Biomarkers of Stress in Preterm Infants and Parents. Adv Neonatal Care Off J Natl Assoc Neonatal Nurses. 2022;22(3):223-30. DOI: https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000905.

42. Vittner D, McGrath J, Robinson J, Lawhon G, Cusson R, Eisenfeld L, et al. Increase in Oxytocin From Skin-to-Skin Contact Enhances Development of Parent-Infant Relationship. Biol Res Nurs. 2018;20(1):54-62. DOI: https://doi.org/10.1177/1099800417735633.

43. Vittner D, Butler S, Smith K, Makris N, Brownell E, Samra H, et al. Parent Engagement Correlates With Parent and Preterm Infant Oxytocin Release During Skin-to-Skin Contact. Adv Neonatal Care Off J Natl Assoc Neonatal Nurses. 2019;19(1):73-9. DOI: https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000558.

44. Bergman NJ. New policies on skin-to-skin contact warrant an oxytocin-based perspective on perinatal health care. Front Psychol. 2024;15:1385320. DOI: https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1385320.

45. Hermesch AC, Kernberg AS, Layoun VR, Caughey AB. Oxytocin: physiology, pharmacology, and clinical application for labor management. Am J Obstet Gynecol. 2024;230(3S):S729-39. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.06.041.

46. Thul TA, Corwin EJ, Carlson NS, Brennan PA, Young LJ. Oxytocin and postpartum depression: A systematic review. Psychoneuroendocrinology. 2020;120:104793. DOI: https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2020.104793.

47. Zhu J, Jin J, Tang J. Oxytocin and Women Postpartum Depression: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. Neuropsychiatr Dis Treat. 2023;19:939-47. DOI: https://doi.org/10.2147/NDT.S393499.

48. Chaulagain RP, Shrestha Y, Shrestha H, Bhandari R, Gurung P. The neurobiological impact of oxytocin in mental health disorders: a comprehensive review. Ann Med Surg 2012. 2025;87(3):1479-86. DOI: https://doi.org/10.1097/MS9.0000000000003015

49. Xie S, Hu Y, Fang L, Chen S, Botchaway BOA, Tan X, et al. The association of oxytocin with major depressive disorder: role of confounding effects of antidepressants. Rev Neurosci. 2022;33(1):59-77. DOI: https://doi.org/10.1515/revneuro-2020-0128.

50. Bulska M, Szczesniak P, Pieta-Dolinska A, Dorobek P, Parafiniuk J, Oszukowski P, et al. Different modes of delivery and hormonal stress response. Ginekol Pol. 2021;92(7):481-6. DOI: https://doi.org/10.5603/GP.a2021.0068.

51. Li Y, Hassett AL, Seng JS. Exploring the mutual regulation between oxytocin and cortisol as a marker of resilience. Arch Psychiatr Nurs. 2019;33(2):164-73. DOI: https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.11.008.

52. Stickel S, Eickhoff SB, Habel U, Stickeler E, Goecke TW, Lang J, et al. Endocrine stress response in pregnancy and 12 weeks postpartum – Exploring risk factors for postpartum depression. Psychoneuroendocrinology. 2021;125:105122. DOI: https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2020.105122.

53. Thau L, Gandhi J, Sharma S. Physiology, Cortisol. In: StatPearls. StatPearls Publishing; 2025. [Access in 2025 Sep 21]. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538239/

54. Amasi-Hartoonian N, Sforzini L, Cattaneo A, Pariante CM. Cause or consequence? Understanding the role of cortisol in the increased inflammation observed in depression. Curr Opin Endocr Metab Res. 2022;24:100356. DOI: https://doi.org/10.1016/j.coemr.2022.100356.

55. Seth S, Lewis AJ, Galbally M. Perinatal maternal depression and cortisol function in pregnancy and the postpartum period: a systematic literature review. BMC Pregnancy Childbirth. 2016;16:124. DOI: https://doi.org/10.1186/s12884-016-0915-y.

56. Chan GJ, Valsangkar B, Kajeepeta S, Boundy EO, Wall S. What is kangaroo mother care? Systematic review of the literature. J Glob Health. 2016;6(1):010701. DOI: https://doi.org/10.7189/jogh.06.010701.

57. Ghojazadeh M, Hajebrahimi S, Pournaghi-Azar F, Mohseni M, Derakhshani N, Azami-Aghdash S. Effect of Kangaroo Mother Care on Successful Breastfeeding: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials. Rev Recent Clin Trials. 2019;14(1):31-40. DOI: https://doi.org/10.2174/1574887113666180924165844.

58. Karimi FZ, Miri HH, Khadivzadeh T, Maleki-Saghooni N. The effect of mother-infant skin-to-skin contact immediately after birth on exclusive breastfeeding: a systematic review and meta-analysis. J Turk Ger Gynecol Assoc. 2020;21(1):46-56. DOI: https://doi.org/10.4274/jtgga.galenos.2019.2018.0138.

59. Pope CJ, Mazmanian D. Breastfeeding and Postpartum Depression: An Overview and Methodological Recommendations for Future Research. Depress Res Treat. 2016;2016:4765310. DOI: https://doi.org/10.1155/2016/4765310.

60. Uvnäs Moberg K, Ekström-Bergström A, Buckley S, Massarotti C, Pajalic Z, Luegmair K, et al. Maternal plasma levels of oxytocin during breastfeeding-A systematic review. PloS One. 2020;15(8):e0235806. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235806.

61. Pathak BG, Sinha B, Sharma N, Mazumder S, Bhandari N. Effects of kangaroo mother care on maternal and paternal health: systematic review and meta-analysis. Bull World Health Organ. 2023;101(6):391-402G. DOI: https://doi.org/10.2471/BLT.22.288977.

62. Feng X, Zhang Y. Effects of mother–infant skin-to-skin contact on mother–infant relationship and maternal psychology feelings: A qualitative study. Nurs Open. 2024;11(6):e2181. DOI: https://doi.org/10.1002/nop2.2181.

63. Lilliesköld S, Lode-Kolz K, Rettedal S, Lindstedt J, Linner A, Pike HM, et al. Skin-to-Skin Contact at Birth for Very Preterm Infants and Mother-Infant Interaction Quality at 4 Months: A Secondary Analysis of the IPISTOSS Randomized Clinical Trial. JAMA Netw Open. 2023;6(11):e2344469. DOI: https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.44469.

64. Badr LK, Ayvazian N, Lameh S, Charafeddine L. Is the Effect of Postpartum Depression on Mother-Infant Bonding Universal? Infant Behav Dev. 2018;51:15-23. DOI: https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2018.02.003.

65. Diniz BP, Grisi SJFE, de Souza DM, Ferrer APS. Mother-infant bonding and postpartum depression during the COVID-19 pandemic - a risk for nurturing care and child development. Rev Paul Pediatr Orgao Of Soc Pediatr Sao Paulo. 2023;42:e2022151. DOI: https://doi.org/10.1590/1984-0462/2024/42/2022151.

66. Gilden J, Molenaar NM, Smit AK, Hoogendijk WJG, Rommel A-S, Kamperman AM, et al. Mother-to-Infant Bonding in Women with Postpartum Psychosis and Severe Postpartum Depression: A Clinical Cohort Study. J Clin Med. 2020;9(7):2291. DOI: https://doi.org/10.3390/jcm9072291.

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Creative Commons Attribution License.