



MONITORAMENTO INTERNO DO ALEITAMENTO MATERNO EM UMA UNIDADE NEONATAL CANGURU

MONITORING OF BREASTFEEDING DATA IN KANGAROO NEONATAL UNIT

(Ana Maria Cavalcante Melo, Ana Cristina da Silva Macena, Maria Luzineide
Bizarria Pinto, Andréa Vanessa da Cunha Lima)

Resumo: O Método Canguru no Brasil é baseado no contato pele a pele, suporte assistencial ao binômio mãe-bebê e, principalmente, nas ações de incentivo ao aleitamento materno para as crianças de baixo peso. Portanto é de primordial importância que as taxas de aleitamento materno sejam monitoradas como um índice avaliativo do referido método. Este estudo buscou apresentar as taxas de aleitamento materno exclusivo, aleitamento materno misto e uso de fórmula láctea no momento da alta hospitalar na Unidade de Cuidados Intermediários Canguru e razões para o uso de fórmula láctea. Trata-se de um estudo transversal, descritivo e retrospectivo através dos prontuários eletrônicos de 398 dos 401 recém-nascidos admitidos na unidade desde a sua implantação em agosto de 2015 até julho de 2019. Os dados foram estudados ano a ano, pautando as intervenções em tal unidade. Como resultados verificamos: primeiro ano com taxa de Aleitamento exclusivo, misto e fórmula de 62%, 32%, 6%; segundo ano 71%, 24%, 5%; terceiro ano 87%, 9%, 4%; e quarto ano 81%, 12%, 7%, respectivamente. As principais causas de desmame foram a displasia broncopulmonar e gemelaridade, no recém-nascido, enquanto nas causas maternas tivemos: doenças crônicas (diabetes, hipertensão, transplante renal e câncer) e morte materna. Concluiu-se que se faz necessário manter a vigilância epidemiológica do aleitamento materno para identificação de fatores que possam interferir na amamentação, realinhamento de condutas e educação permanente a partir da etapa I para que não haja retrocessos na taxa de amamentação na Unidade Neonatal. Importante alertar para a atenção à saúde da mulher, principal fator de desmame na Unidade Canguru na atualidade.

Palavras-Chave: Método canguru; Aleitamento materno; Monitoramento do método canguru.

Abstract: The Kangaroo Method in Brazil is based on skin-to-skin contact, care support to the mother-baby binomial and, mainly, on actions to encourage breastfeeding for low weight children. Therefore, it is of paramount importance that breastfeeding rates be monitored as an evaluative index of this method. This study aimed to present the rates of exclusive breastfeeding, mixed breastfeeding and use of milk formula at the time of hospital discharge at the Kangaroo Intermediate Care Unit and reasons for using milk formula. This is a cross-sectional, descriptive and retrospective study using the electronic medical records of 398 of the 401 newborns admitted to the unit since its implementation in August 2015 until July 2019. The data were studied year by year, guiding the interventions in such a unit. As results we verified: first year with exclusive breastfeeding rate, mixed and formula of 62%, 32%, 6%; second year 71%, 24%, 5%; third year 87%, 9%, 4%; and fourth year 81%, 12%, 7%, respectively. The main causes of weaning were GEPNEWS, Maceió, a.4, v.2, n.2, p.127-135, abr./jun. 2020



bronchopulmonary dysplasia and twin pregnancy in the newborn, while in maternal causes we had chronic diseases (diabetes, hypertension, kidney transplantation and cancer) and maternal death. It was concluded that it is necessary to maintain the epidemiological surveillance of breastfeeding to identify factors that may interfere with breastfeeding, conduct realignment and continuing education from stage I so that there is no setback in breastfeeding rate in the Neonatal Unit. It is important to alert to the attention to women's health, the main weaning factor in the Kangaroo Unit today.

Keywords: Kangaroo method; Breastfeeding; Kangaroo method monitoring.

INTRODUÇÃO

O método mãe canguru foi implantado de forma pioneira em 1979, frente a uma situação crítica de falta de condições para cuidados neonatais intensivos na Colômbia. Era um programa domiciliar baseado nos princípios de alta precoce independentemente do peso, desde que o bebê apresentasse condições clínicas estáveis; não utilização de fórmulas infantis, e sim leite materno; incentivo ao contato pele a pele entre mãe e bebê, este em posição vertical; acompanhamento ambulatorial para monitorar o crescimento e desenvolvimento. Apesar de inicialmente concebido para países com recursos limitados, este método tem se expandido pelo mundo pelas vantagens biológicas, sociais e psicoafetivas, pela percepção do estado de saúde da criança que proporciona à mãe, e pela indiscutível contribuição à prática do aleitamento materno (BRASIL, 2017).

No contexto brasileiro, os primeiros serviços que utilizaram o método foram o Hospital Guilherme Álvaro, em Santos, em 1992, e o Instituto Materno-Infantil de Pernambuco (IMIP), em 1993. A partir de 1997, quando o modelo adotado pelo IMIP foi reconhecido pela Fundação Getúlio Vargas na premiação 'Gestão Pública e Cidadania', houve uma considerável divulgação do método no Brasil, o que contribuiu para sua definição como política pública com interesse na postura de humanização na assistência prestada. Com o passar do tempo o nome 'método mãe canguru' foi modificado para 'método canguru' (MC) pelo fato de ser melhor compreendido como um espaço para intervenções não só às mães acompanhantes e seus bebês, mas também aos seus familiares, possibilitando a

GEPNEWS, Maceió, a.4, v.2, n.2, p.127-135, abr./jun. 2020



participação do cuidado junto a um grupo de assistência multidisciplinar e interprofissional (MELO, 2009).

O Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA) teve uma trajetória de sensibilização, cursos e treinamentos a partir do ano 2000 pelo IMIP em convênio com o Ministério da Saúde (MS) e, a partir de agosto de 2015, teve a etapa II implantada (UCI-Canguru, UCINCa) para dar seguimento aos cuidados iniciados na sala de parto, UTI-Neonatal e UCI-Convencional às crianças de baixo peso ao nascer. Uma vez de alta hospitalar, os bebês são seguidos na etapa III Canguru até o peso de 2500 g, completando o ciclo de cuidados recomendados pelo MS. Convém assinalar que a presença da Maternidade Escola Santa Mônica no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA) devido a reformas em suas instalações foi decisiva para a implementação do MC, pois além de colaboradora nos cursos de sensibilização, deixou a UCINCa funcionando.

A partir das primeiras internações, a equipe sentiu necessidade de monitorar as taxas de aleitamento materno e melhor visualizar os pontos críticos de uso de fórmula láctea no momento da alta hospitalar, para alinhamento de condutas e intervenções em tempo, assim direcionando ações de incentivo, apoio e proteção ao aleitamento materno com maior eficácia.

O presente estudo, portanto, tem o objetivo de apresentar a experiência de monitoramento das taxas de aleitamento materno exclusivo (AME), misto (AMM) e uso de fórmula láctea (FL) no momento da alta hospitalar e os fatores que motivaram a não amamentação exclusiva.

DESENVOLVIMENTO

Materiais e métodos

Trata-se de um estudo observacional, descritivo e retrospectivo, realizado com 398 dos 401 recém-nascidos internados desde a implantação da etapa II na



UCINCa, em agosto de 2015, até julho de 2019. A exclusão de três recém-nascidos se deveu a falta de dados.

O estudo foi realizado na UCINCa do HUPAA, que comporta uma maternidade de 64 leitos de Alojamento Conjunto, e os anexos UTI-Neo com 16 leitos, UCI-Neo com 5 leitos e UCINCa com 5 leitos para binômios mães-bebês.

Primeiramente realizou-se uma planilha no programa *Microsoft Excel* com os mapas de admissão e alta dos recém-nascidos, ao final de cada ano da implantação da UCINCa. Depois, os dados necessários eram localizados nos prontuários eletrônicos, nas evoluções médicas e de enfermagem. A partir dessas planilhas foram calculadas as taxas de AME, AMM e uso de FL no momento da alta. Os motivos da prescrição de fórmulas foram coletados nos respectivos prontuários que também serviram para observação das intervenções da equipe multiprofissional. Os fatores foram codificados como ligados a condições maternas e do recém-nascido, diabetes materno, hipertensão, transplante renal, HIV-AIDS, depressão materna, câncer, doença autoimune e resistência em amamentar, displasia broncopulmonar, gemelaridade, e crise convulsiva.

Considerações éticas

Não houve necessidade de termo de consentimento livre e esclarecido por se tratar de uma revisão de prontuários clínicos, sem divulgação de dados pessoais ou qualquer fator de exposição do público alvo.

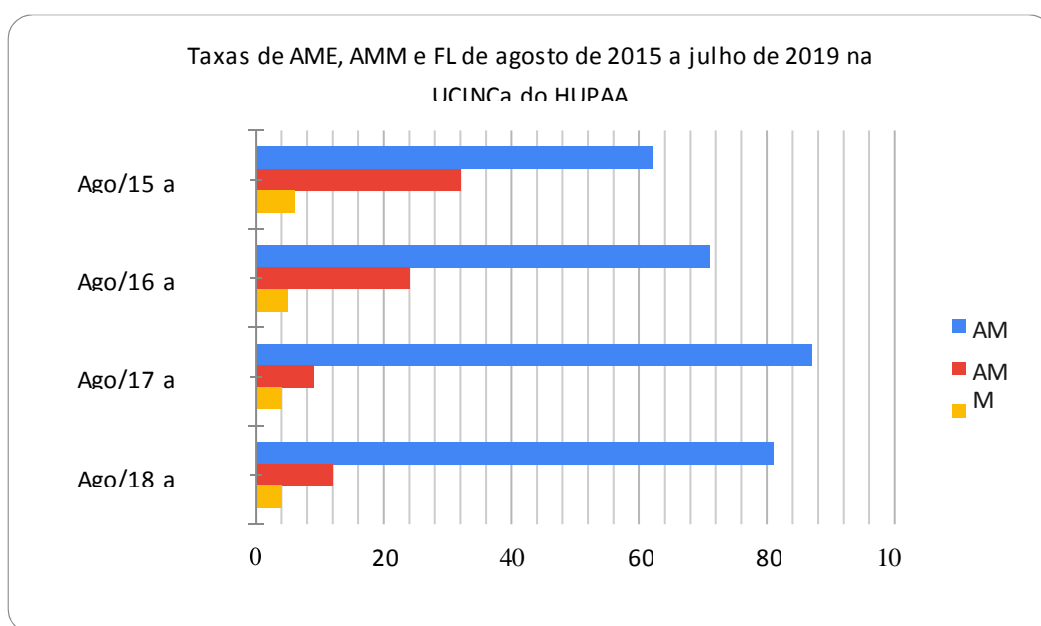
Resultados

Verificou-se no primeiro ano uma taxa de AME, AMM e FL de 62%, 32%, 6%; no segundo ano 71%, 24%, 5%; no terceiro ano 87%, 9%, 4%; e no quarto ano 81%, 12%, 7%, respectivamente. As principais causas de desmame foram ligadas a causas maternas: doenças crônicas (diabetes – 17,6%, Hipertensão arterial- 11,9% tabagismo



– 5,9%, insuficiência renal 2,9%, HIV-AIDS – 2,9%, doença autoimune- 1,45%, câncer- 1,45%, depressão- 5,9%), como também resistência em amamentar- 11,9% e morte materna -1,45%. As causas decorrentes de limitações do neonato foram a displasia broncopulmonar -17,6%; gemelaridade 17,6% e crise convulsiva- 1,45%. Segue abaixo a análise gráfica de tais resultados.

Gráfico 1 - Taxas de AME, AMM e FL



Quadro 1 - Fatores para uso da fórmula láctea no momento da alta hospitalar

FATORES PARA USO DA FÓRMULA LÁCTEA NO MOMENTO DA ALTA HOSPITALAR							
MATERNOS							
Diabetes	HAS	Tabagismo	IRC	HIV-AIDS	Doença autoimune	Câncer	Depressão
17,6%	11,9%	5,9%	2,9%	2,9%	1,5%	1,5%	5,9%
NEONATAIS							
DBP		Gemelaridade		Crise convulsiva			
17,60%		17,60%		1,45%			

Discussão

O AME sofre variações significantes em suas taxas de acordo com o local e as carecterísticas socioeconômicas e culturais da população estudada, uma vez



que elas têm influenciado a lactante, determinando se e por quanto tempo vai amamentar (VICTORA, 2016).

No caso de prematuros há divergências na literatura quanto ao sucesso do AME, porque quando o investimento no binômio mãe-bebê é maior, essa taxa é maior até nos bebês nascidos a termo (BRASIL, 2017; JAVORSKI, 1997).

O AME no momento da alta hospitalar variou entre 76,2% e 84,4% em outras unidades do país (SILVA, 2013), porém é preciso considerar o peso ao nascimento, o tempo de permanência na Etapa I e as condições de saúde materna e dos prematuros para estabelecer metas para aleitamento materno na UCINCa.

No caso do presente estudo, as taxas de AME foram ascendentes até o terceiro ano de implantação da UCINCa, provavelmente pelo aprimoramento do trabalho interdisciplinar e interprofissional registrado nas evoluções dos prontuários. O declínio observado no quarto ano pode ser explicado por um óbito materno e pela admissão de duas puérperas com HIV-AIDS que aceitaram permanecer na Ucinca para outros motivos que não amamentar.

Vários estudos têm documentado que a presença de um cônjuge, a escolaridade e o desejo de amamentar são fatores de proteção para o AM. Porém a falta de apoio familiar ou social, privação de sono e o estresse podem contribuir para interromper a amamentação (CARREIRO, 2018), o que foi também observado durante a leitura dos prontuários eletrônicos.

A presença de mães acompanhantes com doenças crônicas como diabetes, hipertensão, insuficiência renal, HIV-AIDS, tabagismo, depressão, doença autoimune e câncer é esperada por ser a Maternidade do HUPAA um serviço hospitalar de Alagoas de referência para maior complexidade e risco para gestantes. Nesses casos, o estado clínico dessas mães e uso de medicamentos podem ser obstáculos para o AM, e uma melhor visualização da saúde da mulher em idade fértil em Alagoas seria importante no contexto da saúde pública.

As dificuldades relacionadas a ingurgitamento mamário, lesão mamilar, noção de leite fraco não constaram no estudo, talvez porque a população



estudada foi atendida por uma equipe técnica especializada, não chegando a ser impasse para a amamentação.

Quanto à resistência em amamentar, muitas vezes as mulheres se sentem pressionadas, apresentam dificuldades de expor os vários motivos que as levam a não querer amamentar. A amamentação é uma escolha individual influenciada pela cultura, sociedade e condições de vida da mulher (CARANDINA, 2006). No caso dessa pesquisa, o percentual significativo (11,6%) de mulheres resistentes à amamentação demonstra a necessidade de serem melhor compreendidas para intervenção mais efetiva e mudança de comportamento.

A displasia broncopulmonar é um agravo pulmonar de crianças com muito baixo peso ao nascer que interfere no padrão de sucção e requer uma transição mais demorada para dieta oral plena do prematuro. Isso requer um trabalho maior do fonoaudiólogo e persistência da equipe para suporte materno (EVANGELISTA, 2009). Na UCINCa do HUPAA foi importante causa de uso de AMM, o que pode abreviar o tempo final de AM. Tal observação requer intervenções para uso de medidas preventivas de menor tempo uso de ventilação mecânica pelos prematuros, como também a extração de leite pela mãe para que mantenha a lactação enquanto não é possível amamentar no seio.

Uma outra circunstância que contribuiu para a alta hospitalar dos bebês da UCINCa sem AME foi a gemelaridade. Cuidar de mais de uma criança, falta de suporte familiar e apoio social, privação de sono e o estresse podem levar à interrupção da amamentação. Não há dados que demonstrem especificamente as taxas de aleitamento materno exclusivo em gêmeos no Brasil, com algumas referências de 22,6% (MIKAMI, 2018). Há necessidade de aumentar as taxas de aleitamento materno em nascimentos múltiplos e mais estudos na área.

Quanto a ocorrência convulsiva, a sonolência causada pelo tratamento ou a própria injúria cerebral podem limitar a busca pelo seio materno e assim dificultar o AM. É possível ajustar a dose mínima possível eficaz dos medicamentos e



intervenção precoce com terapia ocupacional para minimizar as limitações neuropsicomotoras e favorecer o AM.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A constatação da importância de fatores maternos influenciando uma menor taxa de aleitamento materno poderá ajudar os profissionais e gestores de saúde a compreender a realidade social materna e identificar as ações de saúde que necessitam ser incorporadas à saúde da mulher, como aquelas ligadas a prevenção de agravos crônicos, planejamento familiar e saúde mental.

Quanto aos recém-nascidos prematuros, sua maior vulnerabilidade diante do agravo de displasia broncopulmonar merece a atenção dos profissionais da etapa I quanto a intervenções respiratórias gentis e tempo de uso de oxigênio. Isso vai contribuir para o incremento de seu desenvolvimento como um todo, além de facilitar a manutenção do aleitamento materno exclusivo.

Em relação à equipe profissional da UCINCa, é necessário que mantenha persistência e o monitoramento das taxas de AM, prática que, junto a suporte para contato pele a pele, estreitamentos de vínculo e autoeficácia materna nos cuidados, contribui para melhores condições de crescimento e desenvolvimento da criança de baixo peso.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso**. Método Canguru. 2017. p. 180.

CARANDINA, L. Aleitamento Materno: fatores de influência na sua decisão e duração. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 19, n. 5, 2006.

CARREIRO, J. C.; FRANCISCO, A. A. Dificuldades relacionadas ao aleitamento materno: análise de um serviço especializado em amamentação. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo. p. 430-438.

GEPNEWS, Maceió, a.4, v.2, n.2, p.127-135, abr./jun. 2020

