



## ARTIGO ORIGINAL

**Incidência de aleitamento materno no momento da alta da terceira etapa do método canguru da Maternidade Ana Braga.**

**Breastfeeding incidence at discharge of the third stage of the kangaroo method of maternity Ana Braga.**

Priscyla Ferreira Pequeno Leite<sup>1</sup>, Ágatha Iara Mineiro Moura Freire<sup>2</sup>, Samira Porto de Almeida Ribeiro<sup>3</sup>, Lineyde Nobre Cabral<sup>4</sup>, Jefferson Pereira Guilherme<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Pediatra.

<sup>2</sup> Enfermeira.

<sup>3</sup> Neonatologista.

<sup>4</sup> Pediatra.

<sup>5</sup> Pediatra, Professor Auxiliar da UEA.

Endereço eletrônico: [priscylaferreira@hotmail.com](mailto:priscylaferreira@hotmail.com), [jeffeped@outlook.com](mailto:jeffeped@outlook.com)

### Resumo

Recém-nascidos de baixo peso representam alto percentual na morbimortalidade neonatal e a sua alimentação é um processo complexo, sendo o Método Canguru uma estratégia de promoção do aleitamento materno entre esses bebês. Determinar a incidência de aleitamento materno na alta dos neonatos, acompanhado na 3ª etapa do Método Canguru. Estudo epidemiológico transversal e retrospectivo com dados obtidos dos prontuários dos recém-nascidos atendidos no ambulatório da 3ª etapa do MC, em uma maternidade pública do município de Manaus, no período de janeiro a dezembro de 2015. A amostra constituiu-se de 550 recém-nascidos de baixo peso; 24% dos quais eram de muito baixo peso, um grupo de alto risco para desmame precoce. Diferente da literatura, o serviço consegue ter altos índices de AM mesmo entre os RN de MBP. 93,1% dos bebês de BP e 91,6% dos RN com peso menor que 1500g receberam alta do ambulatório da 3ª etapa do Canguru em Aleitamento exclusivo. Apesar de recém-nascidos de baixo peso apresentarem risco elevado de desmame precoce, constatou-se na amostra uma alta frequência de aleitamento materno exclusivo à alta, mesmo entre os RNMBP. O método canguru, o Hospital



Amigo da Criança, a atuação do Banco de Leite Humano, o cumprimento da NBCAL, a valorização da equipe multidisciplinar, composta inclusive por consultor internacional em lactação, são estratégias que associadas a abordagem clínica com aconselhamento, têm permitido o manejo das dificuldades da amamentação com sucesso, reduzindo o desmame neste grupo de neonatos.

**Palavras-chave:** Método Canguru; Prematuro; Aleitamento materno; Baixo peso.

### Abstract

Low-birth weight newborns represent a high percentage in neonatal morbimortality and their feeding process is a complex one, being the kangaroo Care Method a strategy to promote breastfeeding. To determine the incidence of breastfeeding in neonates' discharge from hospital, following Kangaroo Care Method's third stage. A Transversal and Retrospective Epidemiological Study conducted with data obtained from newborns' charts examined at ambulatory care facilities in Kangaroo Care Method's third stage, at a public maternity hospital in the municipality of Manaus from January up to December, 2015. The sample comprised 550 low-birth weight newborns; 24% of who were of very low birth weight, a high-risk group for early weaning. Differently from literature, the service has a high index of breastfeeding even amongst the very low birth weight newborns. 93.1% of low birth weight babies and 91.6% of newborns weighing less than 1500g were discharged from the ambulatory care facility at Kangaroo's 3<sup>rd</sup> stage of exclusive breastfeeding. Although newborns of low birth weight are at increased risk of early weaning, it was found in the sample a high frequency of exclusive breastfeeding at discharge, even among VLBW infants. The Kangaroo Mother care, The Baby-Friendly -Hospital, the work of the Human Milk Bank, compliance with Brazilian Law for Food Marketing Infant Formula, the appreciation of the multidisciplinary team, including composed of international consultant in lactation, are strategies associated with clinical approach to counseling, have allowed handling the difficulties of successfully breastfeeding, reducing weaning in this group of infants.

**Keywords:** Kangaroo mother care; Preterm; Breastfeeding; Low birth weight

### INTRODUÇÃO

Em todo o mundo ocorre elevado número de nascimentos de baixo peso (peso menor que 2500g), o que se traduz por grave problema de saúde pública, já que eles são acometidos muito frequentemente por grave morbimortalidade neonatal. Isto acarreta graves consequências para a



sociedade e os serviços de saúde<sup>1</sup>. Nutrir estes recém-nascidos de baixo peso<sup>2</sup>, sem lhes aumentar as chances de doenças futuras, como a síndrome metabólica, representa grande desafio, tanto porque a imaturidade ou a desnutrição fetal dificultam a progressão da dieta, quanto porque estabelecer o aleitamento materno neste grupo de crianças é tarefa bastante difícil: mãe e filho geralmente se separam por causa das intercorrências clínicas; a internação em UTI neonatal invariavelmente é a regra; o estresse e a falta de estímulo direto no peito acarretam diminuição da produção de leite, entre outros<sup>3</sup>. Assim, apesar de haver recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS), da Academia Americana de Pediatria (AAP), do Ministério da Saúde (MS) e da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) de amamentar estes neonatos para, em última análise, diminuir mortalidade e morbidade<sup>4,5</sup>, comumente eles apresentam taxas de aleitamento exclusivo muito baixas, dadas as dificuldades para manter a lactação<sup>6</sup>, mesmo em países desenvolvidos, como a Suécia, onde a cultura da amamentação está fortemente enraizada<sup>7</sup>.

O baixo peso ao nascer é o fator de risco de forma isolada que mais contribui para a mortalidade infantil<sup>8</sup>. Embora o Brasil tenha cumprido a meta de diminuir a mortalidade infantil em dois terços em relação ao início da década de 90, suas dimensões continentais e suas características regionais impossibilitaram que todos os estados da federação pudessem gozar de tal feito. A média nacional da mortalidade infantil não traduz a realidade regional<sup>8</sup>. A região norte, por exemplo, apenas atingirá a meta de redução da mortalidade em 2018, se todas as estratégias de redução de mortalidade infantil forem adotadas<sup>9</sup>.

Grande parte dos RN de baixo peso são prematuros. E apesar do país vir reduzindo suas taxas de mortalidade, há um crescimento de partos prematuros no Brasil, de forma paradoxal<sup>10</sup>. E o pior: em países subdesenvolvidos, metade dos recém-nascidos pretermos (RNPT) com 32 semanas ou menos, morrem por falta de assistência básica, como cuidados com a manutenção da temperatura, transporte adequado para centros



terciários, falta de apoio e incentivo ao aleitamento materno, tratamento adequado de infecções perinatais, controle de infecção nosocomial e adequada assistência ventilatória. Em países desenvolvidos, praticamente todos estes RNPT sobrevivem<sup>11</sup>.

A cada dez óbitos em menores de um ano, sete ocorrem no período neonatal<sup>10</sup>. Neste contexto, o ministério da saúde (MS) tem realizado, como importante estratégia para redução da mortalidade neonatal, a implantação do método canguru nas maternidades e a expansão de unidades credenciadas com o selo de hospital amigo da criança.

O Ministério da Saúde assim define o Método Canguru (MC):

O MC é um modelo de assistência perinatal voltado para a melhoria da qualidade do cuidado, desenvolvido em três etapas, conforme Portaria GM/MS no 1683, de 12 de julho de 2007, que parte dos princípios da atenção humanizada; reduz o tempo de separação entre mãe e recém-nascido e favorece o vínculo; permite o controle térmico adequado; contribui para a redução do risco de infecção hospitalar; reduz o estresse e a dor do recém-nascido; aumenta as taxas de aleitamento materno; melhora qualidade de desenvolvimento neurocomportamental e psico-afetivo do recém-nascido; propicia melhor relacionamento da família com a equipe de saúde; possibilita maior competência e confiança dos pais no cuidado do seu filho, inclusive após a alta hospitalar; reduz o número de reinternações; e contribui para otimização dos leitos de Unidades de Terapia Intensiva e Cuidados Intermediários Neonatais<sup>12</sup>.

Recente metanálise evidenciou diminuição da mortalidade neonatal às 40 semanas de idade gestacional corrigida e diminuição da infecção nosocomial<sup>13</sup>. De forma que não é mais possível assistir ao RN sem aplicar o contato pele a pele.



A assistência neonatal se dá através do método canguru em três fases distintas. Na primeira etapa o recém-nascido de baixo peso (RNBP) apresenta instabilidade clínica, principalmente cardiorrespiratória e necessita de tecnologia para sobreviver. Na UTI ou na UCI, eles precisam de incubadora ou de berço de calor radiante, de monitorização, de assistência ventilatória invasiva ou não, de nutrição parenteral e enteral, entre tantas terapêuticas. Nesta etapa o cuidado canguru se caracteriza por estimular o contato entre pais e filho, permitir a presença dos pais ao lado do leito, conforme sua vontade, independente de horário de visita; controlar fatores ambientais que possam estressar ainda mais o RN, como ruído e iluminação excessiva, ou minimizar a dor sempre presente em grande parte dos procedimentos praticados em unidades neonatais. Os cuidados rotineiros são executados principalmente pela equipe multidisciplinar de saúde. Para sair da primeira etapa, o RN deve pesar pelo menos 1250 g e apresentar estabilidade clínica. Na segunda etapa, ainda intra-hospitalar, mãe e filho permanecem juntos as 24h do dia, pois a estabilidade clínica já foi alcançada e não há mais necessidade de tecnologia, nem mesmo de monitorização. A mãe ou a família vai assumindo gradativamente os cuidados com o RN, como o banho e a troca de fraldas, ou mesmo a gavagem da dieta, inicialmente supervisionada pelos profissionais de saúde e depois com alguma independência. A posição canguru propriamente dita (RN mantido em contato pele a pele contra o tórax do cuidador, em decúbito prono ou lateral) deve ser praticada pelo maior tempo possível, enquanto ambos se sentirem bem. De forma transversal, durante toda a internação, a mãe e a família vão recebendo orientações sobre a importância do aleitamento materno e como é possível mantê-lo mesmo com mãe e filho permanecendo afastados<sup>14</sup>.

A terceira etapa do método canguru é a etapa domiciliar, realizada a partir do seguimento ambulatorial, com frequência mínima semanal, até que o lactente atinja 2500g. Seus objetivos: garantir acompanhamento seguro ao RN de baixo peso após a alta hospitalar; favorecer a amamentação; acompanhar o ganho ponderal; tratar intercorrências e reinternar quando houver necessidade.



Para seguir para a terceira etapa, o MS preconiza que o RN possua pelo menos 1600g e que haja estabilidade clínica, com bom ganho ponderal nos últimos três dias. Apesar de ir para casa, a criança permanece vinculada a unidade em que esteve internada. Caso haja problemas ou intercorrências, ela é orientada a procurar a maternidade de origem, a qualquer hora do dia ou da noite. O agendamento da segunda para a terceira etapa ocorre de forma automática e quando eles não comparecem aos retornos, a busca ativa dos faltosos deve ser uma rotina. Neste ponto, cumpre ressaltar que o acompanhamento da terceira etapa deve ocorrer concomitantemente com consultas realizadas na assistência básica (UBS ou equipes de PSF), de forma a garantir um cuidado compartilhado. O envolvimento da Estratégia Saúde da Família com o "bebe canguru" otimiza visitas domiciliares, melhora o conhecimento da dinâmica familiar e acaba por propiciar uma prontidão da equipe para atender as situações de risco, melhorando inclusive o acompanhamento da vacinação e de consultas especializadas<sup>15</sup>.

A agenda aberta é outra característica deste ambulatório, permitindo retorno conforme as demandas da família, sem necessidade de remarcação.

Um dos pilares do MC é o aleitamento materno. Boundy e cols demonstraram que o contato pele a pele aumenta em 50% a chance do RN estar em AME as 40-41 semanas<sup>16</sup>. Contudo, mesmo que sejam amplamente aceitos os inúmeros benefícios do AM para os recém-nascidos (inclusive para os RNPT e os RNBP) e suas mães<sup>17,18,19,20</sup> estabelecer e manter a amamentação para estes RNs permanece um desafio hercúleo<sup>21</sup>.

Com a intenção de avaliar a incidência de AM no momento da alta da 3ª etapa do RN de baixo peso e de muito baixo peso, efetuou-se este trabalho, tendo, por conseguinte, uma avaliação indireta da qualidade da assistência a amamentação dispensada a este grupo de bebês na Maternidade Ana Braga, unidade certificada como Hospital Amigo da Criança e Referência Estadual



para o Método Canguru no Estado do Amazonas. Ademais, ela é referência estadual para os partos de alto risco. Possui as três etapas do método Canguru implantadas e cumpre os critérios do MS para manter a certificação.

## MATERIAL E MÉTODOS

O estudo realizado foi transversal e retrospectivo, avaliando os prontuários dos neonatos prematuros nascidos na Maternidade Ana Braga, situada na cidade de Manaus e referência no atendimento do binômio mãe-filho no estado do Amazonas.

A amostra da pesquisa constituiu-se dos pacientes com peso menor que 2500 g ao nascer, com qualquer idade gestacional, acompanhados pelo Método Canguru da maternidade, até o momento da alta do ambulatório da terceira etapa. O período avaliado foi de janeiro a dezembro de 2015.

Foram revisados 582 prontuários de todos os recém-nascidos atendidos no ambulatório da 3ª etapa Canguru durante o ano de 2015 e os dados coletados incluíram as seguintes variáveis: peso ao nascer (em gramas), idade gestacional (em semanas), tempo de internação até alta ambulatorial (em dias) e tipo de dieta no momento da alta (aleitamento materno exclusivo, aleitamento misto e fórmula exclusiva). Secundariamente avaliou-se a sobrevida desses recém-nascidos durante o seguimento ambulatorial, assim como as reinternações e os óbitos. Trinta e dois casos foram excluídos do estudo devido às seguintes razões: evasão do seguimento ambulatorial (n=13), transferência para outra instituição e/ou cidade de origem antes de completar 2500g (n=4), ausência do registro de dados importantes no momento da alta, como o peso (n=12), e os óbitos (n=3).

As variáveis foram analisadas por frequência e distribuição percentual, sendo distribuídas em tabelas e gráficos do programa Microsoft Office Excel.



O estudo respeitou a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde para Pesquisas Envolvendo Seres Humanos.

Adotou-se as seguintes definições de AM, preconizadas pela OMS<sup>22</sup>:

**Aleitamento Materno Exclusivo:** quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos

**AM predominante** – quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais.

**AM** – quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de estar recebendo ou não outros alimentos.

**AM complementado** – quando a criança recebe, além do leite materno, alimentos complementares, que são alimentos sólidos ou semissólidos que complementam o leite materno. Nesta categoria a criança pode estar recebendo, além do leite materno, outro tipo de leite, mas este não é considerado alimento complementar.

**AM misto ou parcial** – quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

**Fórmula Exclusiva** – quando a criança não recebe leite materno; apenas Fórmula de seguimento ou de prematuro; não introduziu alimentos complementares.

Este último conceito não faz parte do consenso da OMS, mas parece útil já que esclarece quando a criança está apenas em uso de fórmula infantil.





### **Práticas de AM nas unidades neonatais da Maternidade Ana Braga**

A maternidade Ana Braga é um Hospital Amigo da Criança e, portanto, segue os dez passos para o sucesso do aleitamento materno; conta com um Banco de Leite credenciado pela Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, com controle de qualidade de processo<sup>25</sup>. Nas unidades de internação neonatal, as mães dos RNBP são orientadas a realizar a ordenha manual de suas mamas, pelo menos 6x ao dia, com sessões com duração mínima de 20 minutos, de forma que ao menos 100 minutos de ordenha diária estejam garantidos<sup>26</sup>. Salienta-se sempre a importância de esvaziar as mamas. Nas primeiras 72h, devido ao volume diminuto de leite produzido, prefere-se que a ordenha ocorra a beira do leito, com uma colher estéril, que recolhe as gotas colostrais<sup>27</sup>.

Após este período, as mães são encaminhadas para a sala de ordenha do Posto de Coleta, que acondiciona o leite ordenhado em frascos de vidro com tampa plástica, a embalagem padrão da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano. Quando a mãe não consegue ordenhar a quantidade prescrita da dieta, então o prematuro recebe leite doado de banco de leite<sup>28</sup>. Quando a dieta chega no volume pleno e não há ganho ponderal adequado, então utiliza-se da estratégia de preferir o leite posterior, mais rico em gordura que o leite anterior<sup>29</sup>. E se ainda assim não houver ganho de peso a contento, lança-se mão do aditivo de leite humano<sup>30</sup>. Não há aditivo feito com o próprio leite humano no Brasil e por isso pode ocorrer intolerância alimentar nos RNMBP ou mesmo Enterocolite Necrosante. Passadas as primeiras 72h, mesmo que o prematuro seja extremo, há um esforço para que a posição canguru seja iniciada, mesmo que o bebê esteja intubado. Os pais das crianças também são convidados a participar dos cuidados de seus filhos, praticando o contato pele a pele e apoiando as mães sempre que possível. Pelo menos uma vez na semana, além dos pais, convidamos um outro familiar para participar dos cuidados e visitar o RN; geralmente uma avó, avô, tia ou irmãos<sup>31</sup>.



Uma vez que haja estabilidade clínica e tenha sido alcançado o volume de dieta plena, independentemente da idade gestacional ou do peso, inicia-se o estímulo ao seio materno<sup>32</sup>, geralmente antes de colocar o RN na posição canguru. Nesta etapa começa a avaliação fonoaudiológica, que sinaliza para a equipe o melhor momento para retirar a sonda nasogástrica.

Para que as mães permaneçam junto de seu filho, elas permanecem na unidade albergadas num quarto coletivo, junto com outras mães de prematuros, onde ocorrem reuniões com a psicologia e a assistente social. Embora ainda não se possa contar com uma terapeuta ocupacional, doulas e voluntárias da Pastoral da Criança desenvolvem atividades semanais com estas mães.

A unidade cumpre as determinações da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL): não aceita amostras grátis de fórmula infantil, nem permite o contato das mães com seus representantes. A visita de representantes da indústria alimentícia que produz substitutos de leite humano é proibida na unidade<sup>33</sup>.

Já na segunda etapa, todo o esforço da equipe direciona-se para a retirada da sonda nasogástrica e o estabelecimento do AME. Para tanto, a avaliação fonoaudiológica da prontidão do prematuro para início da alimentação oral ocorre diariamente<sup>34</sup>. De forma gradativa, utilizando-se de métodos alternativos de alimentação oral (copo, translactação, sonda-peito)<sup>35,36,37</sup> e avaliando-se o aumento da produção de leite materno e a competência do lactente ao seio, vai-se diminuindo o volume de suplemento ofertado. Quando o bebê apresenta ganho ponderal nos últimos três dias, recebe alta para a terceira etapa.

Em casa, surgem dúvidas e a pressão de familiares e vizinhos sugerindo o uso da mamadeira e de chupetas aumenta. O agendamento automático com até 72h permite que a equipe resgate as que sucumbem. Utiliza-se a técnica do aconselhamento preconizada pela OMS<sup>38</sup>, caracterizada pela escuta com atenção e empoderamento da mãe, trazendo-a novamente para o



protagonismo deste novo e importante momento familiar, onde após orientações e esclarecimento de dúvidas, ela decide como irá alimentar seu filho. Basicamente reforça-se os dez passos para o sucesso do AM, enfatizando nesta fase a importância da livre demanda.

O elogio à mãe, por suas ações assertivas, e o retorno ambulatorial a cada 2 ou 3 dias para checar o ganho ponderal, permitem que tudo transcorra em direção ao AME. Quando o ganho de peso é insuficiente, avalia-se pega e posição, corrige-se o necessário (fazendo sugestões e não dando ordens) e reavalia-se a criança com 48-72h, garantindo que a família possa retornar a qualquer momento para o serviço, caso haja sinais de alerta.

Pode ser necessário, nos menores ou mais imaturos, retornar o suplemento com leite da própria mãe, ofertado no copo, colher ou por translactação. Enfatiza-se novamente a importância do leite posterior. Sugere-se ensinar sempre mais de um método alternativo para ofertar suplemento, permitindo que a família ou cada cuidador decida a técnica que lhe pareça mais segura e executável. A medida que o ganho ponderal vai aumentando, espaça-se o intervalo das consultas, garantindo no mínimo um intervalo semanal.

Até que o bebê atinja o peso de 2500g, a mãe é incentivada a continuar realizando a posição canguru em casa, de forma contínua ou intermitente<sup>39</sup>. Em nosso meio, devido ao clima tropical, com média de temperatura ambiente em torno de 35 graus Celsius, é comum a queixa de desconforto térmico por parte da mãe e certo desconforto do bebê, tornando o Canguru intermitente mais factível, com sessões de aproximadamente uma hora, duas ou três vezes ao dia.

## RESULTADOS

A amostra do estudo foi composta por 550 neonatos, acompanhados pela terceira etapa do MC, durante o ano de 2015. Todos foram recém-nascidos de baixo peso, sendo que 418 (76%) nasceram com peso maior que



1500g (1501 a 2500g), 115 (20,9%) foram considerados de muito baixo peso ao nascer ( $\leq 1500$ g) e apenas 17 (3,1%) neonatos foram de extremo baixo peso ( $< 1000$ g), conforme distribuição na Tabela 1.

Embora a maioria dos bebês tenham sido prematuros tardios, nascidos com idade gestacional (IG) entre 34 e 36 semanas, elevando a média da IG para 33,5 semanas, somando-se os pretermos moderados e os extremos, atingiu-se uma parcela de 44,2% da amostra. A média de peso ao nascimento e na alta da terceira etapa foram, respectivamente, 1868g e 2711g.

O tempo de internação até a alta da terceira etapa do método foi em média de 45 dias. A maioria da nossa população (70,9%) permaneceu sob cuidados da maternidade, seja internado ou em seguimento ambulatorial, por mais de 28 dias.

No momento da alta do Método Canguru, ao atingir pelo menos 2500g, em relação a dieta ofertada pela mãe ao seu filho, encontramos 512 recém-nascidos (93,1%) em aleitamento materno exclusivo.

Apenas 35 (6,4%) bebês estavam sob aleitamento materno misto e, somente 3 (0,5%) em dieta exclusivamente com fórmula infantil (Figura 1).

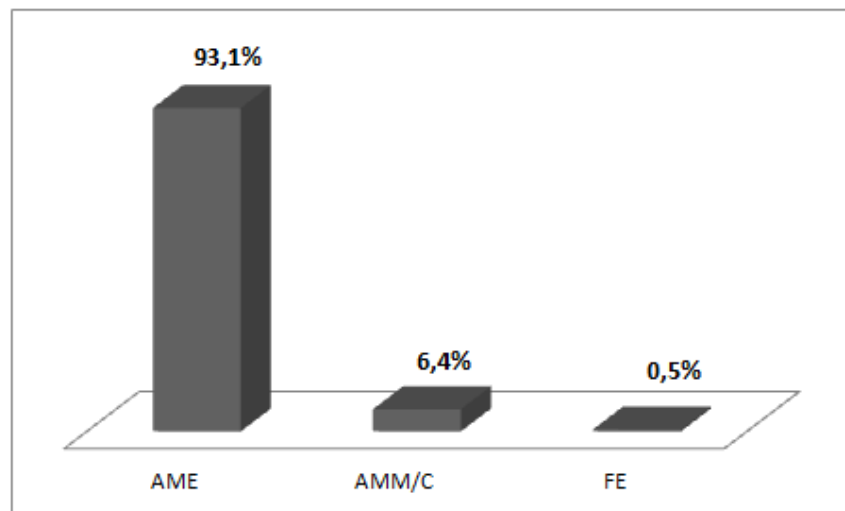


Tabela 1 - Características dos recém-nascidos acompanhados na terceira etapa do método canguru.

Parâmetro	No (%)
<i>Gênero</i>	
Masculino	289 (52,6%)
Feminino	261 (47,4%)
<i>Peso ao nascer</i>	
≤1000g	17 (3,1%)
<b>1001-1500g</b>	115 (20,9%)
<b>&gt;1500g</b>	418 (76%)
<i>Idade Gestacional</i>	
< 28 sem	44 (8,0%)
28-33 sem	199 (36,2%)
34-36 sem	208 (37,8%)
> 37 sem	99 (18,0%)
<i>Duração total de acompanhamento (Internação até alta da 3a etapa)</i>	
< 15 dias	54 (9,8%)
15-28 dias	106 (19,3%)
> 28 dias	390 (70,9%)



Figura 1. Tipo de dieta dos recém-nascidos de baixo peso. Distribuição em aleitamento materno exclusivo (AME), aleitamento misto/complementado (AMM/C) e fórmula exclusiva (FE) no momento da alta do Método Canguru.



Dentre os recém nascidos de muito baixo peso ao nascer (<1500g), a taxa de amamentação exclusiva em seio materno foi de 91,7% (121/132), recebendo alta em AM misto/complementado apenas 9 bebês (6,8%), e somente 2 (1,5%) em dieta exclusiva com fórmula infantil, como detalhado na Tabela 2.

Tabela 2 – Dieta dos RN de muito baixo peso (RNMBP) e extremo baixo peso (RNEBP) na alta do Método Canguru.

Tipo de dieta	RNMBP	RNEBP	Total
	No (%)	No (%)	No (%)
<b>AM Exclusivo</b>	106 (92,2%)	15 (88,2%)	121 (91,7%)
<b>AM Misto/Complementado</b>	8 (7%)	1 (5,9%)	9 (6,8%)
<b>Fórmula Exclusiva</b>	1 (0,8%)	1 (5,9%)	2 (1,5%)
<b>Total</b>	115 (100%)	17 (100%)	132 (100%)



Foram registradas entre 1 e 15 consultas durante o seguimento ambulatorial do Método Canguru, gerando uma média de 3,8 consultas/RN no período da pesquisa.

Analisando as reinternações ocorridas durante o período do estudo, foram encontrados 11 intercorrências, sendo as causas principais anemia, icterícia e pneumonia comunitária. Apenas três recém-nascidos foram à óbito durante seguimento ambulatorial.

## DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo permitem afirmar que estabelecer com sucesso o aleitamento materno, mesmo entre recém-nascidos de baixo peso e de muito baixo peso é possível. O achado de que 93,1% dos neonatos de baixo peso e 91,7% daqueles de muito baixo peso estavam em AME (no momento da alta da 3ª etapa do Método Canguru), é resultado de um modelo de assistência à amamentação há muito preconizado pelo Ministério da Saúde: a maternidade é Hospital Amigo da Criança; é referência estadual para o método Canguru e possui Banco de Leite Humano. Associa-se a estas estratégias um paradigma de assistência clínica caracterizado por uma equipe multidisciplinar capacitada em amamentação, que conta com um consultor de lactação e uma abordagem voltada para a resolução das dificuldades da amamentação centrada no aconselhamento.

Na Suécia, em 2003, Flacking et al descreveram a incidência de AM numa coorte de RNBP. Acompanharam por 6 meses os lactentes e no momento da alta hospitalar, 93% deles estavam em AME<sup>40</sup>. Os países nórdicos possuem tradição em AM, com as melhores taxas de aleitamento em todo o mundo.



Em nosso meio, do Nascimento e Issler (2005) em Santa Catarina já haviam encontrado resultado semelhante. Analisando uma amostra de 244 prematuros, composta por 48% de pretermos tardios, encontraram taxa de AME de 94,6%. Crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança mantenedor de Banco de Leite Humano<sup>41</sup>.

Maia et al (2011) estudaram população semelhante a este estudo, no Rio Grande do Norte, para identificar os fatores associados ao desmame entre RNMBP, egressos de Maternidade credenciada como Hospital Amigo da Criança e que utiliza o Método Canguru como modelo de assistência neonatal. De 119 RNMBP, apenas 88 procuraram o ambulatório e destes, 22 (25%) encontravam-se em AME. Nos grupos de RNMBP é comum a permanência na UTI atrapalhar o estabelecimento do AME<sup>42</sup>.

De Oliveira e Vannuchi (2007) estudaram os padrões de AM entre prematuros durante os primeiros 6 meses de vida, na cidade de Londrina, no Paraná. Embora todos os prematuros recebessem leite humano enquanto hospitalizados (maternidade Hospital Amigo da Criança, de serviço universitário com banco de leite), apenas 31% receberam alta em AME<sup>43</sup>.

Em Ribeirão Preto, Junior WS e Martinez FR (2007) avaliando o impacto de um modelo de incentivo ao aleitamento materno baseado no apoio e orientação de mães de RNMBP<sup>44</sup>, encontraram uma taxa de desmame no momento da alta, de 61,1% no grupo controle, enquanto o grupo intervenção (que recebeu apoio e orientação) obteve taxa de desmame de 19,5%.

Em Manaus, Colares e cols. analisaram a evolução ponderal de um grupo de prematuros com peso variável de 1600g a 2500g. No grupo de AME a média de ganho ponderal por dia durante o acompanhamento na terceira etapa foi de 33,7g mais ou menos 19,6g por dia, enquanto o grupo de AMC apresentou ganho ponderal diário médio de 38,9g, mais ou menos 6,6g por dia<sup>45</sup>. Estes dados estão de acordo com a literatura, que tem demonstrado que RNs ganham peso mais rapidamente quando estão em uso de fórmula infantil.





Esta é uma limitação de nosso estudo, que não levantou este importante dado, ainda que não fosse seu objetivo principal.

Hallowell e cols. (2016) estudaram os fatores associados ao uso de leite humano à alta da uti neonatal. Analisaram dados de uma amostra nacional nos EUA, onde 97 UTIs estavam representadas. Dos 6997 RNMBP, apenas 6% receberam alta em AME; 52% receberam alta fazendo uso exclusivo de fórmula infantil<sup>46</sup>. Estes dados, quase opostos aos desta pesquisa, podem demonstrar a importância de algumas políticas públicas de AM (muito presentes no Brasil) no impacto das taxas de AME neste grupo de neonatos. Por exemplo, enquanto a Rede Brasileira de Bancos de leite humano conta com mais de 200 unidades, distribuídas por todo país, nos EUA constam apenas 18 no site de sua rede de bancos de leite.

Neste cenário de dificuldades, Braga et al (2008) investigando percepções e vivências das mães de RNPT que amamentaram, concluíram que cada mãe vivencia o aleitamento materno exclusivo de maneira singular; realizá-lo é possível, mas é um desafio para muitas mães, implicando suporte da família, da rede social de apoio e dos profissionais de saúde<sup>47</sup>. Ainda numa análise qualitativa, Abreu et al (2015) destacaram que as mães se sentem responsáveis pela alimentação de seus filhos prematuros, mas o fazem na forma de Aleitamento Misto, dada a insegurança e incerteza da suficiência do leite materno<sup>48</sup>.

Os trabalhos acima citados e este estudo apresentaram dados em unidades com programas de apoio a amamentação já implantados na instituição. Contudo, isto ainda é uma exceção. Práticas hospitalares que não permitem a presença dos pais a beira do leito, a permanência da mãe na maternidade, conforme seu desejo, ainda são muito frequentes e devem ser proscritas.

Rollins et al, em recente publicação<sup>49</sup> fizeram uma revisão sistemática de estudos para identificar os determinantes do aleitamento. Como já se sabia, confirmou-se que tais determinantes operam em vários níveis e afetam a



decisão da mulher amamentar ao longo do tempo na sociedade. Num primeiro plano, questões sociais e culturais, atreladas a fatores mercadológicos e financeiros moldam o contexto estrutural do aleitamento. Em outro nível, os profissionais de saúde, a comunidade, os vizinhos e familiares, bem como o apoio a amamentação no ambiente de trabalho, podem interferir sobremaneira na decisão da mãe amamentar. E por fim, na esfera individual, o estilo de vida da mulher, sua personalidade, sua interação com seu filho, as características do RN (prematureo, baixo peso, etc.) entre outros aspectos, acabam por determinar o sucesso do AME ou o desmame precoce.

Neste ponto, destaca-se a importância da implantação do MC na unidade neonatal. Estudos demonstraram que seu efeito positivo sobre a duração do AM é ainda maior entre os prematuros menores e mais vulneráveis<sup>50</sup>.

A Rede Brasileira de Pesquisa Neonatal recomenda claramente que os serviços instituem programas de estímulo ao aleitamento materno do prematuro, visando aumentar as taxas de crianças tendo alta em aleitamento materno exclusivo.

## CONCLUSÃO

Apesar de recém-nascidos de baixo peso apresentarem risco elevado de desmame precoce, constatou-se na amostra uma alta frequência de aleitamento materno exclusivo à alta, mesmo entre os RNMBP. O método canguru, o Hospital Amigo da Criança, a atuação do Banco de Leite Humano, o cumprimento da NBCAL, a valorização da equipe multidisciplinar, composta inclusive por consultor internacional em lactação, são estratégias que



associadas a abordagem clínica com aconselhamento, têm permitido o manejo das dificuldades da amamentação com sucesso, reduzindo o desmame neste grupo de neonatos.

### **CONFLITOS DE INTERESSE**

Os autores deste artigo declaram não haver qualquer conflito de interesses na elaboração ou no resultado desta pesquisa.

### **AGRADECIMENTOS**

O empenho dos técnicos de enfermagem Jumara Carioca Pereira e Alexandre Lima da Silva, bem como da Assistente Social Gracilene Costa da Silva, em organizar os prontuários e os dados de cada paciente, viabilizou a realização deste artigo. A eles, nossa gratidão.

### **REFERÊNCIAS**

1. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru: manual técnico. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2ed. Brasília, 2013.
2. Imdad A, Bhutta ZA. Nutritional management of the low birth weight/preterm infant in community settings: a perspective from the developing world. *J Pediatr*, 162(3 Suppl):S107-14; 2013.
3. do Nascimento MB, Issler H. Breastfeeding the premature infant: experience of a baby-friendly hospital in Brazil. *J Hum Lact*, 21(1):47-52; 2005.
4. American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Policy Statement: breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 129(3): e827-e841; 2012.
5. World Health Organization (2011). Guidelines on optimal feeding of low birth-weight infants in low- and middle-income countries. Disponível em: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/infant\\_feeding\\_low\\_bw/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/infant_feeding_low_bw/en/). Acessado em 16.05.2015.



6. Menezes MA, Garcia DC, Melo EV, Cipolotti R. Preterm newborns at Kangaroo Mother Care: a cohort follow-up from birth to six months. *Rev Paul Pediatr*, 32(2);171-7; 2014.
7. Åkerström, S., Asplund, I., Norman, M. Successful breastfeeding after discharge of preterm and sick newborn infants. *Acta Pædiatrica*, 96(10), pp.1450-1454, 2007.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2ed. Brasília, 2014.
9. Lansky S et al. Mortalidade Neonatal e Avaliação da Assistência Materno-Infantil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30 Sup: S192-S207, 2014.
10. Unicef Brasil (2013) Victora, C. et al. Pesquisa para estimar a prevalência de nascimentos pré-termo no Brasil e explorar possíveis causas. Disponível em; [http://www.unicef.org/brazil/pt/media\\_25849.htm](http://www.unicef.org/brazil/pt/media_25849.htm). Acessado em 26.02.16.
11. World Health Organization (2015) Fact sheet Nu363, Preterm birth. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>. Acessado em 20.02.2016.
12. Lamy ZC, Gomes MASM, Gianini NOM, Henning MAS. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru: a proposta brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 659-668, 2005.
13. Conde-Agudelo A, Díaz-Rossello JL. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014.
14. LAMY-FILHO, F. et al. Grupo de Avaliação do Método Canguru: Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais: avaliação dos resultados neonatais do Método Canguru no Brasil. *J Pediatr (Rio J)*, 84(5):428-435; 2008.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de Orientações para o Método Canguru na Atenção Básica: cuidado compartilhado. No prelo.
16. Boundy EO, Dastjerdi R, Spielman D, Fawzi WW, Missmer SA, Lieberman E et al. Kangaroo Mother Care and Neonatal Outcomes: A Meta-analysis. *Pediatrics*, 137(1); 2016.
17. Horta BL, Victora CG. Short-term effects of breastfeeding: a systematic review of the benefits of breastfeeding on diarrhoea and pneumonia mortality. Geneva: World Health Organization, 2013.



18. Horta BL, de Mola CL, Victora CG. Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure, and type-2 diabetes: systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr Suppl*, 104: 30–37; 2015.
19. Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, et al. Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr Suppl*, 104: 96–113; 2015.
20. Sharp, M et al. Improvement in Long-Term Breastfeeding for Very Preterm Infants. *Breastfeeding Medicine*, Vol.10(3), p.145(5), 2015.
21. Horta BL, de Mola CL, Victora CG. Breastfeeding and intelligence: systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr Suppl*, 104: 14–19; 2015.
22. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6-8 november. Washington, D. C., 2008. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596664\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596664_eng.pdf). Acessado em: 27.02.2016.
23. Brasil. Ministério da Saúde. A Saúde do Recém-nascido no Brasil. In: Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2ed. Brasília, 2014.
24. OMS. Unicef. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 3: promovendo e incentivando a amamentação em um Hospital Amigo da Criança: curso de 20 horas para equipes de maternidade – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
25. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Banco de leite humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Anvisa, 2008.
26. Abdallah VOS, Ferreira DMLM. Uso do colostro na alimentação de recém-nascido pré-termo: vantagens e dificuldades. In: Sociedade Brasileira de Pediatria; Procianoy RS, Leone CR, organizadores. PRORN Programa de Atualização em Neonatologia: Ciclo 13. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2015. p. 9-27. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 1).
27. Guilherme JP. Colostroterapia. In: Aleitamento Materno. Editor Jose Dias Rego. 3ª ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2015
28. ESPGHAN Committee on Nutrition, Arslanoglu S et al. Donor human milk



for preterm infants: current evidence and research directions. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 57(4):535-42; 2013.

29. Mangel L, Ovental A, Batscha N, Arnon M, Yarkoni I, Dollberg S. Higher Fat Content in Breastmilk Expressed Manually: A Randomized Trial. *Breastfeed Med*, 10(7):352-4; 2015.

30. Alonso-Díaz C, Utrera-Torres I, de Alba-Romero C, Flores-Antón B, López-Maestro M, Lora-Pablos D, Pallás-Alonso CR. Feeding practices with human milk in newborns less than 1.500 g or less than 32 weeks. *An Pediatr (Barc)*. 2015.

31. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru: manual técnico. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2ed. Brasília, 2013.

32. Nyqvist KH. Lack of Knowledge persists about Early Breastfeeding Competence in Preterm Infants. *Journal of Human Lactation*, 29(3) 296-299; 2013.

33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. A legislação e o marketing de produtos que interferem na amamentação: um guia para o profissional de saúde – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

34. Fujinaga CI, Moraes AS, Zamberlan-Amorim NE, Castral TC, Silva AA, Scochi CGS. Validação clínica do Instrumento de Avaliação da Prontidão do Prematuro para Início da Alimentação Oral. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. Jan-fev. 2013 [acesso em: 31.01.2016];21(spec):[06 telas]. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/52936/56930>

35. Yilmaz G, Caylan N, Karacan CD, Bodur İ, Gokcay G. Effect of cup feeding and bottle feeding on breastfeeding in late preterm infants: a randomized controlled study. *J Hum Lact*, 30(2):174-9; 2014.

36. de Aquino RR, MSc, Osório MM. Relactation, Translactation, and Breast-Orogastric Tube as Transition Methods in Feeding Preterm Babies. *J Hum Lact* 25(4), 2009.

37. Davanzo R, Strajn T, Kennedy J, Crocetta A, De Cunto A. From Tube to Breast: The Bridging Role of Semi-demand Breastfeeding. *Journal of Human*



Lactation, 30(4) 405 –409; 2014.

38. OMS. Unicef. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 3: promovendo e incentivando a amamentação em um Hospital Amigo da Criança: curso de 20 horas para equipes de maternidade – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

39. Ghavane S, Murki S, Subramanian S, Gaddam P, Kandraj H, Thumalla S. Kangaroo Mother Care in Kangaroo ward for improving the growth and breastfeeding outcomes when reaching term gestational age in very low birth weight infants. *Acta Paediatr*, 101(12); 2012.

40. Flacking R, Nyqvist KH, Ewald U, Wallin L. Long-term Duration of Breastfeeding in Swedish Low Birth Weight Infants. *J Human Lact* 19(2), 2003.

41. do Nascimento MB, Issler H. Breastfeeding the premature infant: experience of a baby-friendly hospital in Brazil. *J Hum Lact*, 21(1):47-52; 2005.

42. Maia C, Brandão R, Roncalli A, Maranhão H. Length of stay in a neonatal intensive care unit and its association with low rates of exclusive breastfeeding in very low birth weight infants. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 24(6):774-7; 2011.

43. de Oliveira MMB, Thomson Z, Vannuchi MT, Matsuo T. Feeding patterns of Brazilian preterm infants during the first 6 months of life, Londrina, Parana, Brazil. *J Hum Lact*, 23(3):269-74; 2007.

44. Junior WS, Martinez FE. Impacto de uma intervenção pró-aleitamento nas taxas de amamentação de recém-nascidos de muito baixo peso. *J Pediatr (Rio J)*, 83(6):541-546; 2007.

45. Colares LF, Ferreira RD, de Melo AS, Barros PS, Vasques KSA, Taveira ATA. Evolução ponderal dos recém-nascidos prematuros acompanhados na Terceira etapa do método canguru na Maternidade Cidade Nova Dona Nazira Daou. *Amazonia Health Science Journal*, 1:38-55; 2015.

46. Hallowell SG, Rogowski JA, Spatz DL, Hanlon AL, Kenny M, Lake ET. Factors associated with infant feeding of human milk at discharge from neonatal intensive care: Cross-sectional analysis of nurse survey and infant outcomes data. *Int J Nurs Stud*, 53:190-203; 2016.



47. Braga DF, Machado MMT, Bosi MLM. Amamentação exclusiva de recém-nascidos prematuros: percepções e experiências de lactantes usuárias de um serviço público especializado. *Rev. Nutr*, 21(3):293-302; 2008.

48. de Abreu FCP, Marski BSL, Custódio N, Carvalho SC, Wernet M. Breastfeeding preterm infants at home. *Texto Contexto Enferm*, 24(4):968-75; 2015.

49. Rollins NC et al. Lancet Breastfeeding Series: Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices in less than a generation. *Lancet*, 387: 491–504; 2016.

50. Flacking R, Ewald U, Wallin L. Positive Effect of Kangaroo Mother Care on Long-Term Breastfeeding in Very Preterm Infants. *JOGNN*, 40, 190-197; 2011.