

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Impacto do Método Canguru na autoeficácia da amamentação e nas taxas de aleitamento materno exclusivo pós-alta hospitalar em recém-nascidos de baixo peso

RAYANY CRISTINA DE SOUZA

UBERLÂNDIA, MG

2021

RAYANY CRISTINA DE SOUZA

Impacto do Método Canguru na autoeficácia da amamentação e nas taxas de aleitamento materno exclusivo pós-alta hospitalar em recém-nascidos de baixo peso

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito para obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de Concentração: Ciências da Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Vivian Mara Gonçalves de Oliveira Azevedo

Coorientadora: Profa. Dra. Paula Carolina Bejo Wolkers

UBERLÂNDIA, MG

2021

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

S729 2021	<p>Souza, Rayany Cristina de, 1994- Impacto do Método Canguru na autoeficácia da amamentação e nas taxas de aleitamento materno exclusivo pós-alta hospitalar em recém-nascidos de baixo peso [recurso eletrônico] / Rayany Cristina de Souza. - 2021.</p> <p>Orientadora: Vivian Mara Gonçalves de Oliveira Azevedo. Coorientadora: Paula Carolina Bejo Wolkers. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia, Pós-graduação em Ciências da Saúde. Modo de acesso: Internet. Disponível em: http://doi.org/10.14393/ufu.di.2021.138 Inclui bibliografia. Inclui ilustrações.</p> <p>1. Ciências médicas. I. Azevedo, Vivian Mara Gonçalves de Oliveira, 1981-, (Orient.). II. Wolkers, Paula Carolina Bejo, 1983-, (Coorient.). III. Universidade Federal de Uberlândia. Pós-graduação em Ciências da Saúde. IV. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDU: 61</p>
--------------	--

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:

Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

Secretaria da Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
 Av. Pará, 1720, Bloco 2H, Sala 09 - Bairro Umuarama, Uberlândia-MG, CEP 38400-902
 Telefone: 34 3225-8604 - www.ppcsafamed.ufu.br - copme@ufu.br



ATA DE DEFESA - PÓS-GRADUAÇÃO

Programa de Pós-Graduação em:	Ciências da Saúde				
Defesa de:	Dissertação de Mestrado Profissional nº 01/2021 do PPCSA				
Data:	25 de fevereiro de 2021	Hora de início:	14:00	Hora de encerramento:	16:30
Matrícula do Discente:	11912PSC015				
Nome do Discente:	Rayany Cristina de Souza				
Título do Trabalho:	Impacto do Método Canguru na autoeficácia da amamentação e nas taxas de aleitamento materno exclusivo pós-alta hospitalar em recém-nascidos de baixo peso				
Área de concentração:	Ciências da Saúde				
Linha de pesquisa:	Promoção da Saúde				
Projeto de Pesquisa de vinculação:	Epidemiologia clínica das afecções do neonato				

Reuniu-se, via webconferência, na sala virtual do PPCSA na plataforma MConf/RNP, da Universidade Federal de Uberlândia, em conformidade com a Portaria nº 36, de 19 de março de 2020, da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, assim composta: Professores Doutores: Catarina Machado Azeredo - FAMED/UFU; Sérgio Tadeu Martins Marba - FCM/UNICAMP; e Vivian Mara Gonçalves de Oliveira Azevedo - FAEFI/UFU, orientadora da candidata.

Iniciando os trabalhos a presidente da mesa, Dra. Vivian Mara Gonçalves de Oliveira Azevedo, apresentou a Comissão Examinadora e a candidata, agradeceu a presença do público, e concedeu à Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação da Discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir o senhor(a) presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(às) examinadores(as), que passaram a arguir o(a) candidato(a). Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando o(a) candidato(a):

Aprovada.

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre.

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Vivian Mara Gonçalves de Oliveira Azevedo, Presidente**, em 25/02/2021, às 16:36, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Catarina Machado Azeredo, Professor(a) do Magistério Superior**, em 25/02/2021, às 16:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **SERGIO TADEU MARTINS MARBA, Usuário Externo**, em 25/02/2021, às 16:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **2578117** e o código CRC **C27A2C22**.

*À minha mãe e ao irmão pelo apoio e dedicação à
minha formação pessoal e profissional.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter abençoado minha trajetória com uma família amorosa e bons amigos.

À minha família, pelo apoio incondicional, dedicação e carinho. Em especial à minha mãe Dorvalina, e ao meu irmão Nelson, pelo exemplo de força e determinação.

Ao meu companheiro Neto, pelo incentivo e atenção, por me ouvir e apoiar nessa caminhada.

À professora Dra. Vivian Azevedo que me acolheu como aluna, me orientou e incentivou em todos os momentos ao longo desses mais de dois anos de estudos e pesquisa, agradeço pelos ensinamentos e confiança. Sua colaboração foi fundamental para meu crescimento pessoal e profissional.

Aos professores Dra. Ana Elisa Rinaldi, Dr. Leandro Alves, Dra. Paula Carolina Wolkers e Dra. Daniela Marques pela parceria no desenvolvimento do trabalho.

À equipe dos grupos de estudos e pesquisa em Neonatologia e Saúde Materno Infantil, com os quais tive a oportunidade de conviver e aprender, pelo incentivo aos estudos e aprendizado.

À equipe envolvida no desenvolvimento do “Projeto Canguru”, em especial a Rejane Romão, Eliziane Medeiros, Stéfane Justino, Karolinne Ribeiro, Mariana Rosa, Nayane Felix, Yasmine Landi e Larissa Mariano que caminharam lado a lado nessa jornada.

À equipe do serviço de Neonatologia, Ambulatório de Pediatria e Arquivo institucional por estarem sempre dispostos a contribuir com a ciência.

Às mães e seus pequenos guerreiros, por contribuírem com dados valiosos, serem exemplo de superação e resiliência.

Às minhas amigas e confidentes Débora Santana, Débora Garcia e Ana Carolina Botelho que compartilharam comigo os amores e as dores de ser residente.

Ao meu querido amigo Kássio Cunha, que se tornou parte da minha família e foi tão importante durante a graduação e a pós-graduação, obrigada por estar sempre disposto a ajudar e partilhar as angústias.

Aos colegas e professores do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, em especial ao curso de Mestrado Profissional Associado à Residência em Saúde, pelos ensinamentos e acolhida.

A todos aqueles que não foram citados, mas que de alguma forma contribuíram para a realização deste projeto, meus sinceros agradecimentos.

RESUMO

Introdução: O nascimento prematuro ou de baixo peso pode resultar em menores taxas de sucesso do aleitamento materno. A imaturidade fisiológica e práticas hospitalares prejudiciais são causas comuns desse insucesso. Evidências demonstram que fatores psicossociais, como a motivação e a crença da nutriz em amamentar são determinantes para que esta possa vencer os desafios, e a autoeficácia da amamentação pode atuar como fator de proteção. Uma estratégia de intervenção biopsicossocial é o Método Canguru, um modelo de assistência neonatal destinado à qualificação e humanização do cuidado ao recém-nascido de baixo peso e sua família desenvolvido em três etapas. **Objetivo:** Comparar a autoeficácia da amamentação e a taxa de aleitamento materno exclusivo entre mães de recém-nascidos de baixo peso que participaram das três etapas do Método Canguru, com aqueles que participaram somente da primeira etapa, pós-alta hospitalar. **Método:** Coorte prospectiva, realizada na Unidade Neonatal de um hospital universitário brasileiro entre setembro de 2018 e março de 2020. A amostra foi composta por 114 recém-nascidos com peso ≤ 1800 gramas e suas mães. Estes, foram divididos em dois grupos: aqueles que passaram por todas as etapas do Método Canguru, categorizados como grupo Canguru e aqueles que foram admitidos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e posteriormente destinados a Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional sem terem sido assistidos na segunda etapa (Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru) e, posteriormente, terceira etapa (seguimento ambulatorial), categorizados como grupo Convencional. Esta divisão ocorreu de acordo com a rotina do serviço onde o estudo foi realizado, considerando os critérios de elegibilidade propostos pela Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru. Para avaliar a autoeficácia da amamentação foi utilizada a *Breastfeeding Self Efficacy Scale - Short-Form*. Para comparar as taxas de aleitamento materno exclusivo ao longo do tempo, realizou-se a análise de sobrevivência de Kaplan-Meier. A razão de riscos para abandono do aleitamento materno exclusivo para os grupos foi obtida a partir da análise de regressão de riscos proporcionais de Cox. O nível de significância adotado foi de 5%. **Resultados:** Não foi encontrada relação entre a autoeficácia da amamentação e a duração do aleitamento materno exclusivo. O grupo Convencional apresentou risco aproximadamente 1,5 vezes maior de abandonar o aleitamento materno exclusivo que o grupo Canguru ($p=0,070$). No sexto mês de idade gestacional corrigida 5% da amostra do grupo Canguru referiu amamentar exclusivamente, enquanto nenhum recém-nascido do grupo Convencional amamentou até este momento. **Conclusões:** A presença contínua junto ao filho, proporcionado por todas as etapas do Método Canguru promove maior segurança e confiança a mulher, impactando positivamente na amamentação.

Palavras-chave: Autoeficácia. Aleitamento materno. Recém-nascido de baixo peso. Método Canguru.

ABSTRACT

Introduction: The premature or low birth weight can result in lower breastfeeding success rates. Physiological immaturity and harmful hospital practices are common causes of this failure. Evidence shows that psychosocial factors, such as the mother's motivation and belief in breastfeeding, are decisive for her to overcome the challenges, and the breastfeeding self-efficacy can act as a protective factor. A strategy of biopsychosocial intervention is the Kangaroo Method, a model of neonatal support aimed at qualifying and humanizing the care for low-weight newborns and their families, developed in three stages. **Objective:** To compare the self-efficacy of breastfeeding and the rate of exclusive breastfeeding among mothers of low birth weight newborns who participated in the three stages of the Kangaroo Method, with those who participated only in the first stage, after hospital discharge. **Method:** Prospective Cohort, performed at the Neonatal Unit of a Brazilian university hospital between September 2018 and March 2020. The sample was formed by 114 newborns with weights ≤ 1800 grams, and their mothers. They were divided into two groups: those who have gone through all the steps of the Kangaroo Method, categorized as the Kangaroo group, and those who have been admitted into the Neonatal Intensive Care Unit and later moved to the Conventional Neonatal Intermediate Care Unit without having been assisted in the second stage (Kangaroo Neonatal Intermediate Care Unit) and, posteriorly, third step (outpatient follow-up), categorized as Conventional Group. This division occurred according to the service routine where the study was performed, considering the criteria of eligibility proposed by the Norm of Humanized Care for Low-Weight Newborns – Kangaroo Method. To evaluate the breastfeeding self-efficacy, the *Breastfeeding Self Efficacy Scale - Short-Form* was utilized. To compare the rates of exclusive breastfeeding over time, the Kaplan-Meier survival analysis was performed. The risk ratio for abandoning exclusive breastfeeding for groups was obtained from Cox's proportional risk regression analysis. The level of significance adopted was 5%. **Results:** No relationship was found between breastfeeding self-efficacy and duration of exclusive breastfeeding. The Conventional group was approximately 1.5 times more likely to abandon exclusive breastfeeding than the Kangaroo group ($p=0,070$). In the sixth month of corrected gestational age, 5% of the sample in the Kangaroo group reported breastfeeding exclusively, while no newborn in the Conventional group had breastfed until that moment. **Conclusions:** The continuous presence with the child, provided by all stages of the Kangaroo Method promotes greater security and confidence for the woman, positively impacting breastfeeding.

Keywords: Self efficacy. Breastfeeding. Infant, low birth weight. Kangaroo-mother care method.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Fluxograma de participantes do estudo.....	41
Figura 2 -	Fluxograma dos tempos de coleta de dados.....	49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização dos recém-nascidos de baixo peso e perfil materno por grupo.....	42
Tabela 2 - Razão de riscos obtida a partir da Regressão de Cox para a duração do aleitamento materno exclusivo entre mães de recém-nascidos de baixo peso ao longo do tempo.....	42
Tabela 3 - Taxa de aleitamento materno exclusivo entre mães de recém-nascidos de baixo peso por grupo ao longo do tempo.....	43
Tabela 4 - Análise de perda da amostra inicial ao sexto mês de idade gestacional corrigida entre as variáveis relacionadas aos recém-nascidos de baixo peso e suas mães.....	49
Tabela 5 - Caracterização geral e Análises de Regressão Linear e Logística para variáveis do perfil clínico dos recém-nascidos de baixo peso e perfil de suas mães no momento da alta hospitalar.....	50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AM	Aleitamento materno
AME	Aleitamento materno exclusivo
BSES	<i>Breastfeeding Self Efficacy Scale</i>
BSES-SF	<i>Breastfeeding Self Efficacy Scale – Short Form</i>
CPP	Contato pele a pele
ENANI	Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil
IGC	Idade gestacional corrigida
LH	Leite humano
LM	Leite materno
MC	Método Canguru
MMC	Método Mãe Canguru
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
RN	Recém-nascido
RNBP	Recém-nascido de baixo peso
RNPT	Recém-nascido pré-termo
UCINCa	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru
UCINCo	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional
Unicef	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação estrutura-se de acordo com os critérios e normas do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, a qual define que os resultados do estudo podem ser apresentados em formato de artigo científico.

Para tal, este documento contempla as seções: (1) Introdução e (2) Fundamentação Teórica, com o objetivo de elucidar o conteúdo referencial utilizado, (3) Objetivos e (4) Resultados. Esse último, apresenta o artigo intitulado “Impacto do Método Canguru na autoeficácia da amamentação e nas taxas de aleitamento materno exclusivo pós-alta hospitalar em recém-nascidos de baixo peso” que foi elaborado com base no projeto desenvolvido.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
2.1	Prematuridade	17
2.2	Aleitamento materno	18
2.3	Autoeficácia da amamentação	21
2.4	Método Mãe Canguru: do surgimento à norma brasileira	23
2.4.1	<i>Método Canguru: impacto nos desfechos neonatais</i>	25
2.4.2	<i>Método Canguru: impacto no aleitamento materno</i>	25
3	OBJETIVO	28
4	RESULTADOS	30
	Resumo	31
	Introdução	31
	Métodos	33
	<i>Fonte de dados e amostra</i>	33
	<i>Instrumentos e procedimento de coleta de dados</i>	34
	<i>Análise estatística</i>	35
	<i>Aspectos éticos</i>	35
	Resultados	35
	Discussão	36
	Referências	39
	REFERÊNCIAS	44
	APÊNDICE	49
	Apêndice I – Figura e tabelas complementares	49
	ANEXO	51
	Anexo I - Breastfeeding Self Efficacy Scale – Short Form (BSES-SF)	51

1 INTRODUÇÃO

O leite materno (LM) fornece nutrientes que o tornam essencial para o crescimento e o desenvolvimento adequados na infância (LEE e KELLEHER, 2016), sendo capaz de suprir todas as necessidades nutricionais nos primeiros meses de vida e permanecendo como fonte importante após esse período (WHO, 2017). Além disso, promove a curto e a longo prazo benefícios para a saúde (HORTA e VICTORA, 2013; VICTORA et al., 2015; VICTORA et al., 2016; WHO, 2009), economia e meio ambiente (ROLLINS et al., 2016).

Diferenças significativas entre os lactentes alimentados com fórmula láctea e com LM têm sido evidenciadas (LEE e KELLEHER, 2016). No entanto, apesar dessa superioridade e dos esforços de órgãos nacionais e internacionais de apoio à amamentação, as prevalências de aleitamento materno (AM) no Brasil, em especial de aleitamento materno exclusivo (AME), estão aquém das recomendadas (VENANCIO et al., 2010; BRASIL, 2016; BOCCOLINI et al., 2017; BRASIL, 2020).

Essa realidade é ainda mais drástica quando discutimos a amamentação no contexto da prematuridade. Estudo brasileiro constatou risco 2,6 vezes maior de interrupção do AM entre pré-termos com idade gestacional ao nascimento inferior a 32 semanas (DE FREITAS et al., 2016). Além disso, o baixo peso ao nascer associou-se com 1,17 mais chance de desmame precoce nos primeiros seis meses de vida (PEREIRA-SANTOS et al., 2017).

O nascimento prematuro ou de baixo peso pode resultar em atraso no estabelecimento do AM, assim como práticas hospitalares prejudiciais a sua manutenção, como a separação do binômio mãe-filho (TUDEHOPE, 2013; PEREIRA-SANTOS et al., 2017; ROLLINS et al., 2016) ocasionado muitas vezes pelo longo período de internação e a imaturidade fisiológica, neurológica e do sistema sensorio motor oral inerente a prematuridade (TUDEHOPE, 2013).

Além disso, custos significativos para os sistemas de saúde e dificuldades psicológicas e financeiras para as famílias são relatados (BÉRARD; LE TIEC & DE VERA, 2012). A exposição materna a situações estressoras pode gerar aumento do estresse e sintomas de depressão pós-parto (TALLANDINI & SCALEMBRA, 2006; NYQVIST et al., 2010). Nesse sentido, para mães que se sentem, muitas vezes, incapazes emocionalmente diante de um nascimento prematuro, a capacidade de fornecer alimento ao filho pode ser um benefício psicológico importante (TUDEHOPE, 2013).

As evidências demonstram que fatores psicossociais, como a motivação e a crença da nutriz em amamentar são determinantes para que esta possa vencer os desafios inerentes a amamentação, em especial no contexto da prematuridade (VICTORA et al., 2016; ROLLINS

et al., 2016; DE FREITAS et al., 2016; PEREIRA-SANTOS et al., 2017; WHO, 2017). Dessa forma, a autoeficácia materna para amamentar pode atuar como fator de proteção contra o desmame precoce (DENNIS, 2003; DODT et al., 2012; TUTHILL et al., 2016; LALIBERTÉ et al., 2016; BROCKWAY et al., 2017).

A autoeficácia é um construto que se relaciona com comportamentos de promoção da saúde. Esse conceito foi proposto pela Teoria Social Cognitiva de Bandura e constitui-se na habilidade pessoal de desempenhar com sucesso ações que produzam resultado desejável (BANDURA, 1977). A autoeficácia materna para amamentar, por sua vez, engloba a capacidade e a confiança que a mulher tem para exercer a amamentação de maneira exitosa (DENNIS, 1999; DENNIS, 2003; DODT et al., 2012), diretamente relacionada às suas habilidades e aos seus conhecimentos (MCQUEEN et al., 2011; LALIBERTÉ et al., 2016).

Baseada na de teoria de Bandura, a Teoria da Autoeficácia da Amamentação proposta por Dennis (1999) infere que o ato de amamentar é diretamente influenciado pela experiência pessoal da mulher, experiência vicária, ou seja, observação de experiências de outras mulheres, persuasão verbal de pessoas próximas e/ou influentes, e respostas emocionais (DENNIS, 1999). Sendo, portanto, passível de modificações por meio de intervenções em saúde (BROCKWAY et al., 2017).

Uma estratégia de intervenção biopsicossocial é o Método Canguru (MC), um modelo de assistência destinado à qualificação e humanização do cuidado ao recém-nascido de baixo peso (RNBP) e sua família. No Brasil, essa prática iniciou-se em 1992 evoluindo com rápida expansão, o que contribuiu para o lançamento, em 2000, da Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso, instituindo o “Método Canguru” como política nacional de saúde (LAMY et al., 2005; SANCHES et al., 2015; BRASIL, 2017).

Desenvolvido em três etapas, este visa fortalecer o vínculo familiar, encorajar o AM e promover a alta hospitalar de forma precoce com a mãe apta a desenvolver os cuidados e reconhecer os sinais de alarme, sendo, portanto, uma tecnologia leve e segura à assistência convencional (LAMY et al., 2005; SANCHES et al., 2015; BRASIL, 2017). Segundo Brasil (2017) a primeira etapa inicia-se com a identificação de um pré-natal de alto risco e se estende até o acolhimento do RNBP e sua família na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) ou Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo).

A segunda etapa, consiste na continuidade do cuidado ao RNBP em uma unidade hospitalar designada Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa), que contém estrutura capaz de receber a díade mãe-filho, e destaca-se pela presença contínua da mãe, onde a posição canguru deve ser realizada pelo maior tempo possível. Por fim, a terceira

etapa consiste no seguimento ambulatorial com calendário próprio e garantia de atendimento na instituição de origem até que o RNBP complete 2500 gramas (BRASIL, 2017).

O Brasil destaca-se por adotar o MC como política pública de saúde, além de fugir da perspectiva de substituição de tecnologias (LAMY et al., 2005; SANCHES et al., 2015; BRASIL, 2017). Estudos têm demonstrado os benefícios do MC e do CPP para a redução da mortalidade neonatal e desfechos desfavoráveis (BOUNDY et al., 2016; CONDE-AGUDELO & DÍAS-ROSSELLO, 2016), aspectos psicológicos maternos, construção de vínculo afetivo (LAMY et al., 2011; TALLANDINI & SCALEMBRA, 2006; NYQVIST et al., 2010; CONDE-AGUDELO & DÍAS-ROSSELLO, 2016) e redução de custos para os serviços de saúde (ENTRIGER et al., 2013), porém poucos estudos discutem o MC como uma forma de atenção que ultrapassa o posicionamento.

Sendo assim, a realização do presente estudo justifica-se pela lacuna de conhecimento acerca do impacto do MC como política pública de saúde para a autoeficácia da amamentação e AME da primeira etapa ao acompanhamento ambulatorial. Presume-se que a compreensão da possível associação entre esse modelo de humanização e a autoeficácia materna para amamentar, assim como a continuidade do AME pode resultar em estratégias benéficas para os serviços de saúde e a díade mãe-filho.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Prematuridade

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define como nascimento prematuro aquele que acontece antes da 37ª semana de gestação, e RNBP, aquele recém-nascido (RN) que nasce como peso inferior a 2500 gramas (WHO, 1977). Universalmente, a taxa de nascimento prematuro tem variado ao longo dos anos. Em 2005, esta era de aproximadamente 9,6% (BECK et al., 2010) e em 2010, estima-se que 11,1% dos nascidos vivos no mundo foram prematuros, variando de 5% em países europeus a 18% em alguns países africanos (BLENCOWE et al., 2012).

Estudo realizado em 2014 com dados de 183 países estimou 10,6% de prematuridade, o que equivale a aproximadamente 15 milhões de nascimentos antes de completar 37 semanas de gestação. Destes, 85% ocorreram em pré-termos tardios e mais de 80% na Ásia e na África Subsaariana. O Brasil situa-se entre os dez países com as taxas mais elevadas, os quais são responsáveis por 60% desses nascimentos (CHAWANPAIBOON et al., 2019).

O parto prematuro está associado a uma complexa variedade de fatores, tais como condições obstétricas, genéticas, sociodemográficas e ambientais (BLENCOWE et al., 2013a). Patologias maternas hipertensivas como pré-eclâmpsia e eclâmpsia, descolamento prematuro de placenta, placenta prévia ou condições fetais, como restrição de crescimento intrauterino e sofrimento fetal estão entre as indicações mais comuns (VOGEL et al., 2018).

A prematuridade e o baixo peso são considerados um problema de saúde pública por sua relação direta com a mortalidade neonatal e infantil (LAWN et al., 2014). Os últimos níveis e tendências em mortalidade infantil do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) apresenta as complicações do parto prematuro como uma das principais causas de morte em crianças menores de cinco anos, o que representa aproximadamente 16%, e como a principal causa nos primeiros 28 dias de vida, sendo 35% de todas as mortes (UNICEF, 2019).

Apesar da alta mortalidade, avanços técnicos e científicos na assistência neonatal têm permitido o aumento da sobrevivência (LAWN et al., 2014). No entanto, a prematuridade associa-se ao maior risco de morbidades a curto e a longo prazo para seus sobreviventes, com gravidade e frequência aumentando conforme diminui a idade gestacional, o peso de nascimento e a qualidade do cuidado prestado (BLENCOWE et al., 2013b).

A curto prazo, as complicações agudas específicas da imaturidade incluem síndrome do desconforto respiratório, hemorragia intracraniana, enterocolite necrozante, além de maior risco de infecções e sepse. Tardiamente déficits cognitivos e baixo desempenho acadêmico são observados (BLENCOWE et al., 2013b). Uma revisão sistemática estimou que o risco médio geral de pelo menos uma seqüela (atraso no desenvolvimento, dificuldade de aprendizagem ou cognição, paralisia cerebral, problemas comportamentais, de audição e visão) em neonatos que sofreram alguma alteração durante ou após a gestação, incluindo o nascimento prematuro, foi de 39,4% (MWANIKI et al., 2012).

Além disso, nascer prematuramente associa-se a custos significativos para os sistemas de saúde e as famílias geralmente sofrem consideráveis dificuldades psicológicas e financeiras (BÉRARD; LE TIEC & DE VERA, 2012). Aos cinco anos de idade, os custos relacionados a prematuridade na ausência de morbidade foram 1,4 vezes maiores quando comparado aos custos do grupo controle de nascidos a termo, e já na presença de morbidades esses custos aumentaram em 4,4 vezes (KORVENRANTA et al., 2010).

O longo período de internação e separação entre a mulher e seu filho geram aumento do estresse materno e sintomas de depressão pós-parto (TALLANDINI & SCALEMBRA, 2006; NYQVIST et al., 2010), o que pode atuar negativamente na lactação e na amamentação. A imaturidade fisiológica, neurológica e do sistema sensorio motor oral resultam ainda em atraso no estabelecimento e redução nas taxas de sucesso do AM, privando a díade mãe-filho de seus inúmeros benefícios (TUDEHOPE, 2013; HORTA e VICTORA, 2013; VICTORA et al., 2015; VICTORA et al., 2016; ROLLINS et al., 2016).

2.2 Aleitamento materno

O AM é a estratégia mais natural e segura de alimentar a criança no início de sua vida. A amamentação é um ato que vai muito além da nutrição, constituindo-se uma forma natural de vínculo e afeto entre a mulher e seu filho, além de proteção e redução da morbimortalidade infantil. Amamentar envolve interação profunda com repercussões no estado nutricional, imunológico e fisiológico da criança (BRASIL, 2016).

O LM fornece nutrientes que o tornam essencial para o adequado crescimento e desenvolvimento na infância (LEE e KELLEHER, 2016), sendo capaz de suprir todas as necessidades nutricionais nos primeiros meses e permanecendo como fonte importante após esse período (WHO, 2017). A OMS e o Ministério da Saúde (MS) brasileiro recomendam o AME até os seis meses de vida e complementado até os dois anos ou mais (BRASIL, 2016;

WHO, 2009), por reconhecerem que este promove a curto e a longo prazo saúde, vantagens econômicas e ambientais para crianças, mulheres e sociedade (ROLLINS et al., 2016).

Os benefícios a curto prazo como redução da mortalidade infantil em países de baixa, média e alta renda e a diminuição do risco de morbidade por diarreia e infecções respiratórias estão bem descritos na literatura científica (VICTORA et al., 2016). Estimativas apontam que as práticas de amamentação reduzem em 72% o risco de hospitalizações por diarreia, assim como 57% das internações por infecções respiratórias (HORTA e VICTORA, 2013; VICTORA et al., 2016).

A longo prazo algumas evidências ainda estão sendo estabelecidas, como o efeito da amamentação sobre a inteligência, escolaridade e renda. Uma coorte prospectiva de 30 anos realizada no Brasil obteve associação positiva entre o AM e esses desfechos, uma vez que as crianças amamentadas por 12 meses ou mais obtiveram na vida adulta 3,76 pontos a mais no quociente de inteligência, mais anos de educação formal e maiores rendimentos mensais do que aquelas que foram amamentadas por menos de um mês (VICTORA et al., 2015).

Períodos mais longos de amamentação associam-se ainda com redução no risco de excesso de peso, obesidade e diabetes na fase adulta (VICTORA et al., 2016). Os benefícios para a saúde da mulher também são descritos, dentre eles destacam-se a prevenção do câncer de mama, atuação como anticoncepcional, o que possibilita aumentar o espaçamento entre os nascimentos, e a redução no risco de diabetes e câncer de ovário (WHO, 2009; VICTORA et al., 2016).

Além disso, amamentar reduz significativamente custos financeiros. Estima-se uma economia de 302 bilhões de dólares americanos em todo o mundo, sendo 70,9 bilhões nos países de baixa e média renda, se todas as crianças até os seis meses de vida fossem amamentadas (ROLLINS et al., 2016). Diferenças significativas nos resultados de saúde entre os lactentes alimentados com fórmula láctea e os alimentados com LM tem sido apontadas (LEE e KELLEHER, 2016).

No entanto, apesar da superioridade do LM e dos esforços de órgãos nacionais e internacionais de apoio a amamentação, as prevalências de AM no Brasil, em especial as de AME ainda estão aquém das recomendadas (VENANCIO et al., 2010; BRASIL, 2016; BOCCOLINI et al., 2017). Estudo de tendência dos indicadores de AM no país nas últimas três décadas, constatou que as prevalências dos indicadores de AME em menores de seis meses apresentou tendência ascendente com aumento de 4,7% em 1986 para 37,1% em 2006, no entanto, houve relativa estabilização entre 2006 e 2013 (BOCCOLINI et al., 2017).

Os dados preliminares dos indicadores de AM disponíveis no Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI) realizado entre fevereiro de 2019 a março de 2020 com 14.584 crianças menores de cinco anos de idade obteve melhores resultados. Nesse estudo, os autores observaram uma prevalência de 60% de AME entre crianças com idade inferior a 4 meses e 45,7% entre menores de seis, além de 53,1% de AM continuado aos doze meses de vida (BRASIL, 2020). Apesar dos avanços, segundo critérios da OMS, o país encontra-se em situação razoável quanto às prevalências de AME entre menores de seis meses (BRASIL, 2016).

Essa realidade é ainda mais drástica quando discutimos a amamentação no contexto da prematuridade. Estudo brasileiro constatou risco 2,6 vezes maior de interrupção do AM entre pré-termos com idade gestacional ao nascimento inferior a 32 semanas (DE FREITAS et al., 2016). Além disso, o baixo peso ao nascer associou-se com 1,17 mais chance de desmame precoce nos primeiros seis meses (PEREIRA-SANTOS et al., 2017). O LM é especialmente adaptado às necessidades nutricionais desse público (WHO, 2009) e a adoção de práticas que visam estabelecer e manter sua oferta devem ser a primeira escolha na alimentação desses neonatos (DE FREITAS et al., 2016).

A alimentação com leite humano (LH) doado ou LM ordenhado oferece uma série de benefícios para o recém-nascido pré-termo (RNPT) ou de baixo peso, como a melhora no esvaziamento gástrico, motilidade intestinal e tolerância alimentar, redução significativa no risco de desenvolver enterocolite necrozante (SCHANLER, 2011; TUDEHOPE, 2013), além de menores taxas de reinternação no primeiro ano de vida (UNDERWOOD, 2013).

A oferta do LH reduz a incidência de sepse tardia, infecção do trato urinário, diarreia e infecção do trato respiratório superior quando comparado com aqueles que receberam fórmula láctea (TUDEHOPE, 2013). Além disso, estudos têm evidenciado efeito positivo para o neurodesenvolvimento de RNBP (SCHANLER, 2011; TUDEHOPE, 2013; UNDERWOOD, 2013).

A imaturidade dos sistemas inerente ao pré-termo resultam em maiores desafios para iniciar e manter o AM (TUDEHOPE, 2013; PEREIRA-SANTOS et al., 2017). Além disso, longos períodos de internação são acompanhados de práticas hospitalares prejudiciais a manutenção da amamentação, como a separação da díade mãe-filho (ROLLINS et al., 2016). Sendo assim, é de fundamental importância para essas mulheres o apoio constante da equipe de saúde e de sua rede social de apoio com o objetivo de otimizar suas chances de amamentar (WHO, 2017).

2.3 Autoeficácia da amamentação

A autoeficácia é um construto que se relaciona com comportamentos de promoção da saúde. Esse conceito foi proposto pela Teoria Social Cognitiva de Bandura e constitui-se na habilidade pessoal de desempenhar com sucesso ações que produzam resultado desejável (BANDURA, 1977). A percepção de autoeficácia pode determinar como o indivíduo pensa, sente e se comporta diante de determinada situação, indicando quanto tempo e esforço será empregado para alcançar o resultado (DENNIS, 1999; DENNIS, 2003; DODT et al., 2012).

A autoeficácia materna para amamentar, por sua vez, engloba a capacidade e a confiança que a mulher tem para exercer a amamentação de maneira exitosa (DENNIS, 1999; DENNIS, 2003; DODT et al., 2012), diretamente relacionada às suas habilidades e aos seus conhecimentos (MCQUEEN et al., 2011; LALIBERTÉ et al., 2016).

Baseada na de teoria de Bandura, a Teoria da Autoeficácia da Amamentação proposta por Dennis (1999) infere que o ato de amamentar é diretamente influenciado pela experiência pessoal da mulher, experiência vicária, ou seja, observação de experiências de outras mulheres, persuasão verbal de pessoas próximas e/ou influentes, e respostas emocionais (DENNIS, 1999). Sendo, portanto, passível de modificações por meio de intervenções em saúde (BROCKWAY et al., 2017).

Com o objetivo de medir esse construto, Dennis e Faux criaram a *Breastfeeding Self Efficacy Scale* (BSES), uma escala do tipo Likert de cinco pontos, 33 itens e respostas que variam de “pouco” a “sempre confiante” (DENNIS & FAUX, 1999). Em 2003, utilizando do mesmo referencial teórico a BSES foi revisada e uma versão reduzida foi publicada - a *Breastfeeding Self Efficacy Scale-Short Form* (BSES-SF). A versão resumida é composta por 14 itens, organizados em dois domínios, técnico e pensamentos intrapessoais. São atribuídos escores que variam de um (discordo totalmente) a cinco (concordo totalmente), com pontuação mínima de 14 e máxima de 70 pontos. Considera-se como baixa autoeficácia da amamentação pontuações de 14 a 32, moderada de 33 a 51 e alta de 52 a 70 pontos (DENNIS, 2003).

As duas versões passaram pela validação de conteúdo e preditiva a partir da avaliação de lactantes no puerpério. Os resultados indicaram que o comportamento em relação a amamentação no pós-parto imediato é preditivo do comportamento quatro a oito semanas depois (TUTHILL et al., 2016). As escalas foram traduzidas e validadas em vários países, incluindo o Brasil (ORIÁ et al., 2009; DODT et al., 2012). A versão brasileira da BSES-SF foi validada com Alfa de Cronbach de 0,74, indicando ser este, um instrumento válido para

medir a confiança das nutrizes brasileira em sua capacidade para amamentar (DODT et al., 2012).

As evidências demonstram que fatores psicossociais, como a motivação e a crença da nutriz em amamentar são determinantes para que esta possa vencer os desafios inerentes a amamentação, em especial no contexto da prematuridade (VICTORA et al., 2016; ROLLINS et al., 2016; DE FREITAS et al., 2016; PEREIRA-SANTOS et al., 2017; WHO, 2017). Dessa forma, a autoeficácia materna para amamentar pode atuar como fator de proteção contra o desmame precoce (DENNIS, 2003; DODT et al., 2012; TUTHILL et al., 2016; LALIBERTÉ et al., 2016; BROCKWAY et al., 2017).

Muitos são os fatores relacionados a interrupção precoce da amamentação, como fatores históricos, socioeconômicos, culturais e individuais. Além disso, atitudes sociais, culturais e fatores de mercado moldam seu contexto. O AM é frequentemente relatado como o ideal para a criança, no entanto, mulheres que o fazem em público sofrem reações negativas (ROLLINS et al., 2016). Nas famílias, as experiências vicárias afetam diretamente a incidência e a duração do AM (ROLLINS et al., 2016; BARTLE & HARVEY 2017).

Em relação aos fatores pessoais, as intenções de amamentar são em geral estabelecidas no terceiro trimestre (ROLLINS et al., 2016) e o conhecimento acerca dos benefícios são os motivos mais citados para a intenção de amamentar (ROLLINS et al., 2016; GIANNÍ et al., 2016), sendo a intenção preditiva para seu início e manutenção. No entanto, experiências negativas em gestações anteriores, pega incorreta, traumas mamários, choro e inabilidade para acalmar o filho podem induzir a mulher a supor que seu leite não é suficiente e introduzir substitutos do LM (ROLLINS et al., 2016).

Já no contexto da prematuridade, a separação da díade mãe-filho, longos períodos de internação e práticas hospitalares prejudiciais são altamente desfavoráveis (ROLLINS et al., 2016). Além das dificuldades relacionadas a imaturidade do RNPT, mulheres nessa condição estão expostas diariamente a situações de estresse com o quadro clínico do filho, além de sua própria situação de saúde que por vezes está debilitada (TUDEHOPE, 2013; ROLLINS et al., 2016; PEREIRA-SANTOS et al., 2017).

Nesse sentido, para mães que se sentem, muitas vezes, incapazes emocionalmente diante de um nascimento prematuro, a possibilidade de fornecer alimento ao filho pode ser um benefício psicológico importante (TUDEHOPE, 2013). Além disso, o cuidado centrado na família (HEIDELISE, 2009), o apoio dos profissionais de saúde e familiares (GIANNÍ et al., 2016), programas e políticas governamentais que visam proteger, promover e apoiar o AM são favoráveis ao seu estabelecimento e manutenção (ROLLINS et al., 2016; BRASIL, 2017).

2.4 Método Mãe Canguru: do surgimento à norma brasileira

O Método Mãe Canguru (MMC) surgiu em 1979 idealizado pelos médicos Edgar Rey Sanabria e Hector Martinez Gómez, no Instituto Materno-Infantil de Bogotá, na Colômbia. Inicialmente a prática consistia em posicionar o RN despido, somente de fralda em contato pele a pele (CPP) na posição supina entre os seios de sua mãe, esta ficou conhecida como posição canguru (LAMY et al., 2005; CHARPAK et al., 2005; SANCHES et al., 2015).

A inovadora prática colombiana tinha como objetivos a melhoria dos cuidados prestados ao RN, a estabilidade de sua temperatura corporal através do CPP e a redução do tempo em incubadoras, o que conseqüentemente resultaria em alta precoce, minimizando a superlotação, os altos índices de infecção hospitalar e abandono na época, sendo uma alternativa para baratear os custos da assistência neonatal (CHARPAK et al., 2005; SANCHES et al., 2015).

Além das vantagens iniciais, observou-se que esse tipo de contato entre a díade mãe-filho favorecia a formação do vínculo e um melhor desenvolvimento do neonato, despertando o interesse de instituições por pesquisas e observações da prática. A partir de sua ampla divulgação promovida pelo Unicef, diversos países demonstraram interesse pela incorporação desse modelo em suas unidades neonatais, ficando o MMC conhecido mundialmente pelo CPP precoce e duradouro entre a mulher e seu filho (LAMY et al., 2005; CHARPAK et al., 2005; SANCHES et al., 2015).

No Brasil, os pioneiros na implementação do então MMC na década de 1990, foram o Hospital Guilherme Álvaro, em Santos no estado de São Paulo e o Instituto Materno Infantil de Pernambuco, na cidade de Recife. A partir dessas experiências, houve rápida expansão da prática, porém nem sempre com metodologia e critérios adequados, reforçando a necessidade de uma normatização específica (LAMY et al., 2005).

Em 1999, com a intenção de padronizar esse tipo de cuidado, buscando assim melhorar sua eficiência e eficácia, uma equipe multiprofissional com reconhecida experiência na área chegou ao entendimento de que este deveria ser um modelo qualificado e humanizado de assistência perinatal, motivando a elaboração da Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – “Método Canguru”, lançada em dezembro do mesmo ano e publicada através da Portaria Ministerial nº. 693 de 05 de julho de 2000 (LAMY et al., 2005; SANCHES et al., 2015).

Posteriormente, a norma vigente foi revisada e atualizada com a publicação da Portaria nº. 1.683 de 12 de julho de 2007, a qual encontra-se descrita na terceira edição revisada do Manual Técnico do Método Canguru. Assim, o MC tornou-se uma política de saúde pública no Brasil, sendo incluído na tabela de procedimentos médicos do Sistema Único de Saúde, o que gerou mudanças no paradigma da atenção perinatal, ressaltando a importância da associação dos avanços tecnológicos com a atenção humanizada ao RNBP e sua família (LAMY et al., 2005; SANCHES et al., 2015; BRASIL, 2017).

O MC, proposto pela norma brasileira foi assim denominado por considerar que o pai também deve participar ativamente dessa experiência (LAMY et al., 2005), sendo este um modelo de cuidado que visa a qualificação e humanização da assistência neonatal, reunindo estratégias de intervenção biopsicossociais favoráveis a participação ativa da família. Desenvolvido em três etapas, objetiva fortalecer o vínculo familiar, encorajar o AM e promover a alta de forma precoce com a mãe apta para desenvolver os cuidados e reconhecer os sinais de alarme (BRASIL, 2017).

A primeira etapa se inicia ainda no pré-natal de alto risco seguido da internação na UTIN e/ou UCINCo, e atende as premissas de acolhimento e livre acesso dos pais à unidade, esclarecimento das condições de saúde do filho, suporte à amamentação, garantia de medidas de proteção da dor e estresse ao neonato, contato precoce e contínuo e atuação da equipe de modo a assegurar que os pais e a família sejam moduladores para o bem-estar da criança, bem como outras medidas que facilitem a permanência da puérpera na unidade (BRASIL, 2017).

A segunda etapa consiste na internação do neonato em uma unidade propriamente dita denominada UCINCa. Esta unidade deve conter espaço e estrutura física capaz de acolher a díade de maneira contínua, sendo um “estágio” pré-alta hospitalar. Para tanto, devem ser considerados critérios de elegibilidade, como condição clínica estável do neonato, peso mínimo de 1250 gramas e dieta enteral plena. Além disso, a mãe deve manifestar o desejo de participar, com disponibilidade de tempo, rede social de apoio, já em condições de reconhecer as situações de estresse de seu filho e habilidade para o manejo do CPP (BRASIL, 2017).

Por fim, a terceira etapa ocorre após a alta hospitalar, que se pretende precoce, com mãe treinada, motivada e segura para a realização dos cuidados em casa, preferencialmente em amamentação exclusiva, e o RN pesando no mínimo 1600 gramas. Para tal, deve ser garantido o acompanhamento da criança e sua família no ambulatório ou domicílio, recebendo alta desta etapa para seguimento habitual após atingir peso mínimo de 2500 gramas (BRASIL, 2017).

2.4.1 Método Canguru: impacto nos desfechos neonatais

O MC é reconhecido internacionalmente como uma terapia abrangente, humanizada, econômica e de favorece o desenvolvimento do neonato que nasceu prematuro (SHARMA et al., 2017). Segundo a OMS (2003), este é baseado em 3 componentes: posição canguru; amamentação exclusiva, quando possível; e alta oportuna com acompanhamento. Estudos que compararam o cuidado convencional com o MC, em particular o CPP, observaram que essa prática está associada com a redução da mortalidade neonatal e de desfechos desfavoráveis (BOUNDY et al., 2016; CONDE-AGUDELO & DÍAS-ROSSELLO, 2016).

O CPP está associado à melhor controle de sinais vitais, como saturação de oxigênio, frequência respiratória, temperatura corporal e dor, além de redução no risco de sepsis neonatal, hipoglicemia e readmissão hospitalar (BOUNDY et al., 2016). Além do impacto positivo no ganho de peso (SAMRA; TAWHEEL & CADWELL, 2013; CONDE-AGUDELO & DÍAS-ROSSELLO, 2016).

Efeitos protetores sociais e comportamentais a longo prazo também foram observados em uma coorte realizada com grupo de RNBP vinte anos após participarem da intervenção original (CHARPAK et al., 2017), reforçando que o CPP deve ser introduzido o mais rápido possível após o nascimento, tão logo o RN tenha condições clínicas para realizá-lo, devendo ser aplicado de maneira contínua e segura (NYQVIST et al., 2010).

Essa recomendação visa não só os benefícios para o RN, mas também os benefícios para a saúde mental e psicológica de suas mães, como aumento da interação e vínculo afetivo, redução dos sintomas maternos de depressão pós-parto e estresse, além do empoderamento e aumento em sua percepção de confiança para realizar os cuidados do filho (LAMY et al., 2011; TALLANDINI & SCALEMBRA, 2006; NYQVIST et al., 2010; CONDE-AGUDELO & DÍAS-ROSSELLO, 2016).

2.4.2 Método Canguru: impacto no aleitamento materno

O nascimento prematuro é um grande desafio para a mulher, as condições de saúde de ambos, o longo período de internação e práticas hospitalares prejudiciais podem ser altamente desfavoráveis não só ao AM, mas também a formação de vínculo afetivo (TUDEHOPE, 2013; ROLLINS et al., 2016). Nesse contexto, o MC pode atuar como um fator de proteção.

Um importante aliado ao protagonismo e empoderamento da mulher é o MC, uma tecnologia leve de cuidado aplicada ao RNBP e sua família (LAMY et al., 2011; BRASIL,

2017). Essa prática vem sendo desenvolvida a mais de 30 anos e ainda é possível observar divergências em sua forma de aplicação, que variam de acordo com as especificidades e necessidades de cada país, sendo o CPP precoce e contínuo o componente comum (LAMY et al., 2005; GONTIJO et al., 2010; SANCHES et al., 2015).

Sabe-se que o MC é uma política de apoio e incentivo ao AM para RNBP, sendo a amamentação exclusiva um de seus componentes (OMS, 2003; BRASIL, 2017). Estudos nacionais e internacionais vêm apontando que o MC, assim como o CPP favorecem o aumento taxas de AME no momento da alta hospitalar e no seguimento ambulatorial (LAMY-FILHO et al., 2008; ALVES, 2019; VENANCIO & ALMEIDA, 2004; CONDE-AGUDELO & DÍAS-ROSSELLO, 2016; BOUNDY et al., 2016).

Estudo longitudinal realizado em 16 unidades neonatais brasileiras objetivando avaliar o MC no país, comparou unidades que praticavam a segunda etapa do método com as que não praticavam. Os resultados apontaram que a estratégia adotada é uma alternativa segura ao cuidado convencional e favorecedora do AME à alta hospitalar, sendo este 2,34 vezes mais frequente em RN que participaram da segunda etapa do método (LAMY-FILHO et al., 2008).

Recentemente, Alves (2019) observou resultados superiores no grupo que participou da segunda e terceira etapas do MC, com aumento de 11,2 vezes na chance de AME no momento da alta hospitalar e 14,4 vezes em permanecer em AME na primeira consulta do seguimento ambulatorial, reforçando que o modelo brasileiro é uma ação de promoção e proteção para o AME em RNBP.

Outros estudos apontaram o impacto positivo do CPP para a amamentação exclusiva. Em sua revisão, Venancio & Almeida (2004) evidenciaram que o CPP atua como fator de proteção para o AME no momento da alta hospitalar. Conde-Agudelo & Días-Rossello (2016) observaram aumento nas taxas de amamentação exclusiva ou alguma amamentação à alta ou ao completar 40 a 41 semanas de idade gestacional corrigida (IGC). Além disso, a possibilidade de AME até os quatro meses IGC também foi descrita (BOUNDY et al., 2016).

Ao comparar os dois modelos de cuidado, estudo qualitativo observou que mulheres que participaram da segunda etapa apresentaram maior protagonismo e empoderamento, além de apresentarem maior expectativa sobre o período pós-alta hospitalar e a construção de projetos de vida para o filho, concluindo que essa tecnologia de cuidado leve atua como facilitadora para a construção do papel materno (LAMY et al., 2011).

O Brasil destaca-se por adotar o MC como política pública de saúde, além de fugir da perspectiva de substituição de tecnologias (LAMY et al., 2005; SANCHES et al., 2015; BRASIL, 2017). Estudos têm demonstrado os benefícios do MC e do CPP para a redução da

mortalidade neonatal e desfechos desfavoráveis (BOUNDY et al., 2016; CONDE-AGUDELO & DÍAS-ROSSELLO, 2016), aspectos psicológicos maternos, construção de vínculo afetivo (LAMY et al., 2011; TALLANDINI & SCALEMBRA, 2006; NYQVIST et al., 2010; CONDE-AGUDELO & DÍAS-ROSSELLO, 2016) e redução de custos para os serviços de saúde (ENTRIGER et al., 2013), porém poucos estudos discutem o MC como uma forma de atenção que ultrapassa o posicionamento.

Sendo assim, a realização do presente estudo justifica-se pela lacuna de conhecimento acerca do impacto do MC como política pública de saúde para a autoeficácia da amamentação e AME da primeira etapa ao acompanhamento ambulatorial. Presume-se que a compreensão da possível associação entre esse modelo de humanização e a autoeficácia materna para amamentar, assim como a continuidade do AME pode resultar em estratégias benéficas para os serviços de saúde e a díade mãe-filho.

3 OBJETIVO

Comparar a autoeficácia da amamentação e a taxa de AME entre mães de RNBP que participaram das três etapas do MC, com aqueles que participaram somente da primeira etapa, pós-alta hospitalar.

Artigo: Impacto do Método Canguru na autoeficácia da amamentação e nas taxas de aleitamento materno exclusivo pós-alta hospitalar em recém-nascidos de baixo peso

4 RESULTADOS

Nesta seção os resultados serão apresentados em formato de artigo científico de acordo com os critérios e normas do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia. O artigo intitulado “Impacto do Método Canguru na autoeficácia da amamentação e nas taxas de aleitamento materno exclusivo pós-alta hospitalar em recém-nascidos de baixo peso” será submetido a revista *Jornal de Pediatria*, que apresenta fator de impacto 2,029.

Autoria:

Rayany Cristina de Souza^a

Paula Carolina Bejo Wolkers^b

Leandro Alves Pereira^c

Rejane Sousa Romão^a

Eliziane Santos Medeiros^a

Daniela Marques de Lima Mota Ferreira^d

Ana Elisa Madalena Rinaldi^e

Vivian Mara Gonçalves de Oliveira Azevedo^f

^a Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Uberlândia, MG, Brasil.

^b Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HCU-UFU), Uberlândia, MG, Brasil.

^c Faculdade de Matemática, Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Uberlândia, MG, Brasil.

^d Faculdade de Medicina, Serviço de Neonatologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HCU-UFU), Uberlândia, MG, Brasil.

^e Faculdade de Medicina, Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Uberlândia, MG, Brasil.

^f Faculdade de Educação Física e Fisioterapia, Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Uberlândia, MG, Brasil.

Resumo

Objetivo: Comparar a autoeficácia da amamentação e a taxa de aleitamento materno exclusivo entre mães de recém-nascidos de baixo peso que participaram das três etapas do Método Canguru, com aqueles que participaram somente da primeira etapa, pós-alta hospitalar. **Método:** Coorte prospectiva, realizada na Unidade Neonatal de um hospital universitário brasileiro entre setembro de 2018 e março de 2020. A amostra foi composta por 114 recém-nascidos com peso ≤ 1800 gramas e suas mães que foram divididos entre: aqueles que passaram por todas as etapas do Método Canguru, e aqueles que passaram somente pela primeira etapa, categorizados como grupo Convencional. Para avaliar a autoeficácia da amamentação foi utilizada a *Breastfeeding Self Efficacy Scale - Short-Form*. Para comparar as taxas de aleitamento materno exclusivo ao longo do tempo, realizou-se a análise de sobrevivência de Kaplan-Meier. A razão de riscos para abandono do aleitamento materno exclusivo para os grupos foi obtida a partir da análise de regressão de riscos proporcionais de Cox. **Resultados:** O grupo Convencional apresentou risco aproximadamente 1,5 vezes maior de abandonar o aleitamento materno exclusivo que o grupo Canguru ($p=0,070$). Não foi encontrada relação entre a autoeficácia da amamentação e a duração do aleitamento materno exclusivo. No sexto mês de idade gestacional corrigida 5% da amostra do grupo Canguru referiu amamentar exclusivamente, enquanto nenhum recém-nascido do grupo Convencional amamentou até este tempo. **Conclusões:** A presença contínua junto ao filho, proporcionado por todas as etapas do Método Canguru promove maior segurança e confiança para a mulher, impactando positivamente na amamentação.

Palavras-chave: Autoeficácia. Aleitamento materno. Recém-nascido de baixo peso. Método Canguru.

Introdução

O nascimento prematuro ou de baixo peso pode resultar em atraso no estabelecimento do aleitamento materno (AM), assim como práticas hospitalares altamente prejudiciais a sua manutenção, como a separação da mulher de seu filho recém-nascido (RN).^{1,2} Nesse sentido, para mães que se sentem, muitas vezes, incapazes emocionalmente diante de um nascimento prematuro, a possibilidade de fornecer alimento ao filho pode ser um benefício psicológico importante.³

Fatores psicossociais como a motivação e a crença da nutriz são determinantes para que esta possa vencer os desafios inerentes a lactação e a amamentação,^{1,2,4} e a autoeficácia para amamentar pode atuar como fator de proteção contra o desmame precoce.⁵⁻⁹ O conceito de autoeficácia da amamentação engloba a capacidade e a confiança da mulher em exercer a amamentação com êxito,⁵⁻⁶ diretamente relacionada às suas habilidades e seus conhecimentos, sendo passível de modificação por meio de intervenções.⁵⁻⁹

Uma estratégia de intervenção biopsicossocial é o Método Canguru, um modelo de assistência destinado à qualificação e humanização do cuidado ao recém-nascido de baixo peso (RNBP) e sua família.¹⁰ No Brasil, essa prática iniciou-se em 1992 evoluindo com rápida expansão, o que contribuiu para o lançamento, em 2000, da Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso, instituindo o “Método Canguru” como política nacional de saúde.¹⁰⁻¹¹

Desenvolvido em três etapas, este visa fortalecer o vínculo familiar, encorajar o AM e promover a alta hospitalar de forma precoce com a mãe apta a desenvolver os cuidados e reconhecer os sinais de alarme,¹⁰ sendo, portanto, uma tecnologia leve e segura à assistência convencional.¹⁰⁻¹⁵ A primeira etapa inicia-se com a identificação de um pré-natal de alto risco e se estende até o acolhimento do RNBP e sua família na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) ou Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo).¹³

A segunda etapa, consiste na continuidade do cuidado ao RNBP em uma unidade hospitalar designada Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa), que contém estrutura capaz de receber a díade mãe-filho¹⁰, e destaca-se pela presença contínua da mãe, onde a posição canguru deve ser realizada pelo maior tempo possível.¹⁰⁻¹¹ Por fim, a terceira etapa consiste no acompanhamento ambulatorial com calendário próprio e garantia de atendimento na instituição de origem até que o RNBP complete 2500 gramas.¹⁰

O Método Canguru como política pública de saúde vem ganhando cada vez mais espaço nas unidades neonatais brasileiras e internacionalmente por meio da posição canguru em virtude dos inúmeros benefícios que vêm sendo descritos. O AME é a melhor forma de nutrir a criança, este promove benefícios para a díade mãe-filho que repercutem a curto e a longo prazo. A autoeficácia da amamentação, por sua vez, tem se mostrado um fator de proteção contra a interrupção precoce do AM.

Por tanto, presume-se que a compreensão da possível associação entre esse modelo de humanização e a autoeficácia da amamentação, assim como a continuidade do AME, pode resultar em estratégias benéficas para os serviços de saúde e a díade mãe-filho.

Dessa forma, o presente estudo buscou comparar a autoeficácia da amamentação e a taxa de AME entre mães de RNBP que participaram das três etapas do Método Canguru, com aqueles que participaram somente da primeira etapa, pós-alta hospitalar.

Métodos

Fonte de dados e amostra

Estudo do tipo coorte prospectivo realizado no período de setembro de 2018 a março de 2020 na Unidade Neonatal de um hospital universitário brasileiro, que possui 42 leitos de internação, sendo 20 leitos destinados a UTIN, 16 a UCINCo e seis a UCINCa.

Todos os RN foram inicialmente admitidos na UTIN e posteriormente a determinação de sua unidade de destino ocorreu rotineiramente de acordo com os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde do Brasil. Os critérios de elegibilidade para a segunda etapa do Método Canguru, ou seja, permanência na UCINCa, são: estabilidade clínica do neonato, nutrição enteral plena e peso mínimo de 1250 gramas. Além de desejo e disponibilidade da mãe, apoio familiar para sua permanência no hospital e consenso entre equipe de saúde e familiares.¹⁰ Os egressos dessa etapa são encaminhados para a terceira e acompanhados no ambulatório de seguimento do Método Canguru.

Dessa forma, a presente investigação avaliou a participação do RNBP nas três etapas do Método Canguru, categorizado como grupo Canguru, com aqueles RNBP que participaram somente da primeira etapa, categorizado como grupo Convencional.

A população de referência foi composta por todos os RN que nasceram na instituição hospitalar onde o estudo foi realizado com peso igual ou inferior a 1800 gramas. Foram considerados critérios para inclusão ausência de: malformação congênita grave; asfixia perinatal;¹⁶ síndrome genética; infecção congênita sintomática; doença metabólica grave e gemelaridade. Já em relação à mãe, considerou-se ausência de: diagnóstico de doenças psiquiátricas ou doenças graves; toxicodependência; privação de liberdade; impossibilidade de comunicação; recusa materna e qualquer condição que impossibilitasse a amamentação.

Foram excluídos óbitos neonatais e maternos, RN que tiveram diagnóstico de alteração do Sistema Nervoso Central durante o período de coleta de dados e recusa materna após inclusão, conforme Figura 1.

A amostra foi calculada com base em uma população média de 153 RNBP registrados pelo setor de estatística da instituição, nos últimos cinco anos (2013 a 2017), considerando um

nível de confiança de 95%, um desvio padrão de 10,9⁶ e uma margem de erro de 2,3. A partir destes critérios, a amostra final mínima foi de 111 díades.

Instrumentos e procedimento de coleta de dados

As mães responderam na primeira semana de internação de seus filhos um formulário com os dados do perfil sociodemográfico (idade, escolaridade e situação conjugal), obstétrico (realização de pré-natal, tipo de parto, paridade e histórico de filho com baixo peso ao nascer) e econômico (trabalho materno e renda familiar). Já os dados da evolução clínica dos RNBP: peso de nascimento, idade gestacional, *Score for Neonatal Acute Physiology - Perinatal Extension* (SNAPPE II), peso e idade gestacional corrigida (IGC) na alta hospitalar, AME e tempo de internação foram obtidos por meio do prontuário eletrônico e físico solicitado ao setor de arquivo institucional.

O SNAPPE II consiste em um escore de gravidade e risco de mortalidade com nove itens de avaliação, escores mais altos correspondem a maior gravidade e risco de mortalidade.¹⁷ Para a coleta de dados referente ao AME na alta hospitalar, considerou-se a evolução médica que antecedeu este momento.

A *Breastfeeding Self Efficacy Scale - Short-Form* (BSES-SF) foi utilizada para compreender a percepção materna sobre sua capacidade em amamentar. A escala foi traduzida e validada no Brasil com Alfa de Cronbach de 0,74, indicando ser este, um instrumento válido para medir a confiança das nutrizes brasileiras nesse contexto.⁶ A BSES-SF é composta por 14 itens, organizados em dois domínios, técnico e pensamentos intrapessoais. São atribuídos escores que variam de um (discordo totalmente) a cinco (concordo totalmente), com pontuação mínima de 14 e máxima de 70 pontos. Considera-se como baixa autoeficácia da amamentação pontuações de 14 a 32, moderada de 33 a 51 e alta de 52 a 70 pontos. A escala foi aplicada as mães antes da alta hospitalar, 20 a 40 dias pós-alta, no quarto e sexto mês de IGC.

E por fim, o formulário de dados ambulatoriais foi utilizado para obter informações do período pós-alta hospitalar durante as consultas realizadas no ambulatório de seguimento da instituição, sendo questionado às mães sobre a continuidade do AME (se estava amamentando exclusivamente ou não, e se fazia uso de fórmulas lácteas e/ou substitutos do leite materno), alterações clínicas e necessidade de reinternação no período entre as consultas ambulatoriais. Os dados foram obtidos 20 a 40 dias pós-alta, no quarto e sexto mês de IGC.

Análise estatística

Os dados foram tabulados em planilhas eletrônicas, processados e analisados com o uso do software R do Windows (versão 4.4.1). O nível de significância adotado foi de 5% para todas as análises. Os dados quantitativos foram descritos em média, mediana e desvio padrão, já os dados qualitativos em frequências absoluta e relativa. As variáveis de caracterização da amostra foram testadas com teste t de Student e Qui-quadrado.

Para comparar as taxas de AME ao longo do tempo, realizou-se a análise de sobrevivência não paramétrica de Kaplan-Meier. Para comparar as taxas de AME por grupo foi realizada a análise de regressão de riscos proporcionais de Cox.

Para verificar a associação das variáveis peso de nascimento, SNAPPE II, peso e IGC na alta hospitalar, escolaridade materna e histórico materno de filho de baixo peso na escala de autoeficácia da amamentação e no AME realizou-se análise de regressão linear e logística. Para a análise de perdas da amostra inicial ao sexto mês de IGC foi realizada a comparação das variáveis de perfil sociodemográfico, obstétrico e econômico das mães e perfil clínico dos RNBP. As médias amostrais foram testadas por meio do teste t de Student e as medianas por meio do teste Mann-Whitney. As variáveis categóricas tiveram as proporções amostrais comparadas pelo teste Qui-quadrado.

Aspectos éticos

As mães foram abordadas ao longo da primeira semana de internação de seus filhos e convidadas a participarem da pesquisa, foi solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos institucional e aprovada em março de 2018 por meio do Parecer nº 2.521.553.

Resultados

Foram incluídos 114 RNBP, sendo que 67 ficaram internados na Unidade Canguru e 47 na Unidade Convencional, antes da alta hospitalar. Durante o seguimento, foram avaliados 54 (Canguru = 36 e Convencional = 18) no quarto mês de IGC, e 37 (Canguru = 27 e Convencional = 10) aos seis meses de IGC. Na análise de perdas da amostra inicial aos seis meses de IGC não foram observadas diferenças significativas em relação ao perfil clínico e sociodemográfico da amostra avaliada ($p > 0,05$).

As características clínicas dos RNBP e o perfil sociodemográfico, obstétrico e econômico de suas mães, por grupo, estão descritas na tabela 1. É possível observar que o grupo Convencional apresentou menor peso de nascimento ($p=0,045$), maior pontuação no SNAPPE II ($p=0,002$), maior tempo de internação ($p=0,003$) e maior percentual de reinternação ($p=0,014$). Já o grupo Canguru apresentou menor peso ($p=0,000$) e IGC ($p=0,003$) na alta hospitalar. Ao analisar às variáveis relacionadas as mães, o grupo Canguru apresentou maior escolaridade ($p=0,010$) e maior percentual de filho de baixo peso em gestação anterior ($p=0,044$).

Na tabela 2 estão descritos os valores da razão de riscos (HR) para autoeficácia da amamentação e duração do AME segundo grupos Canguru e Convencional. Os escores de autoeficácia da amamentação foram semelhantes nos dois grupos, assim como a duração do AME. A relação (II) entre os grupos e a duração do AME, apresentou uma razão de riscos associada de (1,47) indicando que em um mesmo instante de tempo, o grupo Convencional tem um risco aproximadamente 1,5 vezes maior de abandonar o AME do que o grupo Canguru, apesar de não ser estatisticamente significativo ($p=0,070$).

A tabela 3 apresenta a taxa de AME entre os grupos ao longo do tempo. Apesar dos achados não apresentarem diferença significativa, observou-se uma porcentagem semelhante de AME no primeiro intervalo, porém durante o seguimento este foi maior no grupo Canguru. No sexto mês de IGC 5% da amostra do grupo Canguru referiu amamentar exclusivamente, enquanto nenhum RNBP do grupo Convencional amamentou até este tempo.

Na análise multivariada, as variáveis de perfil da amostra (peso de nascimento, SNAPPE II, peso e IGC na alta hospitalar, escolaridade materna e histórico materno de filho de baixo peso) não apresentaram diferenças estatísticas significativas ($p>0,05$) para a autoeficácia da amamentação e para o AME.

Discussão

A permanência da mãe diuturnamente com seu filho, possibilidade esta oportunizada pela Unidade Canguru, mostrou-se uma influência positiva para a amamentação. Apesar de os achados não serem estatisticamente significativos, observou-se uma razão de riscos menor de desmame precoce para o grupo de RNBP que participaram das três etapas do Método Canguru. Sabe-se que a presença contínua da mãe faz com que ela se sinta mais confiante¹⁸, além disso, esse maior tempo com o filho atua como fator protetor para o AM.¹¹

A oportunidade dos pais ficarem próximos de seus filhos pode promover benefícios como estabilidade clínica, ganho de peso e alta precoce.¹¹ Além disso, outras investigações relacionadas ao contato pele a pele tem se mostrado eficazes em relação ao AM¹¹⁻¹³ e aos desfechos neonatais sociais e comportamentais a longo prazo.¹⁴ Apesar do presente estudo não ter avaliado a influência do contato pele a pele, sabe-se que na Unidade Canguru as mães são incentivadas a realiza-lo pelo maior tempo possível, desde que este seja prazeroso para ela e seu filho.¹⁰⁻¹¹

A influência positiva da presença da mãe,^{11,18-19} de sua confiança e compromisso com a amamentação²⁰⁻²² tem sido descrita. Embora os achados não tenham apresentado diferença significativa, foi possível observar uma porcentagem de AME semelhante entre os grupos, porém no seguimento, o AME foi maior no grupo que participou das três etapas do Método Canguru, de modo que 5% da amostra referiu amamentar exclusivamente no sexto mês de IGC, diferentemente do grupo que participou apenas da primeira etapa, que no intervalo de quatro a seis meses de IGC abandonaram o AME.

O estabelecimento e a continuidade do AME para díades de RNBP é permeado por dificuldades e desafios,^{2-3,19-22} mas existem fatores que são favoráveis a sua manutenção, como o cuidado centrado na família,²³ apoio dos profissionais de saúde, conhecimento materno acerca dos benefícios e pretensão em amamentar,²⁰ além de programas e políticas com o objetivo de proteger, promover e apoiar o AM.^{2,13}

A autoeficácia da amamentação tem sido apontada como um fator de proteção contra o desmame precoce em nascidos a termo,⁵⁻⁸ sugerindo que esta é uma teoria de mudança social eficaz para explicar as taxas de AM nesse público.⁹ No contexto da prematuridade e do Método Canguru, embora não tenha sido encontrada associação entre a participação nas três etapas e a autoeficácia da amamentação, esta relação não pode ser descartada, novos estudos são necessários para entender melhor essa relação.

Apesar de a segunda etapa estar associada ao maior protagonismo e empoderamento materno,¹⁸ o Método Canguru estabelecido pela norma brasileira é um modelo de cuidado que visa a qualificação e humanização da assistência neonatal, reunindo estratégias de intervenção biopsicossociais favoráveis a participação ativa da família desde a admissão na Unidade Neonatal. O acolhimento e livre acesso dos pais, suporte à amamentação, contato precoce e contínuo e atuação da equipe de modo a assegurar que a família seja moduladora para o bem-estar do RN são algumas de suas premissas.¹⁰

À luz do Método Canguru como política pública de saúde no Brasil, destaca-se ainda a associação dos avanços tecnológicos com o cuidado humanizado com vistas a estimular a

observação cuidadosa das nuances do contexto familiar, buscando meios para promover a proximidade e a formação de vínculo. Além disso, essa tecnologia de cuidado leve promove a alta precoce e segura com acompanhamento ambulatorial e/ou domiciliar com o objetivo de apoiar e incentivar o AM, fortalecer o apego seguro e o crescimento e desenvolvimento integral da criança.¹⁰

Ressaltamos também, como resultado deste estudo, que ao comparar as características dos RNBP por grupo, aqueles que participaram do grupo Convencional foram mais graves segundo o escore SNAPPE II, tiveram maior tempo de internação e percentual de reinternação, apesar de todos os RN avaliados serem pré-termos e com baixo peso ao nascer $\leq 1800\text{g}$. As mães do grupo Canguru tiveram maior escolaridade e experiência anterior com filho de baixo peso. Na análise multivariada nenhuma dessas variáveis mostrou influência significativa para autoeficácia da amamentação e AME.

Os pontos fortes deste estudo são a análise do Método Canguru como política pública de saúde e sua possível relação com a autoeficácia da amamentação no contexto da prematuridade. E o delineamento prospectivo que permite controlar a temporalidade entre a exposição e os desfechos.

É importante salientarmos que a escala utilizada foi validada a partir da avaliação de díades de recém-nascidos a termo e sem comorbidades, a mesma escala foi utilizada para ambos os grupos. Além disso, a perda de participantes ao longo do seguimento foi alta. Entretanto, as características do perfil clínico e sociodemográfico da amostra avaliada foram semelhantes entre os participantes que permaneceram e às perdas ao longo do seguimento. Ao questionarmos sobre a continuidade do AME, não foi realizado recordatório do dia anterior, porém o mesmo procedimento de coleta de dados foi utilizado nos dois grupos evitando assim viés de medida.

Iniciativas como o Método Canguru são importantes para a promoção do AM nesse público, uma vez que este modelo de cuidado é pautado na humanização da assistência e na presença contínua da mãe. Mães que permaneceram com seus filhos e participaram das três etapas do Método Canguru apresentaram um risco menor de desmame precoce. A relação entre a autoeficácia da amamentação e o método deve ser melhor elucidada em novos estudos.

Referências

1. World Health Organization (WHO). Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services; 2017. [acesso: 27 out.20]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259386/9789241550086-eng.pdf>
2. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices?. *Lancet*. 2016;387(10017):491-504. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)01044-2
3. Tudehope DI. Human milk and the nutritional needs of preterm infants. *The Journal of pediatrics*. 2013;162(3):S17-25. DOI: 10.1016/j.jpeds.2012.11.049
4. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016;387(10017):475-90. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)01024-7
5. Dennis CL. The breastfeeding self-efficacy scale: Psychometric assessment of the short form. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2003;32(6):734-44. DOI: 10.1177/0884217503258459
6. Dodt RCM, Ximenes LB, Almeida PC, Oriá MO, Dennis CL. Psychometric and maternal sociodemographic assessment of the breastfeeding self-efficacy scale: short form in a Brazilian sample. *Journal of Nursing Education and Practice*. 2012;2(3):66-73. DOI: 10.5430/jnep.v2n3p66
7. Tuthill EL, McGrath JM, Graber M, Cusson RM, Young SL. Breastfeeding self-efficacy: a critical review of available instruments. *Journal of Human Lactation*. 2016;32(1):35-45. DOI: 10.1177/0890334415599533
8. Laliberté C, Dunn S, Pound C, Sourial N, Yasseen III AS, Millar D, et al. A randomized controlled trial of innovative postpartum care model for mother-baby dyads. *PloS one*. 2016;11(2):e0148520. DOI: 10.1371/journal.pone.0148520
9. Brockway M, Benzies K, Hayden KA. Interventions to improve breastfeeding self-efficacy and resultant breastfeeding rates: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Human Lactation*. 2017;33(3):486-99. DOI: 10.1177/0890334417707957
10. Ministério da Saúde (Brasil). Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: manual técnico. 3 ed. Brasília; 2017. [acesso: 27 out.20]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_manual_3ed.pdf
11. Lamy-Filho F, da Silva AAM, Lamy ZC, Gomes MASM, Moreira MEL, Grupo de Avaliação do Método Canguru, et al. Evaluation of the neonatal outcomes of the kangaroo mother method in Brazil. *Jornal de Pediatria (Rio J)*. 2008;84(5):428-35. DOI: 10.1590/S0021-75572008000600009
12. Boundy EO, Dastjerdi R, Spiegelman D, Fawzi WW, Missmer SA, Lieberman E, et al. Kangaroo mother care and neonatal outcomes: a meta-analysis. *Pediatrics*. 2016;137(1):e20152238. DOI: 10.1542/peds.2015-2238
13. Conde-Agudelo A, Díaz-Rossello JL. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birth weigh tinfants. *Cochrane data base of systematic reviews*. 2016;(8). DOI: 10.1002/14651858.CD002771.pub4

14. Charpak N, Tessier R, Ruiz JG, Hernandez JT, Uriza F, Villegas J, et al. Twenty-year follow-up of kangaroo mother care versus traditional care. *Pediatrics*. 2017;139(1). DOI: 10.1542/peds.2016-2063
15. Sharma D, Farahbakhsh N, Sharma S, Sharma P, Sharma A. Role of kangaroo mother care in growth and breastfeeding rates in very low birth weight (VLBW) neonates: a systematic review. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2019;32(1),129-42. DOI: 10.1080/14767058.2017.1304535
16. Buonocore G, Perrone S, Longini M, Vezzosi P, Marzocchi B, Paffetti P, et al. Oxidative stress in preterm neonates at birth and on the seventh day of life. *Pediatric Research*. 2002;52(1):46-9. DOI: 10.1023/01.PDR.0000016664.46604.01
17. Richardson DK, Corcoran JD, Escobar GJ, Lee SK. SNAP-II and SNAPPE-II: simplified newborn illness severity and mortality risk scores. *The Journal of pediatrics*. 2001;138(1):92-100. DOI: 10.1067/mpd.2001.109608
18. Lamy ZC, Morsch DS, Deslandes SF, Fernandes RT, Rocha LJJ, Lamy Filho F. The formation of the maternal role from experience of hospitalization in the Neonatal Intensive Care Unit in two models of care. *Revista de Pesquisa em Saúde*. 2011;12(1):14-21. [acesso: 15 dez.20]. Disponível em: <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/919>
19. Flacking R, Ewald U, Wallin L. Positive effect of kangaroo mother care on long-term breastfeeding in very preterm infants. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2011;40(2):190-7. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2011.01226.x
20. Gianni ML, Bezze E, Sannino P, Stori E, Plevani L, Roggero P, et al. Facilitators and barriers of breastfeeding late preterm infants according to mothers' experiences. *BMC Pediatrics*. 2016;16(1), 179. DOI: 10.1186/s12887-016-0722-7
21. Palmér L, Ericson J. A qualitative study on the breastfeeding experience of mothers of preterm infants in the first 12 months after birth. *International Breastfeeding Journal*. 2019;14(1):35. DOI: 10.1186/s13006-019-0229-6
22. Ericson J, Palmér L. Cessation of breastfeeding in mothers of preterm infants - A mixed method study. *PloS one*. 2020;15(5):e0233181. DOI: 10.1371/journal.pone.0233181
23. Heidelise ALS. Newborn individualized developmental care and assessment program (NIDCAP): new frontier for neonatal and perinatal medicine. *Journal of Neonatal-Perinatal Medicine*. 2009;2(3):135-47 DOI: 10.3233/NPM-2009-0061

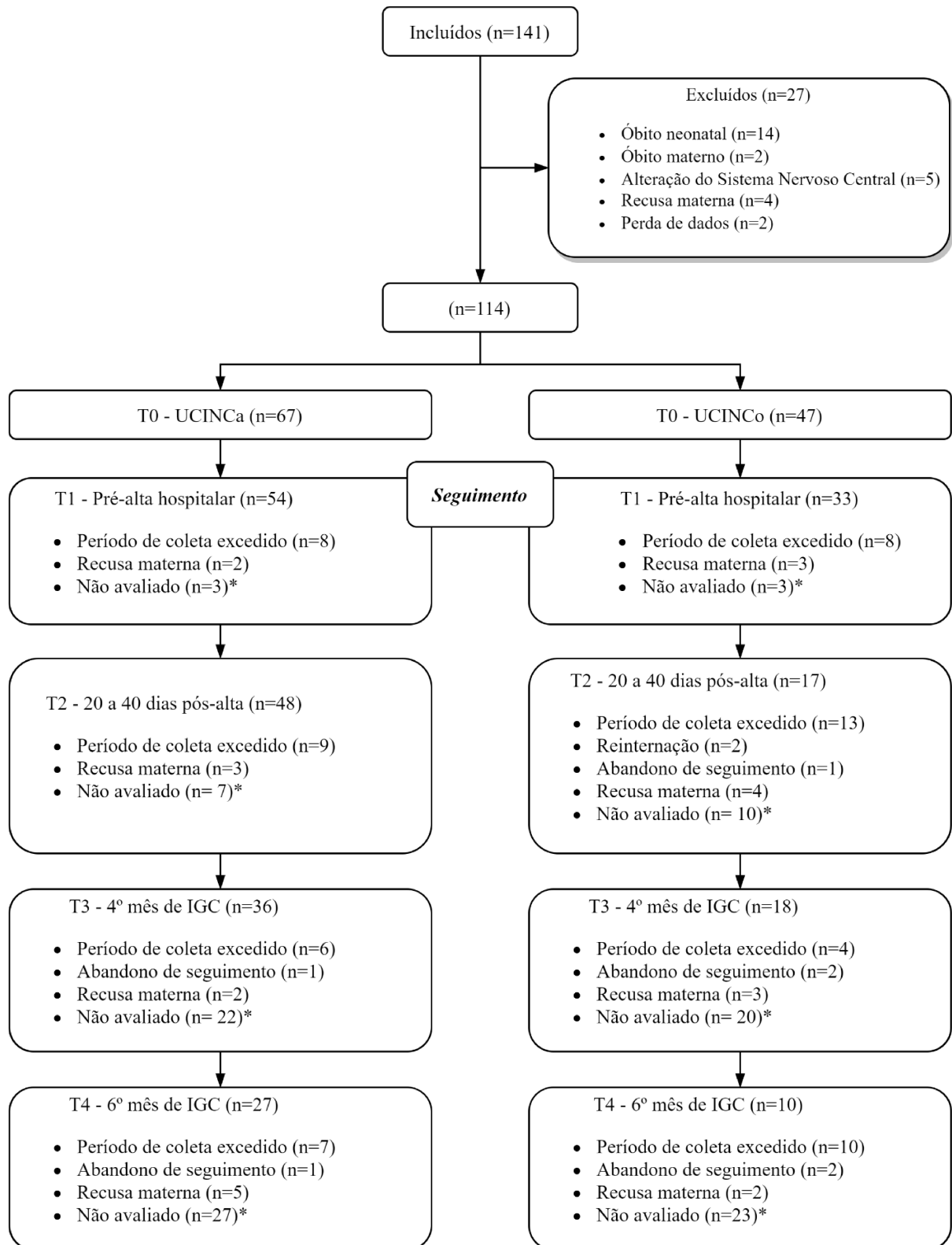


Figura 1 – Fluxograma de participantes do estudo.

Legenda: *Díades não avaliadas em virtude da orientação de isolamento social e suspensão dos atendimentos no ambulatório da instituição pelas autoridades de saúde em decorrência da pandemia Covid-19, declarada em 11 de março de 2020. Período de coleta excedido: ausência materna na consulta e impossibilidade de nova consulta em tempo hábil.

Tabela 1 - Caracterização dos recém-nascidos de baixo peso e perfil materno por grupo.

Variáveis do recém-nascido	Canguru	Convencional	p-valor*
Peso ao nascimento (média±DP)	1363,7±319,3	1232,3±353,9	0,045
Idade gestacional (média±DP)	30,8±2,7	29,8±3,1	0,081
SNAPPE II (média±DP)	14,7±15,2	25,4±19,24	0,002
Peso na alta hospitalar (média±DP)	2018,4±124,6	2290,8±371,7	0,000
IGCA (média±DP)	37,3±1,6	38,7±2,6	0,003
Tempo de internação (média±DP)	47,5±17,7	62,4±34,6	0,003
Reinternação (%)	8,3	45,1	0,014**
Variáveis da mãe	Canguru	Convencional	p-valor**
Idade (média±DP)	25,8±6,7	28,3±7,6	0,083*
Escolaridade (%)			
< 8 anos	1,6	14,9	
8 a 11 anos	57,8	61,7	0,010
> 12 anos	40,6	23,4	
Renda familiar (%)			
< 1 salário mínimo	5,8	10,0	
1 a 3 salários mínimos	73,1	75,0	0,605
> 3 salários mínimos	21,1	15,0	
Trabalho formal (%)	53,7	47,8	0,537
Possui companheiro (%)	71,6	80,8	0,261
Realizou pré-natal (%)	97,0	97,9	0,778
Parto cesárea (%)	64,2	63,8	0,969
Primigesta (%)	61,2	44,7	0,081
Filho anterior de baixo peso (%)	50,0	23,1	0,044

Legenda: SNAPPE II: *Score for Neonatal Acute Physiology - Perinatal Extension*; IGCA: Idade gestacional corrigida na alta hospitalar. Análise: *Teste t-student. **Teste Qui-quadrado.

Tabela 2 – Razão de riscos obtida a partir da Regressão de Cox para a duração do aleitamento materno exclusivo entre mães de recém-nascidos de baixo peso ao longo do tempo.

Relação	HR	Intervalo de confiança 95%	p-valor
I	0,98	0,92-2,43	0,103
II	1,47	0,96-2,23	0,070

Legenda: HR: Razão de riscos. Relação I: Autoeficácia da amamentação. Relação II: Grupo Canguru versus Convencional.

Tabela 3 - Taxa de aleitamento materno exclusivo entre mães de recém-nascidos de baixo peso por grupo ao longo do tempo.

Tempo	AMEⁱ(n)	AME^a(n)	AME^f(%)	Intervalo de confiança 95%
Canguru				
0-40	58	30	48,2	36,9-63,0
40-120	28	13	25,8	16,7-40,0
120-180	15	12	5,0	1,7-15,6
180>	3	NA	NA	NA
Convencional				
0-40	26	12	53,8	37,7-76,9
40-120	14	10	15,4	6,2-37,9
120-180	4	4	0,0	NA

Legenda: AMEⁱ: Aleitamento materno exclusivo no início do intervalo; AME^a: Abandono do aleitamento materno exclusivo durante o intervalo; AME^f: Aleitamento materno exclusivo no fim do intervalo. NA: Não avaliado. Análise: Sobrevida não Paramétrica de Kaplan-Meier

REFERÊNCIAS

- ALVES, F.N. **Impacto da segunda e terceira etapa do método canguru nas variáveis clínicas neonatais:** do nascimento ao sexto mês de idade gestacional corrigida. 2019. 71 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2019. DOI: 10.14393/ufu.di.2019.1323
- BANDURA, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, Washington, v. 84, n.2, p. 191-215, 1977. DOI: 10.1037/0033-295X.84.2.191
- BARTLE, N.C.; HARVEY, K. Explaining infant feeding: the role of previous personal and vicarious experience on attitudes, subjective norms, self-efficacy and breastfeeding outcomes. **British Journal of Health Psychology**, Leicester, v. 22, n. 1, p. 763-85, 2017. DOI: 10.1111/bjhp.12254
- BECK, S. *et al.* The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. **Bulletin of the World Health Organization**, Genebra, v. 88, p. 31-38, 2010. DOI: 10.2471/BLT.08.062554
- BÉRARD, A; LE TIEC, M; DE VERA, M.A. Study of the costs and morbidities of late-preterm birth. **Archives of Disease in Childhood: Fetal & Neonatal**, London, v. 97, n. 5, p. F329-F334, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/fetalneonatal-2011-300969>
- BLENCOWE, H. *et al.* Born too soon: the global epidemiology of 15 million preterm births. **Reproductive Health**, Ottawa, v. 10, n. S1, p. S2, 2013. DOI: 10.1186/1742-4755-10-S1-S2
- BLENCOWE, H. *et al.* National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. **Lancet**, London, v. 379, p. 2162–72, 2012. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)60820-4
- BLENCOWE, H. *et al.* Preterm birth–associated neurodevelopmental impairment estimates at regional and global levels for 2010. **Pediatric research**, Illinois, v. 74, n. S1, p. 17-34, 2013. DOI: 10.1038/pr.2013.204
- BOCCOLINI, C.S. *et al.* Breastfeeding indicators trends in Brazil for three decades. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, p. 108, 2017. DOI: 10.11606/S1518-8787.2017051000029
- BOUNDY, E. O. *et al.* Kangaroo mother care and neonatal outcomes: a meta-analysis. **Pediatrics**, Washington, v. 137, n.1, p. e 20152238, jan. 2016. DOI: 10.1542/peds.2015-2238
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru** - manual técnico. Brasília, DF, 3. ed., 2017. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_manual_3ed.pdf. Acesso em: 27 de outubro de 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília, DF, ed. 2, 2016. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aleitamento_materno_alimentacao_complementar_2edica_o.pdf. Acesso em: 30 de outubro de 2020.
- BRASIL. Universidade Federal do Rio de Janeiro. **Estudo nacional de alimentação e nutrição infantil – ENANI-2019:** resultados preliminares – indicadores de aleitamento materno no Brasil.

UFRJ: Rio de Janeiro, 2020. 9 p. Disponível em: Relatórios - ENANI (ufrj.br). Acesso em: 23 de janeiro de 2021.

BROCKWAY, M; BENZIES, K; HAYDEN, K.A. Interventions to improve breastfeeding self-efficacy and resultant breastfeeding rates: a systematic review and meta-analysis. **Journal of Human Lactation**, Charlottesville, v. 33, n. 3, p. 486-99, 2017. DOI: 10.1177/0890334417707957

BUONOCORE, G. *et al.* Oxidative stress in preterm neonates at birth and on the seventh day of life. **Pediatric Research**, Illinois, v. 52, n. 1, p. 46-9, jul. 2002. DOI: 10.1023/01.PDR.0000016664.46604.01

CHARPAK, N. *et al.* Kangaroo Mother Care: 25 years after. **Acta Paediatrica**, Solna, v. 94, n. 5, p. 519-22, 2005. DOI: 10.1111/j.1651-2227.2005.tb01930.x

CHARPAK, N. *et al.* Twenty-year follow-up of kangaroo mother care versus traditional care. **Pediatrics**, Washington, v. 139, n. 1, 2017. DOI: 10.1542/peds.2016-2063

CHAWANPAIBOON, S. *et al.* Global, regional and national estimates of levels of preterm birth in 2014: a systematic review and modelling analysis. **Lancet Glob Health**, London, v. 7, p. e37-46, jan. 2019. DOI: 10.1016/S2214-109X(18)30451-0

CONDE-AGUDELO, A; DÍAZ-ROSSELLO, J. L. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birth weight infants. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, UK, n. 8, 2016. DOI: 10.1002/14651858.CD002771.pub4

DE FREITAS, B. A. C. *et al.* Duration of breastfeeding in preterm infants followed at a secondary referral service. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 189-196, jun. 2016. DOI: 10.1016/j.rppede.2016.02.010

DENNIS, C.L. The breastfeeding self-efficacy scale: Psychometric assessment of the short form. **Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing**, Washington, v. 32, n. 6, p. 734-44, 2003. DOI: 10.1177/0884217503258459

DENNIS, C.L. Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: a self-efficacy framework. **Journal of Human Lactation**, Charlottesville, v. 15, n. 3, p. 195-201, 1999. DOI: 10.1177/089033449901500303

DENNIS, C.L; FAUX, S. Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. **Research in Nursing & Health**, London, v. 22, n. 5, p. 399-409, 1999. DOI: 10.1002/(SICI)1098-240X(199910)22:5<399::AID-NUR6>3.0.CO;2-4

DODT, R.C.M. *et al.* Psychometric and maternal sociodemographic assessment of the breastfeeding self-efficacy scale: short form in a Brazilian sample. **Journal of Nursing Education and Practice**. North Carolina, v. 2, n. 3, p. 66-73, 2012. DOI: 10.5430/jnep.v2n3p66

ENTRIGER, A. P. *et al.* Budget impact of using the Kangaroo Method in neonatal care. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 976-83, 2013. DOI: 10.1590/S0034-8910.2013047004569

GIANNÌ, M.L. *et al.* Facilitators and barriers of breastfeeding late preterm infants according to mothers' experiences. **BMC Pediatrics**, London, v. 16, n. 1, p. 179, 2016. DOI: 10.1186/s12887-016-0722-7

GONTIJO, T. L. *et al.* Evaluation of implementation of humanized care to low weight newborns – the Kangaroo Method. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 1, p. 33-9, 2010. DOI: 10.1590/S0021-75572010000100007

HEIDELISE, A.L.S. Newborn individualized developmental care and assessment program (NIDCAP): new frontier for neonatal and perinatal medicine. **Journal of Neonatal-Perinatal Medicine**, Clifton, v. 2, n. 3, p. 135-47, 2009. DOI: 10.3233/NPM-2009-0061

HORTA, B.L; VICTORA, C.G. Short-term effects of breastfeeding: a systematic review of the benefits of breastfeeding on diarrhoea and pneumonia mortality. Geneva: **World Health Organization**, 2013. Disponível em: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/breastfeeding_short_term_effects/en/. Acesso em: 12 de outubro de 2020.

KORVENRANTA, E. *et al.* Impact of very preterm birth on health care costs at five years of age. **Pediatrics**, Washington, v. 125, n. 5, p. e1109-e14, 2010. DOI: 10.1542/peds.2009-2882

LALIBERTÉ, C. *et al.* A randomized controlled trial of innovative postpartum care model for mother-baby dyads. **PloS one**, San Francisco, v. 11, n. 2, p. e0148520, 2016. DOI: 10.1371/journal.pone.0148520

LAMY-FILHO, F.L. *et al.* Evaluation of the neonatal outcomes of the kangaroo mother method in Brazil. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 84, n. 5, p. 428-35, 2008. DOI: 10.1590/S0021-75572008000600009

LAMY, Z.C. *et al.* Humanization in low weight newborn intensive care – Kangaroo Mother Care: the Brazilian propose. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 659-68, 2005. DOI: 10.1590/S1413-81232005000300022

LAMY, Z.C. *et al.* The formation of the maternal role from experience of hospitalization in the Neonatal Intensive Care Unit in two models of care. **Revista de Pesquisa em Saúde**, São Luis, v. 12, n. 1, 2011. Disponível em: <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/919>. Acesso em: 28 de agosto de 2020.

LAWN, J.E. *et al.* Every Newborn: progress, priorities, and potential beyond survival. **The Lancet**, London, v. 384, n. 9938, p. 189–205, 2014. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)60496-7

LEE, S. KELLEHER, S.L. Biological underpinnings of breastfeeding challenges: the role of genetics, diet, and environment on lactation physiology. **American Journal of Physiology-Endocrinology and Metabolism**, Rockville, v. 311, n. 2, p. E405-E422, 2016. DOI: 10.1152/ajpendo.00495.2015

MCQUEEN, K.A. *et al.* A pilot randomized controlled trial of a breastfeeding self-efficacy intervention with primiparous mothers. **Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing**, Washington v. 40, n. 1, p. 35-46, 2011. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2010.01210.x

MWANIKI, M. K. *et al.* Long-term neurodevelopmental outcomes after intrauterine and neonatal insults: a systematic review. **The Lancet**, London, v. 379, n. 9814, p. 445-452, 2012. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)61577-8

NYQVIST, K.H. *et al.* Towards universal Kangaroo Mother Care: recommendations and report from the First European conference and Seventh International Workshop on Kangaroo Mother Care. **Acta Paediatrica**, Solna, v. 99, n. 6, p. 820-826, 2010. DOI: 10.1111/j.1651-2227.2010.01787.x

- ORÍ, M.O.B. *et al.* Psychometric assessment of the Brazilian version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. **Public Health Nursing**, New York, v. 26, n. 6, p. 574-583, 2009. DOI: 10.1111/j.1525-1446.2009.00817.x
- PEREIRA-SANTOS, M. *et al.* Prevalence and associated factors for early interruption of exclusive breastfeeding: meta-analysis on Brazilian epidemiological studies. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 17, n. 1, p. 59-67, 2017. DOI: 10.1590/1806-93042017000100004
- ROLLINS, N.C. *et al.* Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices?. **Lancet**, London, v. 387, n. 10017, p. 491-504, 2016. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)01044-2
- SAMRA, N.M.; TAWHEEL, A.E.I; CADWELL, K. Effect of intermittent kangaroo mother care on weight gain of low birth weight neonates with delayed weight gain. **The Journal of Perinatal Education**, Berlin, v. 22, n. 4, p. 194-200, 2013. DOI: 10.1891/1058-1243.22.4.194
- SANCHES, M.T.C. *et al.* **Kangaroo Method in Brazil: 15 years of public policy.** São Paulo: Instituto de saúde, 2015. 261 p. graf.
- SCHANLER, R.J. Outcomes of human milk-fed premature infants. **Seminars in perinatology**. WB Saunders, [s.l], 2011. p. 29-33. DOI: 10.1053/j.semperi.2010.10.005
- SHARMA, D. *et al.* Role of kangaroo mother care in growth and breast feeding rates in very low birth weight (VLBW) neonates: a systematic review. **The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine**, Vienna, v. 32, n. 1, p. 129-142, 2019. DOI: 10.1080/14767058.2017.1304535
- TALLANDINI, M.A; SCALEMBRA, C. Kangaroo Mother Care and mother–premature infant dyadic interaction. **Infant Mental Health Journal**, Oklahoma, 27, n. 3, p. 251–75, 2006. DOI: 10.1002/imhj.20091
- TUDEHOPE, D.I. Human milk and the nutritional needs of preterm infants. **The Journal of pediatrics**, v. 162, n. 3, p. S17-S25, 2013. DOI: 10.1016/j.jpeds.2012.11.049
- TUTHILL, E. L. *et al.* Breastfeeding self-efficacy: a critical review of available instruments. **Journal of Human Lactation**, Saint Louis [s.l], v. 32, n. 1, p. 35-45, aug. 2016. DOI: 10.1177/0890334415599533
- UNDERWOOD, M.A. Human milk for the premature infant. **Pediatric Clinics**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 1, p. 189-207, 2013. DOI: 10.1016/j.pcl.2012.09.008
- UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. **Levels and trends in child mortality: Report 2019.** New York: United Nations Children’s Fund, 2019. Disponível em: <https://data.unicef.org/resources/levels-and-trends-in-child-mortality/>. Acesso em: 20 de outubro de 2020.
- VENANCIO, S.I; ALMEIDA, H. de. Kangaroo Mother Care: scientific evidences and impact on breastfeeding. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro. v. 80, n. 5, p. s173-s180, 2004. DOI: 10.1590/S0021-75572004000700009
- VENANCIO, S.I. *et al.* Breastfeeding practice in the Brazilian capital cities and the Federal District: current status and advances. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro. v. 86, n. 4, p. 317-324, 2010. DOI: 10.1590/S0021-75572010000400012
- VICTORA, C.G. *et al.* Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. **Lancet Global Health.**, London, v. 3, p. e199–e205, 2015. DOI: 10.1016/S2214-109X(15)70002-1

VICTORA, C.G. *et al.* Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **The Lancet.**, London, v. 387, n. 10017, p. 475-490, 2016. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)01024-7

VOGEL, J.P. *et al.* The global epidemiology of preterm birth. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, v. 52, p. 3-12, 2018. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2018.04.003

WHO. Department of Reproductive Health and Research. **Kangaroo mother care: a practical guide.** Geneva: World Health Organization; 2003. Disponível em: Kangaroo Mother Care: A Practical Guide - WHO, World Health Organization. Reproductive Health and Research, World Health Organization, UNAIDS - Google Livros. Acesso em: 01 de fevereiro de 2021.

WHO. **Guideline:** protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <https://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/breastfeeding-facilities-maternity-newborn/en/>. Acesso em: 22 de dezembro de 2020.

WHO. **Infant and young child feeding:** model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. Geneva: World Health Organization; 2009. ISBN 978-92-4-159749-4. Available: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK148965/>. Acesso em: 18 de agosto de 2020.

WHO. Recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal deaths. Modifications recommended by FIGO as amended October 14, 1976. **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica**, Estocolmo, n. 56, p. 247-53, 1977. DOI: 10.3109/00016347709162009

APÊNDICE

Apêndice I – Figura e tabelas complementares

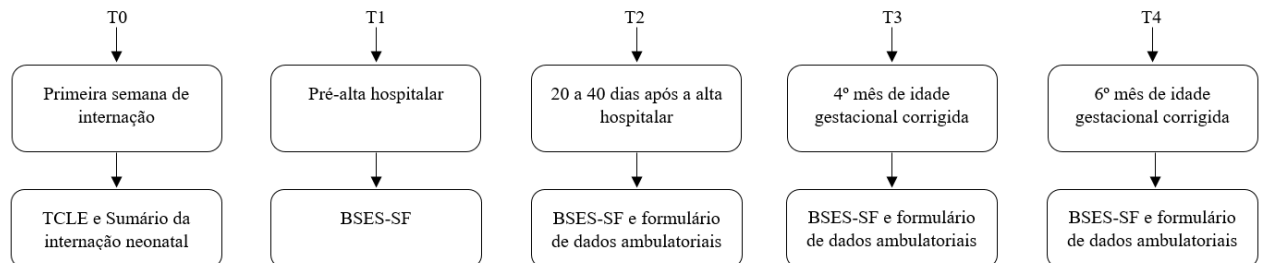


Figura 2 – Fluxograma dos tempos de coleta de dados.

Legenda: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). *Breastfeeding Self Efficacy Scale – Short Form* (BSES-SF).

Tabela 4 - Análise de perda da amostra inicial ao sexto mês de idade gestacional corrigida entre as variáveis relacionadas aos recém-nascidos de baixo peso e suas mães.

Variáveis do recém-nascido	Média T0-T4	p-valor	Mediana T0-T4	p-valor
Peso ao nascimento	1309,5-1318,7	0,274	1365,0-1380,0	0,334
Idade gestacional	30,4-30,7	0,890	30,4-31,2	0,981
SNAPPE II	19,1-21,2	0,051	15,0-18,0	0,053
Peso na alta hospitalar	2130,7-2138,0	0,065	2045,0-2025,0	0,828
IGCA	37,9-38,3	0,833	37,4-37,8	0,600
Variáveis da mãe	Média T0-T4	p-valor	Mediana T0-T4	p-valor
Idade	26,8	0,404	26,5	0,400
	(%) T0		(%) T4	p-valor
Escolaridade				
< 8 anos	7,2		2,8	
8 a 11 anos	59,4		68,5	0,439
> 12 anos	33,3		28,5	
Renda familiar				
< 1 salário mínimo	7,6		7,1	
1 a 3 salários mínimos	73,9		75,0	0,991
> 3 salários mínimos	18,4		17,8	
Trabalho formal	51,3		43,2	0,325
Possui companheiro	92,1		97,3	0,388
Realizou pré-natal	97,4		97,3	0,978
Parto cesárea	64,0		62,1	0,812
Primigesta	54,4		59,4	0,872
Filho anterior de baixo peso	36,5		33,3	0,796

Legenda: SNAPPE II: *Score for Neonatal Acute Physiology - Perinatal Extension*; IGCA: Idade gestacional corrigida na alta hospitalar.

Análise: Teste t-student. Teste Mann-Whitney. Teste Qui-quadrado.

Tabela 5 – Caracterização geral e Análises de Regressão Linear e Logística para variáveis do perfil clínico dos recém-nascidos de baixo peso e perfil de suas mães no momento da alta hospitalar.

Variáveis do recém-nascido	Medida	p-valor BSES-SF*	p-valor AME*
Grupo Canguru versus Convencional	-	0,948	0,576
Peso ao nascimento (média±DP)	1309,5±338,7	0,643	0,836
SNAPPE II (média±DP)	19,1±17,7	0,838	0,278
Peso na alta hospitalar (média±DP)	2130,7±288,9	0,243	0,587
IGCA (média±DP)	37,9±2,2	0,758	0,124
Variáveis da mãe	Medida	p-valor BSES-SF*	p-valor AME**
Escolaridade (%)			
< 8 anos	7,21		
8 a 11 anos	59,4	0,907	0,556
> 12 anos	33,3		
Filho anterior de baixo peso (%)	36,5	0,675	0,615

Legenda: SNAPPE II: *Score for Neonatal Acute Physiology - Perinatal Extension*; IGCA: Idade gestacional corrigida na alta hospitalar; BSES-SF: *Breastfeeding Self Efficacy Scale – Short form*; AME: Aleitamento materno exclusivo.

Análise: *Regressão Logística. **Regressão linear.

ANEXO

Anexo I - Breastfeeding Self Efficacy Scale - Short-Form (BSES-SF)

Para cada uma das afirmações, por favor, escolha a resposta que melhor descreve até que ponto você está confiante em amamentar o seu bebê. Por favor, marque a sua resposta circulando o número mais próximo de como você se sente. Não existe uma resposta certa ou errada.

1 = Discordo totalmente

2 = Discordo

3 = Às vezes concordo

4 = Concordo

5 = Concordo totalmente

1. Eu sempre sinto quando meu bebê esta mamando o suficiente.	1 2 3 4 5
2. Eu sempre lido com amamentação com sucesso, da mesma forma que eu lido com outros desafios.	1 2 3 4 5
3. Eu sempre alimento meu bebê sem usar leite em pó como suplemento.	1 2 3 4 5
4. Eu sempre percebo se o meu bebê está pegando o peito direitinho durante toda a mamada.	1 2 3 4 5
5. Eu sempre lido com a amamentação de forma a me satisfazer.	1 2 3 4 5
6. Eu sempre posso amamentar mesmo se meu bebê estiver chorando.	1 2 3 4 5
7. Eu sempre sinto vontade de continuar amamentando.	1 2 3 4 5
8. Eu sempre posso dar de mamar confortavelmente na frente de pessoas da minha família.	1 2 3 4 5
9. Eu sempre fico satisfeita com a minha experiência de amamentar.	1 2 3 4 5
10. Eu sempre posso lidar com o fato de que amamentar exige tempo.	1 2 3 4 5
11. Eu sempre amamento meu bebê em um peito e depois mudo para o outro.	1 2 3 4 5
12. Eu sempre continuo amamentando meu bebê a cada alimentação dele.	1 2 3 4 5
13. Eu sempre consigo adequar as minhas necessidades às necessidades do bebê.	1 2 3 4 5
14. Eu sempre sei quando meu bebê terminou a mamada.	1 2 3 4 5

(DODT et al., 2012)