ATUALIDADES EM AMAMENTAÇÃO
Nº58, 2017

IBFAN BRASIL

– Desde 1979 –

Cuidado Mãe Canguru

Editor convidado: **ADRIANO CATTANEO**[1]

RESUMO

Globalmente, prematuridade é a primeira causa de morte em crianças abaixo de 5 anos. Em termos absolutos, quase um milhão de bebês morrem por prematuridade a cada ano, a maior parte no sul da Ásia e África Subsaariana. O risco de morte aumenta com a diminuição do período gestacional e com a pobreza. É estimado que a mortalidade neonatal poderia ser reduzida em 19% se todos os neonatos pudessem ter taxas de mortalidade similares aos 20% mais ricos. Mortes são causadas pela imaturidade de órgãos e sistemas vitais. Bebês prematuros que sobrevivem correm risco de comprometimento cognitivo e comportamental moderado ou de longo prazo e podem ser afetados por retinopatia com comprometimento visual, incluindo cegueira. Outras condições importantes, como infecções, icterícia, dificuldade em se alimentar e má nutrição, muitas vezes levando à atrofia, também como algumas doenças não comunicáveis (pressão alta, doenças cardiovasculares, obesidade, diabetes) também são mais frequentes em crianças prematuras do que de termo, com efeitos negativos subsequentes individuais, familiares e sociais.

O Método Canguru de Cuidados (MCC), internacionalmente chamado Cuidado Mãe Canguru (KMC = Kangaroo Mother Care), uma das poucas práticas de saúde desenvolvida em países de baixa renda e transferida para países de alta renda, tem mostrado reduzir a mortalidade associada com alta prematuridade, em revisões sistemáticas. MCC significa contato 'pele a pele' (PaP) precoce, contínuo e prolongado entre a mãe e o bebê, iniciado no nascimento e continuado em casa depois de alta precoce, com amamentação exclusiva, apoio e acompanhamento adequado. A base do MCC é o PaP, com resultados positivos de amamentação. O MCC resulta em uma taxa e duração maior da amamentação exclusiva quando comparado com cuidados convencionais de bebês prematuros; a duração total de qualquer amamentação também é maior após MCC. Infecção/sepsis severa, infecção/sepsis nosocomial, hipotermia, hipoglicemia, doença severa, doença do trato respiratório inferior e readmissões hospitalares também são reduzidas com MCC, enquanto que peso, tamanho, aumento da circunferência da cabeça, satis-

1 Epidemiologista, aposentado. Trieste, Italia. E-mail: adriano.cattaneo@gmail.com

fação materna, ligação mãe-bebê e ambiente doméstico são melhorados. O MCC também tem impacto positivo no desenvolvimento neurológico, cognitivo, emocional, comportamental e social que mostraram persistir até 20 anos de idade.

Baseado nas evidências acima, o periódico Lancet em 2014 e a Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2015, incluíram MCC entre as intervenções recomendadas para melhora de resultados em bebês prematuros. Apesar da evidência de resultados positivos estar disponível há mais de 10 anos e um manual prático da OMS existir desde 2003, a cobertura permanece baixa e o alvo de cobertura universal para 2030 parece irrealista. Forte vontade política, investimentos adequados, profissionais de saúde especializados e motivados, além de monitoramento e financiamento regulares são necessários para aumentar a cobertura MCC. Além do mais, pais preocupados deveriam advogar pela implementação de MCC nos sistemas de saúde. Demanda parental pode ajudar a superar a indiferença e a resistência ao MCC pelos sistemas de saúde, que são com frequência pressionados por indústrias a usarem tecnologias caras e menos apropriadas.

INTRODUÇÃO

Prematuridade, definida como o nascimento de um bebê vivo antes de 37 semanas de gravidez, é a mais importante causa de morte infantil no mundo. Globalmente, a prematuridade (18%) contribui mais para morte infantil do que pneumonia (13%) e diarreia (9%). Por volta de 2% de todas as mortes atribuídas a prematuridade ocorre no período pós neonatal. A maioria das mortes neonatais, entretanto, sendo 16%, ocorre nas primeiras quatro semanas de vida e são classificadas como mortes por prematuridade. Dessas, por volta de dois terços são mortes neonatais iniciais que ocorrem na primeira semana de vida, primariamente concentrada nas primeiras 48 horas de vida. Por volta de dois terços dos 2,7 milhões de mortes neonatais estimadas no mundo ocorrem em bebês prematuros, a maioria no sul da Ásia e na África Subsaariana[2,3]. O risco de morte é inversamente associado com idade gestacional, sendo que bebês extremamente prematuros (menos de 28 semanas de idade gestacional) correm mais risco de morte do que os nascidos muito prematuramente (28 a 32 semanas de idade gestacional) e aqueles nascidos moderadamente prematuros (32 a 37 semanas de idade gestacional). Além disso, bebês prematuros que nascem pequenos para sua idade gestacional (PIG) tem maior risco de morte comparados com aqueles com peso de nascimento adequado para a idade gestacional. É estimado que até 40% de bebês prematuros podem ser PIG por causa de restrição de crescimento intrauterino devido à nascimento múltiplo, infecção, pré-eclâmpsia, nutrição materna, ou exposição à substâncias tóxicas ambientais, incluindo a fumaça do cigarro[4]. Finalmente, bebês prematuros de famílias mais pobres têm um maior risco de morte comparado àqueles de famílias mais ricas. Baseado em dados de 51 países que representam 75% de todas as mortes neonatais, é estimado que a mortalidade neonatal poderia ser reduzida em 19% se todos neonatos pudessem ter a taxa de mortalidade dos 20% mais ricos[5].

Mortes infantis e neonatais não são a única consequência da prematuridade. Dos estimados 13 milhões de bebês prematuros que sobrevivem ao primeiro mês de vida, quase 3% sofrem de comprometimento do desenvolvimento neuro cognitivo e comportamental moderado ou severo de longo prazo, e por volta de 4,5% sofrem de comprometimento médio. Além do mais, quase 200.000 bebês prematuros são afetados por retinopatia, com 32.000 sofrendo de comprometimento visual, incluindo cegueira[6]. Outras condições importantes, como infecções, icterícia, dificuldades de alimentação e desnutrição, com frequência levando a atrofia, são também mais frequentes em prematuros do quem em bebês maduros. Prematuridade, especialmente quando associada com restrição de crescimento intrauterino seguida de rápido ganho de peso pós natal, também aumenta o risco de doenças não comunicáveis (pressão alta, doenças cardiovasculares, obesidade, diabete) ao longo da vida[7]. Finalmente, a consequência a longo prazo de prematuridade também contribui para efeitos sociais negativos medidos tanto individualmente (por realização acadêmica, emprego e produtividade), como para as famílias - podendo ser um peso econômico e social, também para a comunidade e os sistemas sociais e de saúde[8].

O que causa tanta morte, doença e incapacidades em bebês prematuros? A razão primária é a imaturidade de órgãos vitais, em particular os pulmões e o sistema cardiorrespiratório. Bebês muito ou extremamente prematuros podem ser incapazes de respirar e podem precisar de respiração assistida por algumas horas ou dias para

2 UNICEF. Child mortality estimates. New York (NY): United Nations Children's Fund; 2015

3 Lawn JE, Blencowe H, Oza S et al: Every Newborn 2: progress, priorities, and potential beyond survival. Lancet 2014;384:189-205

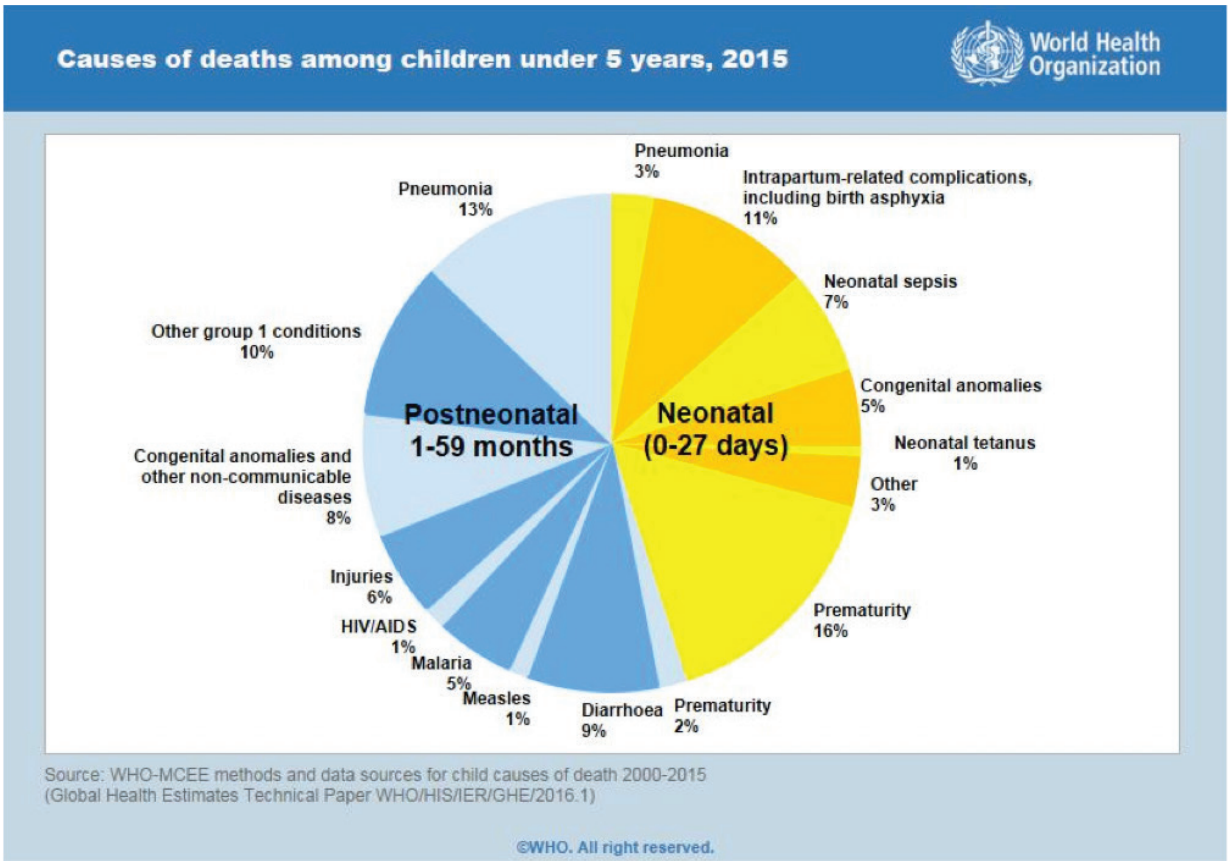
4 Lee AC, Katz J, Blencowe H et al. National and regional estimates of term and preterm small for gestational-age in 138 low-middle income countries in 2010. Lancet Glob Health 2013;1:e26–36

5 Save the Children. State of the world's mothers: surviving the first day. London, UK: Save the Children International, 2013

6 Blencowe H, Lee AC, Cousens S et al. Preterm birth associated neurodevelopmental impairment estimates at regional and global level for 2010. Pediatr Res 2013;74(suppl 1):17–34

7 Barker DJ, Thornburg KL. The obstetric origins of health for a lifetime. Clin Obstet Gynecol 2013;56:511–9

8 Lawn JE, Blencowe H, Darmstadt GL, Bhutta ZA. Beyond newborn survival: the world you are born into determines your risk of disability--free survival. Pediatr Res 2013;74(suppl 1): –3



sobreviverem. Aqueles que conseguem respirar, ou sobrevivem com respiração assistida sofrem as consequências da imaturidade de outros órgãos. Por exemplo, eles são incapazes de manter a temperatura corporal; aquecimento deve ser fornecido através de outros meios para evitar hipotermia e suas consequências, incluindo morte. Sua imaturidade de se alimentar pelo seio, absorver e metabolizar nutrientes também fazem da alimentação e adequação nutricional um desafio. Finalmente, a imaturidade do sistema imunológico aumenta a suscetibilidade e vulnerabilidade de bebês prematuros a infecções, sendo que são mais fácil e severamente afetados. Apesar da prematuridade e restrição de crescimento intrauterino poderem ser prevenidas até certo ponto[9,10], entretanto, está claro que intervenções efetivas devem ser colocadas em uso após o nascimento para reduzir o peso da morte, doença e incapacidades associadas ao nascimento prematuro. O Método Canguru de Cuidados (MCC) é uma intervenção de baixo custo, sustentável e eficaz.

O QUE É MCC (OU KMC EM INGLÊS)?

MCC é uma prática que foi desenvolvida em Bogotá, Colômbia, na metade dos anos 80. Importante saber que MCC é uma das poucas práticas de saúde desenvolvida em países de baixa renda e então transferida para países de alta renda; outro exemplo similar é a terapia de reidratação oral para diarreia infantil. Normalmente, práticas e tecnologias de saúde são desenvolvidas em países de alta renda para serem então transferidas para os de baixa renda. A definição original de MCC, depois adaptada pela OMS em seu guia prático[11], era:

- contato 'pele a pele' (PaP) precoce, contínuo e prolongado entre a mãe e o bebê, iniciado no hospital e continuado em casa;
- amamentação exclusiva;
- alta precoce com apoio e acompanhamento adequados;

A implementação da definição acima continua longe de ser consistente. Em particular:

- Há debate na definição de 'precoce''. Na maioria dos casos, PaP é iniciado quando o bebê está estável, quando as taxas cardíacas e respiratórias estão autorreguladas sem assistência externa. Mas isso significa que muitos bebês prematuros vão morrer antes que MCC seja iniciado. Existe uma lógica biológica e alguma evidência, apesar de não totalmente conclusiva, que a iniciação de PaP o mais cedo possível após o nascimento, até em bebês instáveis, pode ajudá-los a

9 March of Dimes, PMNCH, Save the children, WHO. Born Too Soon: the global action report on preterm birth. Eds: Howson CP, Kinney MV, Lawn JE. World Health Organization. Geneva, 2012

10 Newnham JP, Dickinson JE, Hart RJ et al. Strategies to prevent preterm birth. Frontiers in Immunology

11 WHO. Kangaroo Mother Care: a practical guide. World Health Organization. Geneva, 2003

atingir estabilidade psicológica, e assim prevenir muitas mortes[12,13].

- PaP em contato contínuo e prolongado é altamente recomendado, mas não facilmente realizado. Existem limitações nos serviços de saúde (estrutural, educacional e gerencial) e limitações culturais[14,15,16]. Em muitos hospitais, especialmente em países de alta renda, o contato PaP é intermitente, com episódios de 2-4 horas seguidos de pausas que duram horas ou até o dia todo. Na medida em que os benefícios de MCC estejam relacionados com o contato PaP, em forma de dose-resposta, estratégias que irão ajudar a superar limitações e resistência são altamente necessárias.
- Alta precoce pode ser assegurada com acompanhamento adequado, primeiramente na unidade hospitalar e depois na casa. Isso é possível em centros de excelência, onde um número suficiente de profissionais de saúde competentes e motivados, em equipes multidisciplinares, estão disponíveis. É mais difícil onde o sistema de saúde é fraco e não garante referência e contra referência, ou onde profissionais habilitados estão em falta. Esses obstáculos à alta precoce e acompanhamento adequado podem ser somente superados com ações direcionadas à melhora do sistema de saúde.

A heterogeneidade no significado da definição de MCC é bem ilustrada em uma revisão sistemática que considerou 1035 trabalhos e documentos; de todos, somente 299 definiram MCC[17].

O componente principal do MCC é o contato PaP, mas o componente que parece ser aplicado com mais sucesso é a amamentação exclusiva. Uma revisão Cochrane e diversos documentos locais e nacionais mostram que MCC resulta em uma taxa mais alta e uma maior duração de amamentação exclusiva quando comparados com cuidados convencionais de bebês prematuros[18]. A duração total de qualquer amamentação também é maior quando MCC é praticada. Isso se deve a diversos fatores:

- O contato PaP, mesmo que não tão precoce, contínuo e prolongado como recomendado, é certamente o fator de maior importância.
- A proximidade de mãe e bebê resulta em maior consciência das necessidades de seu bebê.
- O acesso mais fácil à mama pelo bebê prematuro, em oposto à dificuldade de mover o bebê da incubadora ou outro aparelho de aquecimento.
- A maior confiança da mãe em lidar com o bebê, comparada à dependência dos funcionários da ala no cuidado convencional.

Os hospitais que implantaram MCC também são, frequentemente hospitais amigos da criança, onde a influência do marketing de um maior uso de substitutos do leite materno é restrita e bebês prematuros não representam uma oportunidade de mercado significativa para a indústria de fórmula infantil, devido ao pequeno tamanho desse mercado de bebês.

QUAIS SÃO OS BENEFÍCIOS DO MCC?

A revisão Cochrane acima mencionada revela: "comparado com cuidado neonatal convencional, o MCC reduz a mortalidade na alta (ou em 40 a 41 semanas de idade pós menstrual no último acompanhamento), infecção/sepse severa, infecção/sepse nosocomial, hipotermia, doença severa e doença do trato respiratório inferior. Aliás, MCC aumentou peso, tamanho e ganho de circunferência da cabeça, amamentação na alta ou em 40-41 semanas de idade pós menstrual e com um a três meses de acompanhamento, satisfação materna com método de cuidado de bebês, e melhorou a ligação entre mãe-bebê e o ambiente doméstico. Pesquisadores não notaram diferenças em resultados neurosensoriais e de desenvolvimento neurológico aos 12 meses." Esses resultados são derivados de meta-análises de dados de 21 ensaios controlados randomizados, envolvendo 3042 bebês, realizados principalmente em ambientes de baixa renda e publicados anteriormente a junho de 2016.

Outra revisão sistemática, completada em 2016, selecionou 1035 artigos e analisou os resultados de 124 estudos que atenderam ao critério de inclusão para resultados neonatais[19]. Comparado ao cuidado convencional, o MCC foi associado a 36% de redução em mortalidade, menores taxas de sepse, hipotermia, hipoglicemia e readmissões hospitalares. Também foi associada com aumento de amamentação exclusiva. Recém-nascidos permanecendo em MCC tiveram menores taxas respiratórias médias e medidas de dor, e maior saturação de oxigênio, temperatura e crescimento de circunferência

12 Bergman NJ, Linley LL, Fawcus SR. Randomized controlled trial of skin-to-skin contact from birth versus conventional incubator for physiological stabilization in 1200- to 2199-gram newborns. Acta Paediatr 2004;93:779-85

13 Chi Luong K, Long Nguyen T, Huynh Thi DH et al. Newly born low birthweight infants stabilise better in skin-to-skin contact than when separated from their mothers: a randomised controlled trial. Acta Paediatr 2016;105:381-90

14 Vesel L, Bergh AM, Kerber KJ et al. Kangaroo mother care: a multi--country analysis of health system bottlenecks and potential solutions. BMC Pregnancy and Childbirth 2015;15 (Suppl 2):S5

15 Chan GJ, Labar AS, Wall S, Atun R. Kangaroo mother care: a systematic review of barriers and enablers. Bull World Health Organ 2016;94:130–41

16 Seidman G, Unnikrishnan S, Kenny E et al. Barriers and enablers of kangaroo mother care practice: a systematic review. PLoS ONE 2015;10(5):e0125643

17 Chan GJ, Valsankar B, KajeepetaS et al. What is kangaroo mother care? Systematic review of the literature. J Glob Health 2016;6(1):010701

18 Conde-Agudelo A, Díaz-Rossello JL. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 8. Art. No.: CD002771

19 Boundy EO, Dastjerdi R, Spiegelman D et al. Kangaroo mother care and neonatal outcomes: a meta-analysis. Pediatrics 2016;137:doi: 10.1542/peds.2015-2238. Epub 2015 Dec 23

da cabeça. Resultados similares também foram relatados por uma revisão anterior[20].

O MCC tem impacto positivo significativo em desenvolvimento neurológico, cognitivo, comportamental e social, além de impacto em saúde e nutrição. Alguns desses são efeitos benéficos de longo prazo como demonstrado em uma análise complementar dos efeitos da mortalidade de um teste randomizado controlado executado em Bogotá, Colômbia. Nos anos 90, Tessier et al[21] observaram uma mudança na percepção da mãe com relação a seu bebê. Comparado a mães em cuidados convencionais, aquelas praticando MCC eram mais sensíveis às mensagens de seus bebês e mais resilientes ao stress; em outras palavras, elas tinham uma ligação melhor[22]. Aos 12 meses de idade corrigida, os bebês de MCC tinham um QI mais alto; a diferença foi mais significativa para bebês que foram mais prematuros (30-32 semanas de idade gestacional), precisaram de cuidados intensivos, e tiveram um diagnóstico de desenvolvimento neurológico duvidoso ou anormal aos 6 meses[23]. Os mesmos bebês foram estudados 20 anos depois. Os efeitos no QI no ambiente doméstico ainda estavam presentes. Pais que usaram MCC eram mais protetores e carinhosos, refletindo em reduzida ausência escolar e reduzida hiperatividade, agressividade, externalização, e conduta sócio desviante de jovens adultos.

Baseada nas evidências acima, as recomendações de intervenções para melhora de resultados em nascimentos prematuros feitas em 2015 pela OMS, incluíram MCC entre as intervenções indicadas, embora de forma conservadora, somente para recém-nascidos clinicamente estáveis[24].

O MCC foi incluído nas intervenções recomendadas na revista Lancet Every Newborn Series 2014. É importante notar que os autores deste artigo observaram que países de alta renda também fizeram uso de MCC por conta de seus benefícios de desenvolvimento a longo prazo. Finalmente, o MCC também foi incluído entre seis intervenções eficazes para melhora de saúde neonatal e posterior sobrevivência, pelos autores de uma série de revisões sistemáticas, publicada em 2015.

Com base em todas as evidências acima, em suas recomendações de 2015 sobre intervenções para melhorar os resultados de parto prematuro, a OMS incluiu KMC entre as intervenções recomendadas, embora de forma conservadora, isto é, apenas para recém-nascidos clinicamente estáveis (Figura 2)[25].

7.0 KMC (MCC ou cuidado mãe canguru) é recomendado para o cuidado rotineiro de recém-nascidos pesando 2000g ou menos ao nascer, e deve ser iniciado nos hospitais assim que o bebê for considerado clinicamente estável.	**Recomendação forte** Baseada em evidências de qualidade moderada.
7.1 Recém-nascidos pesando 2000g ou menos devem receber o KMC (MCC) de maneira continuada tanto quanto possível.	**Recomendação forte** Baseada em evidências de qualidade moderada.
7.2 O KMC (MCC) intermitente, mais do que o cuidado convencional, é recomendado para recém-nascidos pesando 2000g ou menos, se o KMC continuado não for possível.	**Recomendação forte** Baseada em evidências de qualidade moderada.

FIGURA 2

POR QUE A ADESÃO AO MCC TEM SIDO TÃO LENTA?

As evidências sobre a eficácia do MCC vêm se acumulando desde meados dos anos 90, e sua implementação tem sido promovida ha mais de 10 anos, particularmente desde a publicação da série Lancet 2005 sobre Neonatal Survival (Sobrevivência Neonatal), que incluiu o MCC em sua lista de intervenções efetivas[26]. No entanto, no primeiro artigo da série Every Newborn Lancet de 2014, os autores afirmaram que "a cobertura para o Cuidado Mãe Canguru (KMC ou MCC) é um exemplo de uma intervenção altamente eficaz para a qual a avaliação, a formulação e a adoção de políticas e a im-

20 Lawn JE, Mansa-Kambafwile J, Horta BL et al. Kangaroo mother care to prevent neonatal deaths due to preterm birth complications. Int J Epidemiol 2010;39:i144–i154

21 Charpak N, Ruiz-Pelaez JG, Figueroa de CZ, Charpak Y. A randomized, controlled trial of kangaroo mother care: results of follow-up at 1 year of corrected age. Pediatrics 2001;108(5):1072–9

22 Tessier R, Cristo M, Velez S et al. Kangaroo mother care and the bonding hypothesis. Pediatrics 1998;102(2):390-1

23 Tessier R, Cristo M, Velez S et al. Kangaroo mother care: a method for protecting high-risk low-birthweight and premature infants against developmental delay. Infant Behav Dev 2003;26(3):384–97

24 Charpak N, Tessier R, Ruiz-Pelaez JG et al. Twenty-year follow-up of kangaroo mother care versus traditional care. Pediatrics 2017;139(1):e20162063

25 WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes. World Health Organization. Geneva, 2015

26 Darmstadt GL, Bhutta ZA, Cousens S et al (the Lancet Neonatal Survival Steering Team). Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save? Lancet 2005;365:977–88

plementação do programa tem falhado[27]". O problema é que os dados sobre a cobertura do MCC não estão disponíveis. Uma vez que nenhum país tem dados do MCC integrados em seus sistemas de informação de saúde ou pesquisas periódicas, o objetivo de cobertura de 50% para 2020 e 75% para 2030, estão distantes da meta de cobertura universal para 2035, proposta pelos autores do 5º artigo da série Lancet[28], então tudo parece não realista se a adesão ao MCC não for medida e documentada. Obviamente coisas como vontade política, investimento adequado, profissionais de saúde qualificados e motivados, monitoramento, relatórios e responsabilidade, precisam estar estabelecidos para atingir os objetivos almejados.

Por outro lado, precisamos esperar que todos os pré-requisitos (por exemplo, políticas, fundos, treinamento curricular) estejam em vigor antes de transferir o MCC para frente? Aprendendo com a amamentação, mães e grupos de ativistas esperaram até que todas as condições fossem definidas para começar a trabalhar para sua proteção, promoção e apoio? Os pais preocupados já poderiam começar a pressionar o sistema de saúde e aumentar a demanda por KMC. Em muitos países, já existem grupos e associações formais e informais de pais de recém-nascidos prematuros. Atualmente, esses grupos e associações atuam principalmente para melhorar a resiliência dos pais através de suas redes e garantir que os recém-nascidos prematuros recebam o melhor atendimento hospitalar e pós-alta. Eles aceitam como norma os cuidados convencionais oferecidos pelas unidades de cuidados intensivos neonatais a seus filhos. Eles podem começar a solicitar que os cuidados convencionais sejam substituídos pelo KMC, não só por causa das evidências cientificas, mas também porque é mais fisiológico, aumenta o vínculo e da habilidade aos pais. Essa pressão dos pais, se possível combinada pela pressão dos pares, ajudaria a superar a indiferença e resistência ao KMC pelos profissionais da saúde[29], para os quais muitas vezes não são oferecidas alternativas às tecnologias caras e, muitas vezes, inadequadas, impulsionadas pelas indústrias médicas. Para esses profissionais de saúde, o KMC ou MCC pode parecer uma alternativa pobre e inferior que leva à invasão de suas enfermarias pelos pais, limitando seu poder e consumindo seu tempo. É importante transformar esta visão equivocada e mostrar, fornecendo exemplos, que uma enfermaria neonatal aberta 24 horas por dia às famílias envolvidas no cuidado de seus recém-nascidos prematuros torna-se não só mais feliz e mais humana, mas também mais eficaz e menos dispendiosa.

27 Darmstadt GL, Kinney MV, Chopra M et al. Every Newborn 1: who has been caring for the baby? Lancet 2014;384:174-88

28 Mason E, McDougall L, Lawn JE et al. Every Newnorn 5: from evidence to action to deliver a healthy start for the next generation. Lancet 2014;384:455-67

29 Charpak N, Ruiz-Pelaez JG. Resistance to implementing Kangaroo Mother Care in developing countries and proposed solutions. Acta Paediatr 2006;95:5229–34

RESUMOS

MCC (OU KMC) – POR QUÊ?

Badiee Z, Faramarzi S, MiriZadeh T. The effect of kangaroo mother care on mental health of mothers with low birth weight infants. Adv Biomed Res 2014; 3:214

As taxas de natalidade prematura foram relatadas entre 5% e 7% dos nascidos vivos em alguns países desenvolvidos, mas são significativamente maiores nos países em desenvolvimento. As mães de bebês prematuros correm o risco de estresse psicológico devido à separação de seus bebês. Um dos métodos que influenciam a saúde mental materna no pós-parto é o cuidado mãe canguru (KMC). Este estudo foi conduzido para avaliar o efeito do KMC de bebês com baixo peso ao nascer na saúde mental materna. O estudo foi realizado no Departamento de Pediatria da Universidade Isfahan de Ciências Médicas, Isfahan, Irã. Os prematuros foram alocados aleatoriamente em dois grupos. O grupo de controle recebeu cuidados padrão na incubadora. No grupo experimental, foi praticado o tratamento com três sessões de 60 minutos de KMC diariamente durante 1 semana. As pontuações de saúde mental das mães foram avaliadas usando o Questionário de Saúde Geral de 28 itens. A análise estatística foi realizada pelo método de covariância usando SPSS. As pontuações de 50 pares de mãe-bebê foram analisadas no todo (25 no grupo KMC e 25 no grupo de cuidados padrão). Os achados mostraram os efeitos positivos do KMC na taxa de resultados de saúde mental materna. Houve diferenças estatisticamente significativas entre as pontuações médias do grupo experimental e grupo controle no período pós-teste ($P < 0{,}001$). O KMC para bebês com baixo peso ao nascer é uma maneira segura de melhorar a saúde mental materna. Portanto, é sugerido como um método útil que pode ser recomendado para melhorar a saúde mental das mães.

Charpak N, Tessier R, Ruiz JG, et al. Twenty-year follow-up of Kangaroo Mother Care versus Traditional Care. Pediatrics 2017;139(1):e20162063

O cuidado mãe Canguru (KMC) é uma intervenção multifacetada para crianças pré-termo e de baixo peso ao nascer e seus pais. Os benefícios a curto e a medio prazo do KMC sobre sobrevivência, neurodesenvolvimento, aleitamento materno e a qualidade da ligação mãe-bebê foram documentados em um ensaio clínico randomizado (RCT) realizado na Colômbia de 1993 a 1996. Mais uma vez, em 2012-2014, foi decidido avaliar a persistência desses resultados na idade adulta jovem. Um total de 494 (69%) dos 716 participantes do RCT original conhecido por estarem vivos foram identificados; 441 (62% dos participantes no RCT original) foram reinscritos, e os resultados para os 264 participantes pesando ≤ 1800 g no nascimento foram analisados. O KMC e os grupos de controle foram comparados quanto ao estado de saúde e o funcionamento neurológico, cognitivo e social com o uso de testes de neuroimagem, neurofisiológicos e comportamentais. Os efeitos do KMC ao 1 ano no QI e no ambiente familiar ainda estavam presentes 20 anos depois nos indivíduos mais frágeis, e os pais do KMC eram mais protetores, refletidos pelo menor índice de ausência escolar e redução da hiperatividade, agressividade, externalização e desvantagem social na conduta de jovens adultos. Este estudo indica que o KMC teve efeitos sociais e de comportamento comportamental significativos e duradouros 20 anos após a intervenção. A cobertura com esta intervenção de cuidados de saúde eficientes e cientificamente comprovados deve ser estendida aos 18 milhões de bebês nascidos a cada ano que são candidatos ao método.

Chi Luong K, Long Nguyen T, Huynh Thi DH, et al. Newly born low birthweight infants stabilise better in skin-to-skin contact than when separated from their mothers: a randomised controlled trial. Acta Paediatr 2016;105(4):381-90

A transição do feto desde a vida intra-uterina até a vida extra-uterina é um processo estressante e os recém-nascidos, particularmente os prematuros, precisam de suporte para a estabilização. Tradicionalmente, as intervenções tecnológicas, como cuidados com incubadoras, são usadas para estabilizar os neonatos. No entanto, estudos em animais descobriram que a separação das mães realmente exacerbava a instabilidade, resultando em liberação de cortisol. Um estudo controlado randomizado comparou a estabilidade das pontuações do sistema cardio-respiratório aos 360 minutos após o nascimento em recém-nascidos prematuros que receberam contato pele a pele e outro grupo de crianças que rece-

beram cuidados incubatórios tradicionais. Os resultados mostraram que os bebês que receberam cuidados pele a pele têm menos necessidade de suporte respiratório, líquidos intravenosos e uso de antibióticos durante a permanência na unidade hospitalar. O contato pele a pele impediu a instabilidade, aliviando assim a necessidade de tratamento médico para essas condições.

Hendricks-Munoz K, Xu J, Parikh H, et al. Skin--to-Skin care and the development of the preterm infant oral microbiome. Am J Perinatol 2015;32:1205-16

Para bebês prematuros, a saliva e os micróbios orais têm importância para facilitar a digestão e o desenvolvimento da flora intestinal. Uma vez que a colonização do intestino é influenciada pelos primeiros contatos do recém nascido, modo de entrega, ambientes UTI, incubadoras, uso de antibióticos e outros medicamentos, incluindo contato com cuidadores e contato materno, o estudo relatou o impacto do pele a pele sobre o desenvolvimento da ecologia microbiana oral e seu impacto na digestão e no desenvolvimento imunológico. O estudo incluiu 42 lactentes maiores de 1.500g e menores que 32 semanas de gestação. Todos os bebês estavam recebendo alimentação por tubo - 6 fórmulas infantis e 36 receberam leite humano. Nenhum bebê recebeu antibióticos 7 dias antes e durante o tempo de amostragem. Os bebês que permaneceram pele a pele tiveram uma colonização maior com espécies de Streptococcus e aqueles que não ficaram pele a pele foram colonizados com maiores níveis de espécies de Pseudomonas, Corynebacterium, Staphylococcus, Neisseria e Actinobacter associadas a disfunção intestinal aumentada e Enterocolite Necrosante (NEC). Nenhum dos bebês que ficaram pele a pele desenvolveu NEC em comparação com 3 no grupo que não permaneceram pele a pele. Os bebês prematuros do pele a pele também adquiriram maturidade microbiana oral em uma idade mais precoce, enquanto os bebês que não ficaram pele a pele tiveram atraso no desenvolvimento microbiano oral. Os autores especulam que os fatores de estresse reduzidos associados aos cuidados pele a pele têm um papel no ritmo da maturação microbiana.

Cong X, Xu W, Janton S, et al. Gut Microbiome development patterns in early life of preterm infants: impacts of feeding and gender. PLoS ONE 2016;11(4):e0152751

A microbiota intestinal é conhecida por ser influenciada por parto vaginal ou cesariano, métodos de alimentação, contato pele-a-pele, bem como uma série de outros fatores ambientais. Para determinar o impacto do modo de alimentação e gênero no desenvolvimento de micróbios intestinais, este estudo analisou 378 amostras de fezes de 29 bebês prematuros estáveis e saudáveis durante os primeiros 30 dias de vida. Curiosamente, os bebês do sexo masculino encontraram menor diversidade imediatamente após o nascimento; os femininos tiveram maior número de clostridiatos e menos Enterobacteriales em relação aos machos. Aqueles recem-nascidos que receberam o leite materno de suas mães tiveram maior diversidade de micróbios intestinais e níveis mais altos de Clostridiales e Lactobacilliales. Os bebês não amamentados tinham um padrão de microbioma diferente dominado por espécies de Enterobacteriales nos primeiros 30 dias de vida. A maturação tardia do microbioma intestinal tem sido associada a NEC e sepse em lactentes não amamentados, portanto, o modo de alimentação, diretamente na mama e o aumento do contato com a pele da mãe apresentam maior diversidade de micróbios, incluindo as importantes cepas de Bifidobacterium. Em recém-nascidos prematuros, a Bifidobacterium e Bacteroidetes anaeróbios estão presentes em números mais baixos do que em bebês que nasceram no tempo certo e a importância do leite materno pode ser crítica na maturação da microbiota para recém-nascidos prematuros. O estresse da separação de bebê e mãe após o nascimento também pode afetar o desenvolvimento da microbiota intestinal.

Hartz L, Bradshaw W, Brandon D. Potential NICU environmental influences on the neonate's microbioma: a systematic review. Adv Neonatal Care 2015; 15:324-35.

O impacto do ambiente de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) nas altas necessidades de colonização microbiana de bebês prematuros é o foco desta revisão sistemática. Dos 250 artigos, 11 foram usados como revisão das fontes de potenciais influências ambientais no desenvolvimento da microbiota do bebê de forma a sugerir o melhor cuidado na UTIN. Em um estudo (pré teste – pós teste com 10 bebês prematuros), foi observado a taxa de infecção após o pele-a-pele por 90 minutos por 5 dias consecutivos, e encontrou que somente um bebê desenvolveu uma infecção proveniente do hospital no prazo de 7 dias depois que o cuidado pele-a-pele terminou. Três estudos observaram a relação entre NEC e o microbioma intestinal. Em um estudo as amostras de fezes daqueles que desenvolveram NEC comparado aos controles que não desenvolveram NEC mostraram uma prevalência mais alta de Proteobactéria e Actinobactéria uma semana antes de serem diagnosticados com NEC. As fezes dos controles que não desenvolveram NEC e receberam leite humano 57% do tempo tiveram níveis

mais baixos dessas bactérias, quando comparados àqueles que desenvolveram NEC e receberam leite humano 27,8% do tempo. Outro estudo mostrou que bebês que receberam leite humano tiveram micróbios intestinais mais semelhantes àqueles de termo com amamentação por todo o período e estiveram sob menor risco para NEC. A revisão concluiu "é necessário um estudo mais aprofundado de como o microbioma da UTIN, os cuidadores, os tipos de alimentação e os antibióticos afetam o desenvolvimento do microbioma do bebê. "Um item chave é conhecido: o leite humano e a pele dos cuidadores influenciam o microbioma de neonatos. O que pode ser feito agora, dado o atual estado de conhecimentos, é implementar controles de infecção incentivando-se o cuidado da pele.

Bergh AM, de Graft-Johnson J, Khadka N, et al. The three waves in implementation of facility-based kangaroo mother care: a multi-country case study from Asia. BMC International Health and Human Rights 2016;16:4.

O Cuidado mãe Canguru tem sido evidenciado como um conjunto de intervenções efetivas para tratar a alta mortalidade neonatal referente aos nascimentos prematuros e de baixo peso ao nascer. Entretanto, a implantação e a cobertura do serviço KMC (Kangaroo mother care ou Método Mãe Canguru -MMC) não tem progredido bem em muitos países. O foco deste estudo de caso foi entender os processos de institucionalização de estabelecimentos baseados em serviços KMC em três países asiáticos (Índia, Indonésia e Filipinas) e as razões para a implantação devagar de KMC nesses países. Três principais fontes de dados estiveram disponíveis: documentos históricos sobre o estado de implementação de KMC nos três países; visitas a uma seleção de estabelecimentos de saúde com implementação KMC; e dados de entrevistas e reuniões com informantes chave. A implantação de serviços KMC nos três países em estabelecimentos individuais começou muitos anos antes da priorização para sua intensificação. Três maiores temas foram identificados: estabelecimentos pioneiros; padrões de conhecimento KMC e disseminação de habilidades; e implantação e expansão de serviços KMC em relação a tendências globais e políticas nacionais. Estabelecimentos pioneiros com KMC foram introduzidos nos anos 90 e estabeleceram-se práticas em alguns hospitais universitários ou terciários, sem posterior difusão. Um método de treinamento benéfico para o estabelecimento inicial de serviços KMC em um país foi enviar profissionais de saúde institucionais para aprender fora do país, notavelmente na Colômbia. Após um efeito cascata dentro do país o KMC foi integrado nos programas obstétricos e de recém-nascidos. A implantação desigual e a expansão de serviços KMC ocorreram em três fases alinhadas com as tendências mundiais do período: a fase pioneira com campeões individuais onde o foco foi a sobrevivência infantil (1998-2006); a fase do cuidado ao recém-nascido (2007-2012); e a atual fase onde pequenos bebês são também incluídos em planos de ação. Este artigo ilustra as complexidades de implementar uma nova intervenção de assistência médica. Embora o cuidado do prematuro esteja atualmente no centro das atenções, estratégias de intensificação de KMC claras e planejadas orientadas aos países com planos operacionais e orçamentos foram essenciais para um êxito.

Vesel L, Bergh AM, Kerber KJ, et al; KMC Research Acceleration Group, Kangaroo Mother care: a multi-country analysis of health system bottlenecks and potential solutions. BMC Pregnancy Childbirth 2015;15 Suppl 2:S5

Nascimentos prematuros contribuem significantemente para as mortes de crianças abaixo dos cinco anos em todo mundo. A maioria das mortes neonatais estão acontecendo nos países de baixa e média renda, principalmente na África Subsaariana e o Ásia do Sul. Cuidado mãe Canguru, o qual envolve um contato pele-a-pele contínuo, apoio à amamentação e alta hospitalar precoce com apoio posterior, é uma intervenção de baixo custo e efetiva para prevenir a mortalidade em recém-nascidos prematuros. Contudo, a implantação dessa simples intervenção em uma escala nacional é lenta. Um estudo multicêntrico sobre obstáculos dos sistemas de saúde e possíveis soluções em 12 países da África e Ásia com programas KMC contínuos mostrou as dificuldades que afetam a implementação do KMC. Com o uso de métodos quantitativos e qualitativos, o estudo encontrou obstáculos de importância na grande maioria em países asiáticos em comparação com países africanos. Alguns dos principais obstáculos revelados foram: a questão da liderança e governança como a falta de diretrizes; a falta de financiamento adequado da saúde; a escassez e fraco treinamento da força de trabalho da saúde; a falta de espaço adequado para a performance e o monitoramento de KMC e os serviços de transportes nos estabelecimentos de assistência médica; dados limitados sobre bebês de baixo peso e a falta de dados de cobertura de KMC nos sistema de informação de saúde existentes; e a fraca aderência da comunidade devido às práticas tradicionais e crenças culturais. Pesquisadores têm providenciado soluções apropriadas para solucionar os obstáculos identificados.

Bergh AM, Kerber K, Abwao S, et al. Implementing facility-based Kangaroo mother care services: lessons from a multi-country study in Africa. BMC Health Serv Res 2014;14:293.

Em vários países, particularmente na África e Ásia, o Ministério da Saúde tem colaborado com o desenvolvimento de parceiros para implementar KMC nos estabelecimentos de cuidados à saúde. Entretanto, a abordagem e resultados para implementar KMC varia de país para país. Uma pesquisa transversal de métodos mesclados com componentes quantitativos e qualitativos avaliou a implementação do programa KMC em quatro países africanos: Malawi, Mali, Ruanda e Uganda. Nesses países, 95% dos estabelecimentos de saúde avaliados mostraram alguma presença de KMC. Fatores importantes identificados na implementação foram: treinamento e orientação; supervisão e apoio; integração de KMC na melhoria da qualidade; continuidade do cuidado; alto nível de aceitação e apoio para a implementação de KMC; e cuidado voltado ao cliente. Existiam diversos fatores facilitadores e desafios entre todos os fatores mencionados acima. Os fatores facilitadores foram: inclusão do KMC nos currículos e no treinamento em serviço; intervenções orientadas ao projeto trazendo recursos adicionais para supervisão; uso de registro KMC e a inclusão em encontros de revisão de mortalidade e morbidade para integrar KMC na melhoria de qualidade; inclusão do KMC no cuidado perinatal e serviços posteriores adequados para fornecer a continuidade do cuidado além do estabelecimento; apoio institucional e governamental através de uma política nacional para KMC; diretrizes e experiências exitosas quanto ao KMC em diferentes níveis no sistema de saúde; e cuidado orientado ao cliente através da promoção de cuidadores para a mãe e o bebê. Os desafios foram: falta de relatórios padronizados sobre KMC; KMC não incluso no cuidado perinatal e fraca avaliação posterior de bebês cangurus; pequena implantação em serviços materno-infantis e crenças culturais impedindo uma prática ótima de KMC.

Smith ER, Bergelson I, Constantian S, et al. Barriers and enablers of health systems adoption of kangaroo mother care: a systematic review of caregiver perspectives. BMC Pediatr 2017; 17:35.

Esta revisão sistemática procurou observar as dificuldades e facilidades para a implantação do KMC do ponto de vista dos "cuidadores"; foram identificados 2875 resumos dos quais 98 foram incluídos na análise. Um terço dos estudos foram das Américas, cerca de um quarto de países africanos, o restante da Europa, Ásia, Mediterrâneo e Pacífico Ocidental. Os pesquisadores identificaram quatro áreas de interação entre os cuidadores e a intervenção KMC: aceitação e consolidação, apoio social, tempo e preocupações médicas. O investimento no bebê e o vínculo foram menos aceitos quando os trabalhadores de saúde falharam em explicar completamente a intervenção e os pais sentiram que isso foi forçado a eles, alguns se sentiram desconfortáveis, outros sentiram medo e estigma em ter um bebê prematuro. Houve investimento positivo quando os pais sentiram que o KMC "acalmou" seus bebês. Eles observaram que seus bebês dormiam mais durante o pele-a-pele e descreveram seus bebês menos ansiosos e com mais vontade de amamentar e mais felizes que quando em uma incubadora. As mães sentiram-se mais úteis e à vontade em ter seus bebês perto. A falta de suporte social das famílias, comunidades ou funcionários do hospital foi uma barreira à aceitação do KMC, enquanto o apoio ao cuidado da criança do esposo, da família e da comunidade aumentaram a prática. Onde os papéis de gênero foram mais iguais houve maior aceitação do KMC. Apoio de pares e funcionários bem treinados aumentou a implantação do KMC em hospitais. O tempo recomendado de seguimento de ao menos duas semanas após o nascimento foi também uma barreira para alguns, especialmente se a mãe estava deprimida, sozinha ou passou por uma cesariana; para outras, o trajeto de casa para o hospital e para alguns a carga de trabalho em casa depois da alta também foram barreiras. Onde os pais tiveram horas de visitas ilimitadas e tiveram livre acesso aos seus bebês, a implantação foi melhor. Preocupações médicas foram também uma barreira de prática de KMC especialmente se a mãe tivesse complicações clínicas, dor ou tivesse passado por uma cesariana. Quando mães praticaram KMC elas sentiram que isso aliviou seus estresses pós-parto. Como conclusão os pesquisadores recomendaram a promoção e integração em sistemas de assistência à saúde, contextos sociais e familiares como "facilitadores" - identificados como necessários para uma adoção de KMC bem sucedido.

A IBFAN...

...Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar (*International Baby Food Action Network*) é uma rede formada por mais de 270 grupos de ativistas espalhados por cerca de 170 países, e que desde 1979 tem trabalhado o tema da **alimentação infantil sob a perspectiva dos direitos humanos**, tendo como uma de suas metas contribuir para a discussão das responsabilidades de cada uma das partes da sociedade. Entendemos que políticas públicas adequadas e dispositivos legais podem favorecer o alcance ao direito humano à alimentação segura e adequada. Quando se trata de crianças de primeira infância sabemos que **somente o leite materno preenche os requisitos de segurança alimentar e nutricional** sendo o alimento ideal, completo e inigualável nos seis primeiros meses de vida e continuado com alimentos complementares adequados até o segundo ano de vida ou mais. É nesse sentido que a IBFAN atua: para sensibilizar as autoridades quanto à implementação do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno e das Resoluções da Assembleia Mundial de Saúde a ele relacionadas.

No Brasil, a **REDE IBFAN** foi fundada em 1983 e está presente em diversas cidades espalhadas por vários Estados, e também tem trabalhado permanentemente como colaboradora da política nacional de aleitamento materno, desenvolvendo projetos de assessoria e de avaliação de programas como a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, Rede de Bancos de Leite Humano, Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, Mãe Trabalhadora que Amamenta. Em especial, tem participado de todo o processo de elaboração da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras e promove um monitoramento anual voluntário pelos membros desde 1988, conhecendo, portanto, as forças conflitantes que interferem nesse tema da proteção legal do aleitamento materno contra o marketing não ético de seus produtos substitutos.

Considerando que é um trabalho **PRIMORDIAL** para o desenvolvimento de cidadãos sadios, colabore você também para esta causa, doando qualquer quantia. **A continuidade de nosso trabalho depende muito da sua colaboração.**

As crianças e as mães agradecem!

Coordenação Nacional

IBFAN BRASIL – CNPJ 02.949.340/0001-99
Banco Bradesco (237) | Agência: 3034 | Conta corrente: 11.948-2

PENSE UM POUCO: ALGUEM ESTÁ DECIDINDO POR VOCÊ?

A IBFAN Brasil não recebe apoio financeiro, material ou doações de pessoas físicas ou jurídicas que produzem ou distribuam alimentos e produtos para nutrizes, lactentes e crianças de primeira infância, leites, chupetas, mamadeiras e bicos, da indústria farmacêutica, de armamento, de bebidas alcoólicas, de tabaco, pesticidas químicos, que contratem mão de obra infantil, que utilizem trabalho escravo, que discriminem mulheres, minorias ou que violem os direitos humanos. Não se aceitam relações com empresas com conflitos de interesses.

IBFAN Brasil 1997

Publicação da International Baby Food Action Network (IBFAN)

Editor convidado: Adriano Cattaneo.

Equipe editorial: Adriano Cattaneo, JP Dadhich, Marina F. Rea, Elizabeth Sterken

Agradecimento especial a Bob Peck.

Tradução ao português: Claudia Gondim da Silva, Cintia Ribeiro Santos e Cleia Costa Barbosa | Revisão: Marina F. Rea.

Diagramação: Ana Basaglia e Cássia Souto

Copias dos números 1-43 de Breastfeeding Briefs serão mandadas a pedido a GIFA, Genebra, Suíça. e-mail info@gifa.org.

Copias a partir do No. 44 são disponíveis online apenas (www.ibfan.org).

Alguns números também disponíveis em Espanhol, Frances, Italiano,

Português e outros idiomas.

Esta cópia está disponível em www.ibfan.org.br

IBFAN BRASIL