



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

GEISA MARCELA PERDIGÃO

**ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM FLUXOGRAMA DE
MANEJO CLÍNICO PARA O ALEITAMENTO MATERNO DE
RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS**

Londrina
2018

GEISA MARCELA PERDIGÃO

**ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM FLUXOGRAMA DE
MANEJO CLÍNICO PARA O ALEITAMENTO MATERNO DE
RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Edilaine Giovanini Rossetto

Londrina
2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL.

Perdigão, Geisa Marcela .

Elaboração e validação de um fluxograma de manejo clínico para o aleitamento materno de recém-nascidos prematuros / Geisa Marcela Perdigão. - Londrina, 2018.
115 f. : il.

Orientador: Edilaine Giovanini Rossetto.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2018.

Inclui bibliografia.

1. Aleitamento materno - Tese. 2. Aleitamento materno exclusivo - Tese. 3. Prematuro - Tese. 4. UTI Neonatal - Tese. I. Rossetto, Edilaine Giovanini . II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

GEISA MARCELA PERDIGÃO

**ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM FLUXOGRAMA DE MANEJO
CLÍNICO PARA O ALEITAMENTO MATERNO DE RECÉM-NASCIDOS
PREMATUROS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Edilaine Giovanini Rossetto
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof^a Dr^a Lígia Fahl Fonseca
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof^a Dr^a Cristina Ide Fujinaga
Universidade Estadual do Centro Oeste -
UNICENTRO

Londrina, 07 de março de 2018.

Dedico este trabalho aos meus pais com todo meu amor e gratidão por tudo que fizeram por mim oportunizando condições para que eu estudasse, minha família pelo apoio incondicional e por todo o cuidado com meu filho, minha orientadora por ter me recebido e mostrado o caminho certo a ser seguido de forma admirável e exemplar. Desejo poder ter sido merecedora de todo esforço dedicado por vocês, especialmente quanto à minha formação.

Todo prematuro tem direito ao tratamento estabelecido pela ciência, sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, cor, sexo, ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição. Sendo assim, todo prematuro tem o direito de ser cuidado por uma equipe multidisciplinar capacitada a compreendê-lo, interagir com ele e a tomar decisões harmônicas em seu benefício e em prol de seu desenvolvimento.

(Luís Alberto Mussa Tavares)

PERDIGÃO, Geisa Marcela. **Elaboração e validação de um fluxograma de manejo clínico para o aleitamento materno de recém-nascidos prematuros.** 2018. 115 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018.

RESUMO

Amamentar um prematuro é um processo complexo que envolve diferentes fases e competências. O alcance desse benefício se constitui em um grande desafio tanto para a equipe de saúde como pela família. Apesar da importância do aleitamento materno, desconhece-se protocolos padronizados que direcionem a avaliação e tomada de decisões oportunamente pela equipe que o assiste. Considerando que um fluxograma norteado por diretrizes clínicas baseadas em evidências pode auxiliar a equipe facilitando o manejo adequado da amamentação do prematuro justifica-se a motivação desta pesquisa. Elaborar e validar um fluxograma de manejo clínico para o aleitamento materno de recém-nascidos prematuros desde o nascimento até o período após a alta hospitalar. Pesquisa metodológica e aplicada desenvolvida no biênio 2016/2017. Todos os aspectos éticos foram respeitados. A elaboração do fluxograma e seu manual foi baseada em uma diretriz clínica baseada em evidência para o manejo do aleitamento materno do prematuro, a qual foi realizada previamente a esta pesquisa. A diretriz clínica foi transformada em um fluxograma que foi validado em sua aparência por meio da aplicação de um teste piloto na prática clínica por cinco enfermeiras, e para a validação de conteúdo utilizou-se a técnica Delphi com 29 especialistas na primeira rodada e 25 na segunda, todos com experiência no manejo do aleitamento materno e/ou prematuridade. Foram elaboradas quatro versões do fluxograma até à versão final. Os temas elencados foram início do aleitamento materno, avaliação da mamada, avaliação da evolução ponderal, produção láctea, aleitamento materno exclusivo e acompanhamento. O processo de validação pelos juízes resultou em alta taxa de concordância do fluxograma e do manual operacional, acima de 90%. A alta taxa de concordância por parte dos juízes sugere a utilização do fluxograma na prática clínica como uma importante ferramenta de avaliação e manejo do aleitamento materno com o prematuro como um processo que deve ser iniciado o mais precoce possível, podendo levar maior segurança e confiança à equipe e famílias desses bebês.

Palavras-Chaves: Aleitamento materno. Aleitamento materno exclusivo. Prematuro. UTI Neonatal. Estudo de validação. Delphi. Validade de conteúdo.

PERDIGÃO, Geisa Marcela. **Elaboration and validation of a clinical management flowchart for the breastfeeding of preterm infants**. 2018. 115 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018.

ABSTRACT

Breastfeeding a premature infant is a complex process involving different stages and competencies. Achieving this benefit is a major challenge for both the health team and the family. Despite the importance of breastfeeding, it is not known standardized protocols that guide the evaluation and decision making in a timely manner by the attending team. Considering that a flowchart guided by clinical guidelines based on evidence can help the team facilitating the proper management of premature breastfeeding, the motivation of this research is justified. To elaborate and validate a clinical management flowchart for the breastfeeding of preterm infants from birth to the period after hospital discharge. Methodological and applied research developed during the biennium 2016/2017. All ethical aspects have been respected. The elaboration of the flowchart and its manual was based on an evidence-based clinical guideline for the management of breastfeeding of the preterm infant, which was performed prior to this research. The clinical guideline was transformed into a flowchart that was validated in its appearance through the application of a pilot test in clinical practice by five nurses, and for the content validation the Delphi technique was used with 29 specialists in the first round and 25 in the second, all with experience in the management of breastfeeding and / or prematurity. Four versions of the flowchart were prepared up to the final version. The topics listed included the initiation of breastfeeding, breastfeeding evaluation, assessment of weight development, milk production, exclusive breastfeeding and follow-up. The validation process by the judges resulted in a high agreement rate of the flowchart and the operational manual, above 90%. The high concordance rate by the judges suggests the use of the flowchart in clinical practice as an important tool to evaluate and manage breastfeeding with the premature as a process that should be started as early as possible and can lead to greater security and confidence staff and families of these babies.

Key-Words: Breastfeeding. Exclusive breastfeeding. Premature. Neonatal ICU. Validation study. Delphi. Validity of content.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGREE	<i>Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation</i>
AM	Aleitamento Materno
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
BLH	Banco de Leite Humano
HU-UEL	Hospital Universitário da Universidade da Estadual de Londrina
IG	Idade Gestacional
LH	Leite Humano
LM	Leite Materno
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PICO	Paciente, Intervenção, Comparação e desfecho
PN	Pré-Natal
RN	Recém-Nascido
RNPT	Recém-Nascido Pré-termo
SUS	Sistema Único de Saúde
TCI	Taxa de Concordância Interavaliadores
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UN	Unidades Neonatais
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA	11
2	OBJETIVOS	16
2.1	OBJETIVO GERAL	16
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
3.1	INÍCIO DO ALEITAMENTO MATERNO.....	17
3.1.1	Início da Sucção no Peito	17
3.1.2	Estratégias para Organização do Bebê	21
3.1.3	Estabilidade do Bebê	21
3.1.4	Posição e Técnica Adequada.....	22
3.2	AVALIAÇÃO DA MAMADA.....	23
3.2.1	Mamada Eficaz	23
3.2.2	Posição Canguru / Contato Pele a Pele	26
3.2.3	Translactação	27
3.3	EVOLUÇÃO PONDERAL.....	28
3.3.1	Ganho de Peso Adequado	28
3.3.2	Semi-Demanda	29
3.4	PRODUÇÃO LÁCTEA	29
3.4.1	Extração de Leite	30
3.4.2	Baixa / Alta Produção Láctea	32
3.4.3	Galactogogos	33
3.4.4	Recursos Adicionais.....	34
3.5	ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO / ACOMPANHAMENTO.....	35
3.5.1	Ações Educativas de Promoção do Aleitamento Materno	36
4	REFERENCIAL METODOLÓGICO	38
4.1	PROCEDIMENTOS TEÓRICOS	38
4.1.1	Teorização das Dimensões	38
4.1.2	Elaboração do Instrumento	39
4.2	VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO	39

4.2.1	Validade Aparente	39
4.2.2	Validade de Conteúdo	40
4.3	TÉCNICA DELPHI.....	40
4.4	MÉTODO	42
4.4.1	Tipo de Pesquisa	42
4.4.2	Elaboração do Fluxograma de Manejo Clínico para o Aleitamento Materno de Recém-Nascidos Prematuros	42
4.4.3	Validação do Fluxograma de Manejo Clínico em Aleitamento Materno para Recém-Nascidos Prematuros.....	43
4.4.3.1	Validação aparente	43
4.4.3.2	Análise de conteúdo do fluxograma de manejo clínico para o aleitamento materno de recém-nascidos prematuros pelos juízes	44
4.4.4	Análise dos Dados.....	46
4.4.5	Aspectos Éticos	47
4.4.6	Apresentação dos Resultados	47
5	RESULTADOS	48
5.1	ARTIGO	48
6	CONCLUSÃO	64
	REFERÊNCIAS	65
	APÊNDICES	73
APÊNDICE A -	Teste piloto do fluxograma para validação semântica e de conteúdo do Fluxograma de Manejo Clínico para o Aleitamento Materno de Recém-Nascidos Prematuros, segundo proposta AGREE II adaptada.....	74
APÊNDICE B -	Convite de Participação como Especialista na Validação Semântica e de Conteúdo do Fluxograma de Manejo em Aleitamento Materno para Recém-Nascidos Prematuros	77
APÊNDICE C -	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	79
APÊNDICE D -	Roteiro para caracterização dos Juízes	81

APÊNDICE E -	Roteiro para validação semântica e de conteúdo do Fluxograma de Manejo Clínico para o Aleitamento Materno de Recém-Nascidos Prematuros, segundo proposta AGREE II adaptada.	82
APÊNDICE F -	Manual Operacional do Fluxograma de Manejo Clínico para o Aleitamento Materno de Recém-Nascidos Prematuros.....	84
ANEXOS	114
ANEXO A -	Parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa	115

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O aleitamento materno (AM) é uma das principais estratégias para reduzir a morbimortalidade em prematuros. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) preconizam o aleitamento materno exclusivo (AME) até o sexto mês de vida, por ser considerado o alimento mais completo para o Recém-Nascido (RN) (ANVISA, 2009; BRASIL, 2011).

O MS define AME quando a criança recebe apenas o leite de sua mãe ou de bancos de leite humano (BLH), sem nenhum outro líquido ou sólido com exceção de vitaminas, minerais e medicamentos (ANVISA, 2009).

O leite humano (LH) não apenas é um alimento nutricionalmente perfeito para os bebês, mas provavelmente o medicamento personalizado mais específico que o RN pode receber (VICTORA et al., 2016). Até o sexto mês de vida é o alimento ideal para RN e lactentes. Esse fator é ainda mais importante para o bebê prematuro diante da sua alta vulnerabilidade, o que o torna uma importante estratégia econômica para combater a mortalidade infantil (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Segundo o MS (BRASIL, 2015a), o LM protege o RN de diarreias e problemas respiratórios favorecendo a redução dos índices de mortalidade infantil e proporcionando efeitos positivos na inteligência. Evidências também mostram que a amamentação pode proteger contra o excesso de peso e diabetes na vida adulta (VICTORA et al., 2016).

De acordo com o manual de orientação sobre aleitamento materno da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASGO, publicado no ano de 2015, o ato de amamentar oferece benefícios não somente ao bebê, mas também à nutriz e à sociedade. Para a criança, o LM está relacionado a menores índices de desnutrição, doenças respiratórias, otites, diabetes mellitus, alergias, asma crônica, dermatites atópicas, leucemias e linfomas, neuroblastomas, tumores de crescimento, parasitoses intestinais, diarreias, obesidade, entre outras (MARIANI, 2015).

Além de diminuir a incidência de inúmeras patologias, pesquisas comprovam que crianças que foram alimentadas com LM apresentam maiores índices de acuidade visual, desenvolvimento neuromotor e cognitivo, quociente intelectual e desenvolvimento social (MARIANI, 2015).

Apesar de todos os benefícios comprovados do LM, a amamentação do recém-nascido pré-termo (RNPT) ainda é um desafio, pois além do parto abrupto, o nascimento antes do tempo esperado traz consigo diversos sentimentos e expectativas que alteram a rotina e dinâmica familiar (UEMA et al, 2015).

Embora a amamentação seja um ato considerado fácil e instintivo, para muitas mães, especialmente as dos prematuros, esta prática constitui uma experiência acompanhada de dúvidas, angústias e dificuldades. O estado emocional, o contexto, a insegurança e o desejo de amamentar interferem no sucesso da amamentação.

Estudo realizado por Cruz e Sebastião (2015) que analisaram os sentimentos e vivências de mães de bebês prematuros que permaneceram internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) em relação à amamentação, mostrou que a prematuridade somada à necessidade de internação caracteriza-se como uma das condições que, associada a outros fatores, podem interferir na interação mãe-bebê devido ao distanciamento do binômio repercutindo negativamente na amamentação.

O mesmo estudo mostrou que embora as mães de prematuros expressem o desejo de amamentar, este processo é acompanhado por dificuldades que ocorrem tanto na unidade hospitalar quanto após a alta. Desta forma, profissionais de saúde, devem ser competentes e unir esforços para oferecer o apoio necessário às mães no processo de AM dos seus prematuros (CRUZ; SEBASTIÃO, 2015).

O AM do prematuro deve ser iniciado antes mesmo de seu nascimento, momento que a mãe deve ser orientada a realizar o estímulo nas mamas tão logo ocorra o nascimento e, posteriormente a extração e o armazenamento do leite para oferecer ao seu bebê internado assim que possível.

A demora para que a sucção ocorra, as dificuldades na estimulação láctea e extração justificam a baixa produção de leite e a importância da atuação dos profissionais de saúde na assistência à família. Orientações realizadas pelos profissionais de saúde e boas práticas de acolhimento ainda na unidade neonatal contribuem para a confiança materna e sucesso dessa prática, não obstante, um suporte inadequado nesse momento pode propiciar a impossibilidade e abandono do AM (ROLLINS et al., 2016).

A unidade neonatal raramente se apresenta como um ambiente totalmente inclusivo para a família, o que seria favorável à amamentação, mas quando existe o

desejo em amamentar, essas dificuldades podem ser superadas com o apoio de profissionais conscientes que acreditam e sabem conduzir com efetividade esse processo (UEMA et al., 2015).

Nesse contexto, tanto a mãe quanto a equipe de saúde se encontram ansiosos para iniciar o AM. No entanto, nem sempre é uma tarefa fácil, considerando as intercorrências advindas da prematuridade. É necessário aproximar a mãe e prepará-la para o processo do AM desde o pré-natal (PN), quando o profissional deve prever o nascimento prematuro e iniciar orientações de promoção do AM, dando continuidade durante o parto, nascimento e no período de internação, com seguimento para a alta e após a alta hospitalar. Deste modo, todos esses estágios de atuação profissional requerem atuações e competências específicas para a promoção e sucesso do AM com o prematuro. Para tanto, é preciso que os profissionais de saúde saibam auxiliar a mãe do prematuro quanto à manutenção da produção láctea, pega correta, posição da mãe e do bebê, e auxílio no vínculo entre o binômio, com a finalidade de promover o estabelecimento e manutenção do AM (SILVA; TAVARES; GOMES, 2014).

Diante da diversidade de intervenções necessárias ao longo dessa assistência, dos vários esforços, dificuldades e insucessos, os profissionais de saúde e as mães experimentam frequentemente sentimentos de frustração e incapacidade (UEMA et al., 2015).

Na prática, muitos profissionais procuram abordar o AM com a importância merecida, porém não utilizam protocolos padronizados para a avaliação e manejo fundamentados em evidências. As maiores diversificações de condutas frequentemente não estão sustentadas por evidências científicas para gerenciar as várias situações que podem ocorrer durante o processo de alimentação (WALKER, 2008).

O uso de protocolos tende a aprimorar a assistência favorecendo o uso da melhor evidência de pesquisa disponível, considerando a experiência clínica profissional e a preferência do cliente. São instrumentos legais, construídos dentro dos princípios da prática baseada em evidências que oferecem as melhores opções disponíveis de cuidado. Sua utilização traz inúmeras vantagens tanto para a assistência quanto ao profissional, direcionando sua conduta com maior segurança, qualificação para a tomada de decisão assistencial, facilidade para incorporar novas tecnologias, inovação do cuidado e o uso mais racional dos recursos disponíveis

(MARTINS; FONSECA; ROSSETTO, 2017). O conjunto de protocolos sobre determinada área de conhecimento é chamado de *guidelines*, ou traduzido como uma diretriz, construído dentro dos princípios da prática baseada em evidências referente a ações de enfermagem independentes ou não de outros profissionais da equipe de saúde (PIMENTA et al., 2015). Os *guidelines* têm sido apropriadamente indicados como instrumentos norteadores da prática. É um conjunto de recomendações elaborada de forma sistemática para apoiar a assistência acerca dos melhores cuidados, podendo ser utilizada em todo o processo de saúde, ou seja, na prevenção, diagnóstico e tratamento (ANVISA, 2009). Protocolos e diretrizes são documentos que visam garantir a melhoria do cuidado, podendo ser utilizado como princípio de boas práticas assistenciais. Sintetizar protocolos ou diretrizes na forma de uma representação esquemática tem sido chamado de fluxograma, o qual deve ser específico e de fácil compreensão (PIMENTA et al., 2015).

Considerando que alcançar sucesso no AM dos prematuros é uma tarefa de alta complexidade, os profissionais de saúde o têm enfrentado como um grande desafio diante da diversificação dos problemas nos diferentes cenários e contextos.

Lago (2017) elaborou uma diretriz clínica baseada em evidência a partir da identificação dos problemas mais comuns encontrados para o manejo do AM do prematuro. Seguindo com a formulação da pergunta clínica em formato PICO (Paciente, Intervenção, Comparação e Desfecho) buscou na literatura, seleção dos estudos e análise crítica das evidências disponíveis, finalizando com a síntese dos dados que deu origem a elaboração da diretriz. O manuscrito desta dissertação aplicará os resultados da diretriz clínica previamente elaborada por Lago (2017) no formato de um fluxograma.

Para a elaboração de instrumentos que direcionem a prática clínica, é imprescindível a sua validação, sendo comum convidar especialistas da área para analisar a adequação do instrumento (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Para Lynn (1986), este processo é destinado a avaliar a qualidade do instrumento, sendo realizado em duas etapas, elaboração e julgamento por especialistas.

Frente a importância que o AM do prematuro tem para o cenário epidemiológico da saúde, objetivou-se com este estudo realizar validação aparente e de conteúdo de um fluxograma de manejo clínico para o aleitamento materno de RNPT.

Acredita-se que a utilização de um fluxograma originado de diretrizes clínicas

baseada em evidências pode ser uma útil ferramenta para nortear e padronizar a prática dos profissionais de saúde para o manejo mais apropriado do processo de amamentar um prematuro. Espera-se que o seu uso cotidiano possa facilitar a prática e aumentar os indicadores de AME além de oferecer maior segurança e confiança à equipe de saúde e às famílias desses bebês.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar e validar um fluxograma de manejo clínico para o aleitamento materno de recém-nascidos prematuros desde o nascimento até o período após a alta hospitalar.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Elaborar um fluxograma de manejo clínico para o aleitamento materno de recém-nascidos prematuros baseado em evidências.
- Realizar validação aparente e de conteúdo do fluxograma e seu manual operacional para o manejo clínico do aleitamento materno de recém-nascidos prematuros.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 INÍCIO DO ALEITAMENTO MATERNO

O AM é a forma mais segura e natural de alimentar um bebê no início da sua vida, devido aos diversos fatores imunológicos presentes no leite materno, esta prática torna-se essencial para promover benefícios para a saúde física e psíquica da mãe e do bebê. Portanto, a amamentação é o melhor método de alimentação recomendado mesmo para prematuros, devido aos seus inúmeros benefícios (DAVANZO et al., 2014).

RNPT alimentados com leite materno comparados aos que recebem outras fórmulas diferem quanto ao crescimento físico e ao desenvolvimento cognitivo e emocional. Outro fato relevante é a concentração do leite das mães de RNPT, pois possuem maior quantidade de proteína, nitrogênio total, energia, sódio, cálcio, lipídios, fósforo, zinco e IgA e agentes anti-infecciosas até 28 dias após o nascimento, de acordo com as necessidades de seu bebê (SASSÁ et al., 2013; ANVISA, 2009).

Além dos benefícios nutricionais e imunológicos, a amamentação favorece os aspectos psicológicos e emocionais, que são imensuráveis e proporcionam o vínculo mãe/bebê (LUCAS; SMITH; GEPHART, 2015).

Sem dúvida, o aleitamento materno deve ser iniciado preferencialmente durante o período pré-natal, mas a transição da alimentação do prematuro para o peito é um desafio para os profissionais, pois estabelecer o momento adequado e seguro para iniciar a sucção do prematuro no peito tem sido discutido e, frequentemente se constitui motivo de incerteza e insegurança profissional na prática (FUJINAGA et al., 2013).

3.1.1 Início da Sucção no Peito

Os prematuros têm a capacidade de iniciar a amamentação independentemente da Idade Gestacional (IG) ou peso, desde que, a equipe de saúde esteja preparada para observar o desenvolvimento do bebê e ainda saiba encorajar apropriadamente a mãe (NYQVIST, 2008).

Para o início do estímulo à sucção, recomenda-se considerar alguns aspectos

importantes, tais como: a estabilidade fisiológica independentemente da IG corrigida ou peso; o vínculo entre mãe e bebê e o posicionamento adequado de ambos.

Fujinaga et al. (2008) elaborou e validou um instrumento com o objetivo de avaliar a prontidão do prematuro para o início seguro da alimentação oral (Figura 1). Este instrumento avalia cinco categorias: idade corrigida, estado de organização comportamental, postura oral, reflexos orais e sucção não nutritiva. Para cada item o score varia de 0 a 2 perfazendo uma somatória que pode variar de 0 a 36.

Figura 1 - Instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para início da alimentação oral

Instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para início da alimentação oral.

Identificação

Nome: _____ Nº Pront: _____
 Data: ____/____/____ DN: ____/____/____ Horário: _____
 Idade pós-natal: _____ Idade corrigida: _____ Idade gestacional: _____
 Alimentação: () S.N.G. () S.O.G. Vol: _____
 SNG = Sonda nasogástrica; SOG = Sonda orogástrica

Idade corrigida

(2) maior ou igual a 34 semanas
 (1) entre 32 a 34 semanas
 (0) menor ou igual a 32 semanas

Estado de organização comportamental

Estado de consciência	(2) alerta	(1) sono leve	(0) sono profundo
Postura global	(2) flexão	(1) semiflexão	(0) extensão
Tônus global	(2) normotonia	(0) hipertonia	(0) hipotonia

Postura oral

Postura de lábios	(2) vedados	(1) entreabertos	(0) abertos
Postura de língua	(2) plana	(0) elevada	(0) retraída (0) protruída

Reflexos orais

Reflexo de procura	(2) forte	(1) fraco	(0) ausente
Reflexo de sucção	(2) forte	(1) fraco	(0) ausente
Reflexo de mordida	(2) presente	(1) presente exacerbado	(0) ausente

Sucção não-nutritiva*

Movimentação da língua	(2) adequada	(1) alterada	(0) ausente
Canolamento de língua	(2) presente	(0) ausente	
Movimentação de mandíbula	(2) adequada	(1) alterada	(0) ausente
Força de sucção	(2) forte	(1) fraca	(0) ausente
Sucções por pausa	(2) 5a8s/p	(1)>8/p	(0)<5s/p
Manutenção do ritmo	(2) rítmico	(1) arrítmico	(0) ausente
Manutenção do estado alerta	(2) sim	(1) parcial	(0) não
Sinais de estresse	(2) ausente	(1) até 3	(0) mais de 3
Varição de tónus	() ausente	() presente	
Varição de postura	() ausente	() presente	
Varição de coloração da pele	() ausente	() presente	
Batimento de asa nasal	() ausente	() presente	
Tiragem	() ausente	() presente	
Apnéia	() ausente	() presente	
Acúmulo de saliva	() ausente	() presente	
Tremores de língua ou mandíbula	() ausente	() presente	
Soluço	() ausente	() presente	
Choro	() ausente	() presente	

*A duração do teste deverá ser de 1 minuto

Score: _____

Score máximo: 36

Fonte: Fujinaga et al. (2008).

Para verificar a força e padrão de sucção do bebê também pode-se utilizar a translactação ou mesmo a técnica “finger feeding”. A translactação consiste em um recipiente contendo o leite (de preferência o da própria mãe), colocado entre as mamas e conectado ao mamilo por meio de uma sonda. O RN ao sugar recebe o suplemento e continua a estimular a mama até se sentir saciado.

A técnica “finger feeding”, consiste na fixação de um cateter em um dedo enluvado oferecido ao bebê que, por meio da sucção do dedo, obterá o leite que deve fluir pelo cateter permitindo que o profissional verifique o padrão de sucção do bebê e suas implicações na amamentação. Esta técnica deve ser utilizada tão somente para avaliação e não como uma estratégia de alimentação. No entanto, existem controvérsias na literatura a respeito deste tema (CARVALHO, 2014).

Nyqvist (2008) contesta a necessidade de utilizar quaisquer recursos para atestar que o bebe é capaz de sugar. Se o RN for colocado no peito e sugar, seria lógico deduzir que ele apresenta condições de sugar. Isto não quer dizer que ele esteja absolutamente pronto e não mais oferece riscos, mas talvez seja necessário auxílio e aprimoramento dessa habilidade. Analogamente, não deveríamos duvidar da prontidão de uma criança para andar se ela conseguir dar alguns passos sozinha,

porém, isto não nos atesta que seja capaz de andar sozinha sem o nosso amparo e supervisão. Ao contrário, sabemos que no início é bem provável que precise de auxílio e cuidados até que sua competência de andar sozinha com segurança seja consolidada. É preciso reconhecer que existe uma jornada entre ser capaz e estar totalmente pronto e este processo requer respeito e estímulo apropriados para sua otimização.

Bebês prematuros são capazes de pegar, manter a pega e sugar a partir de 27 semanas e são capazes de deglutir o leite a partir de 29 semanas e quanto mais cedo for estimulado no peito, maior a chance dele ser amamentado (NYQIVIST, 2008).

Vale ressaltar como exemplo o que ocorre na Suécia. Os familiares dos bebês prematuros encontram-se envolvidos nos seus cuidados de forma integral dentro da unidade neonatal desde o nascimento. Essa condição permite maior vínculo da mãe com a criança, aumentando assim o conhecimento sobre seu bebê. Nessa condição, o manejo do AM com o RNPT avança diferentemente no sentido de a equipe de saúde não depender tão somente da IG e do peso para o início da mamada.

Sobre a utilização dos recursos disponíveis para auxiliar no início da mamada, reforçamos que o que não se pode fazer é forçar o RNPT insistentemente a sugar quando isso não ocorre naturalmente. Nesta situação, devemos apenas favorecer para que isso seja possível e auxiliar quando necessário.

Para iniciar a amamentação, a equipe deve estar atenta ao envolvimento da mãe com o prematuro, conscientizando-a da importância de sua presença e atuação desde o nascimento para o desenvolvimento do seu bebê. A mãe deve ser encorajada apropriadamente para se sentir segura e confiante em relação aos primeiros contatos com seu bebê.

O contato pele a pele é uma estratégia que favorece a precocidade do início da sucção, pois por intermédio desse contato o bebê prematuro pode sentir o cheiro, explorar as mamas e assim desenvolver algum movimento de sucção ainda que não seja nutritiva no início. É possível colocar o bebê prematuro em contato pele a pele e deixar desenvolver a sucção não nutritiva desde 24 semanas (LUCAS; SMITH; GEPHART, 2015).

Para que a amamentação aconteça de forma viável e acessível, a equipe de saúde deve exercer papel de fundamental importância em relação ao início precoce da sucção, incentivando a mãe, explicando os benefícios do contato pele a pele,

apoiando e esclarecendo dúvidas.

3.1.2 Estratégias para Organização do Bebê

Para que o RN tenha condições de sugar, a equipe de saúde deve enfatizar aspectos do cuidado com o bebê segundo os cuidados voltados para o seu desenvolvimento, como por exemplo, garantir ciclos de sono adequado, diminuir os estímulos inadequados e dolorosos antes da mamada, organizar o corpo do bebê de modo que ele se mantenha alinhado e voltado para a linha média. Deve respeitar também os cuidados com o meio ambiente, proporcionando um ambiente tranquilo, sem luzes fortes e com o menor número possível de pessoas a fim de diminuir os ruídos (BRASIL, 2013).

Quando a mãe e o bebê são deixados em silêncio em contato pele a pele, o bebê segue uma série de comportamentos pré-amamentação que inclui um breve descanso em estado de alerta para se adaptar ao meio ambiente, movimenta-se em direção a mama focando na área do mamilo, tocando-a com as mãos. A primeira tentativa de mamada deve ser considerada uma introdução à mamada e não uma refeição, pois o RN pode levar vários minutos, ou nem mesmo chegar a mamar efetivamente. É importante que a mãe e o bebê não sejam pressionados quanto a rapidez da mamada e o profissional de saúde deve assegurar um ambiente calmo, garantindo o auxílio e apoio necessários (UNICEF, 2009).

3.1.3 Estabilidade do Bebê

A sucção na mama é a melhor forma de um RN ser alimentado e ela deve ser escolhida assim que as condições clínicas e fisiológicas estejam estabilizadas (BRASIL, 2013).

Diante das evidências de que os bebês prematuros podem ser capazes de sugar muito precocemente, a estabilidade do bebê deve ser um dos principais critérios para o início da amamentação, independentemente da IG ou peso ao nascer. A estabilidade do bebê significa ausência de sinais de insuficiência respiratória aguda, apneia grave, dessaturações frequentes e bradicardia (NYQVIST, 2008).

3.1.4 Posição e Técnica Adequada

É importante que a mãe e o bebê estejam confortáveis e bem alinhados durante a amamentação. A posição do bebê deve ser cuidadosa para evitar apneia, bradicardia, ou dessaturação, especialmente para as crianças com diminuição do tônus muscular. Deve-se procurar auxiliar o bebê a trazer os membros voltados para linha mediana do corpo com tendência a contenção e organização da postura corporal. A hiper ou hipoextensão dos membros ou da cabeça podem ser considerados exemplos de comportamentos que indicam sinais de estresse (FUJINAGA, 2008).

Os prematuros são mais propensos à apneia posicional devido à obstrução das vias aéreas, portanto, as posições de alimentação inadequadas podem causar alguma instabilidade respiratória (WALKER, 2008).

A posição correta para amamentar um bebê prematuro deve conter algumas características, como: mãe e bebê devem estar confortáveis; deve haver um alinhamento do bebê com a mãe, ou seja, a cabeça do bebê deve estar apoiada em linha reta em direção ao corpo e de frente para o peito; o bebê deve ser levado até o peito da mãe e não o contrário; a mãe pode apoiar com a mão a mama para oferecer para o bebê, porém sem pressionar excessivamente o mamilo e a aréola, para que o bebê possa abocanhar a aréola corretamente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Algumas posições são mais indicadas para amamentar um bebê prematuro, oferecendo melhores condições para a mãe apoiar e controlar a cabeça e o pescoço do bebê, permitindo uma pega correta, com transferência efetiva de leite e sem interferir na permeabilidade das vias aéreas superiores.

Uma opção é a posição em que a mãe fica sentada e apoia o corpo do RN no seu antebraço, segurando sua cabeça, enquanto as pernas dele ficam sob o braço materno, como se ela estivesse segurando uma bola de futebol americano. Outra variante à posição tradicional, chamada posição invertida, enquanto a mãe está sentada, o RN é colocado contra o seu corpo, sendo segurado com o braço oposto ao seio que está sendo oferecido, e tendo sua cabeça apoiada nas mãos maternas. A utilização de travesseiros para elevar o RN e apoiar os braços é indicada nos dois casos. A posição de cavaleiro, com o RN sentado sobre a perna da mãe e com o corpo de frente para o dela, permitindo que a cabeça fique em um nível pouco

superior ao da mama, também é recomendada (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

3.2 AVALIAÇÃO DA MAMADA

3.2.1 Mamada Eficaz

O processo da mamada eficaz envolve não somente a maturação fisiológica do sistema digestório do bebê, mas também o desenvolvimento neurológico, estado de alerta, cognição e interação da mãe com o bebê (WAMBACH et al., 2005).

Os estudos que estabeleceram o aparecimento e o desaparecimento dos reflexos levaram em consideração o desenvolvimento na vida intra-uterina, quando as condições são relativamente mais estáveis que a vida extra-uterina.

Estudo realizado por Bu Lock, Woolridge e Baum (1990), o qual buscou mostrar o desenvolvimento da coordenação de sucção, deglutição e respiração de bebês prematuros durante a mamadeira com ultrassonografia em tempo real, apontou que a vida extra-uterina de um RNPT apresenta uma grande variabilidade de acordo com o contexto vivido, o que não nos permite afirmar sobre o seu desenvolvimento apenas pela IG corrigida ou peso. Por exemplo, sabe-se que o reflexo da deglutição surge por volta da 11^a semana de vida fetal; enquanto que o da sucção pode ser detectada desde 29^a semana de vida uterina, estando totalmente aperfeiçoada na 32^a semana, e a coordenação destes reflexos ocorre por volta da 34^a semana de vida intrauterina. Entretanto, essas competências podem não ser apropriadas para um prematuro nascido com 24 semanas de IG e que atualmente se encontra com 30 semanas de IG corrigida.

De maneira geral, as mamadas dos bebês prematuros são diferentes das mamadas dos bebês a termo: são mais lentas, silenciosas e pouco vigorosas, longas e com engasgos frequentes e o esvaziamento gástrico é mais lento (WALKER, 2008).

Estudo realizado por Silva, Tavares e Gomes (2014) sobre as dificuldades na amamentação de lactentes prematuros revelou que os bebês prematuros apresentam dificuldades na coordenação entre sucção, deglutição e respiração, acompanhado de rápidas sucções com longas pausas para respirar, apresentando-se sonolento logo após o início da mamada com reflexo de busca não satisfatórios.

Muitos prematuros apresentam dificuldades no desempenho das habilidades motoras orais devido à imaturidade neurológica, e por consequência apresentam alterações na mobilidade lingual, abertura inadequada da mandíbula, vedamento labial insuficiente, diminuição das bolsas de gordura nas bochechas. Desse modo, nem sempre o bebê consegue estabelecer o ritmo e a força adequada à eficiência das mamadas nas suas primeiras experiências com o peito (BOCCOLINI et al., 2013).

Para avaliar se a mamada do bebê prematuro está sendo eficaz, sugere-se verificar um conjunto de observações, como: avaliar os sinais de uma boa mamada do prematuro (Quadro 1); ganho de peso de pelo menos 15g/kg/dia em média após período de recuperação do peso do nascimento; oferta em livre demanda; não oferecer mamadeiras sem indicação criteriosa e fazer a transição da sonda diretamente para o peito.

Quadro 1 - Proposta de formulário de observação de mamada para RN pré-termo, complementar aos modelos adotados pela UNICEF (1993/2004). Este formulário deverá ser aplicado na observação de mamada de RNPT de qualquer peso e IG

PARÂMETROS DO RNPT	SINAIS FAVORÁVEIS	SINAIS INDICATIVOS DE PROBLEMA
VERIFICAÇÃO DA PEGA (rebaixando o lábio inferior e visualizando a posição correta da língua).	<input type="checkbox"/> Língua anteriorizada e posicionada abaixo do seio. <input type="checkbox"/> Boca bem aberta, com lábios evertidos. <input type="checkbox"/> Bochechas arredondadas, sem ruídos durante a sucção. <input type="checkbox"/> Mantém pega durante a mamada.	<input type="checkbox"/> Língua posteriorizada (observar o frênulo lingual) ou com ponta elevada, não visualizada sob o seio, indicando ordenha ineficaz. <input type="checkbox"/> Boca com abertura reduzida, lábios invertidos. <input type="checkbox"/> Bochechas contraídas, com ruídos durante a sucção. <input type="checkbox"/> Não consegue manter a pega durante a mamada. Abocanha e solta.
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	<input type="checkbox"/> Mantém-se dentro dos limites da normalidade durante toda a mamada. <input type="checkbox"/> Grupos de sucções com pausas adequadas, coordena sucção, deglutição e respiração.	<input type="checkbox"/> RN apresenta alteração da frequência, tornando-se taquipneico, dispneico durante a mamada. <input type="checkbox"/> Pequenos grupos de sucção com pausas longas para respirar. <input type="checkbox"/> Não coordena sucção, deglutição e respiração.
COLORAÇÃO DA PELE	<input type="checkbox"/> Não há alteração de coloração da pele durante a mamada.	<input type="checkbox"/> Durante a mamada a pele torna-se marmorada (moteada) ou cianótica com o seguimento da mamada.
REGURGITAÇÃO	<input type="checkbox"/> Ausência de regurgitação durante a mamada.	<input type="checkbox"/> Apresenta regurgitação (nasal ou oral) durante as mamadas.
ESTADO DE VIGÍLIA	<input type="checkbox"/> Alerta durante toda a mamada.	<input type="checkbox"/> Sonolento logo após o início da mamada.
PADRÃO DE SUCÇÃO	<input type="checkbox"/> Firme, vigorosa, com sugadas profundas e lentas, pausas adequadas, ritmo de 1:1 (1 sucção por segundo).	<input type="checkbox"/> Débil, lenta, com sugadas rápidas com ritmo 2:1, pausas longas ou muito longas (2sucções por segundo).
REFLEXO DA BUSCA	<input type="checkbox"/> Completo, com rotação da cabeça, abertura da boca e anteriorização da língua.	<input type="checkbox"/> Incompleto, com rotação insuficiente da cabeça, abertura incompleta da boca ou anteriorização reduzida ou ausente da língua.

DURAÇÃO DA MAMADA	<input type="checkbox"/> Acima de 20-30 minutos (para retirar o leite posterior) e sem alterações fisiológicas nesse período. <input type="checkbox"/> Após a mamada as mamas encontram-se flácidas e o bebê dá sinais de saciedade.	<input type="checkbox"/> De curta duração e/ou duração excessivamente longa, com alterações fisiológicas nesse período (necessitando para isso ser interrompida), apresentação de sinais de retraimento, adormece no início da mamada. <input type="checkbox"/> Após as mamadas as mamas encontram-se cheias e tensas. O bebê não mostra sinais de saciedade, mas de stress.
DEGLUTIÇÃO	<input type="checkbox"/> Pode-se ouvir a deglutição do bebê, porém não há aerofagia. <input type="checkbox"/> Não há engasgos ou tosse.	<input type="checkbox"/> Ruídos de deglutição de ar, engasgos, tosse, cianose, alterações respiratórias, letargia ou sonolência após a deglutição.
POSTURA DO BEBÊ	<input type="checkbox"/> Organizado com apoio, posição barriga com barriga, mantém-se em flexão, podendo levar as mãos 'a face e apresentar preensão palmar.	<input type="checkbox"/> Desorganizado, postura em extensão, instável, posicionado com a barriga para cima, abocanha e solta a pega da mama.
POSTURA DA MÃE	<input type="checkbox"/> Mãe confortável, levando o bebê a mama, segura com cuidado, olha nos olhos conversa com o bebê. <input type="checkbox"/> Oferece a mama com os dedos em forma de C.	<input type="checkbox"/> Mãe desconfortável, inclina-se para colocar o bebê na mama, segura sem cuidado, sem olhar ou conversa com o bebê. <input type="checkbox"/> Oferece a mama em forma de tesoura.

Fonte: Silva, Tavares e Gomes (2014).

O fluxograma propõe que quando o bebê for estimulado no peito, a mamada seja avaliada por meio de um instrumento que tem como título Avaliação da Mamada do Recém-Nascido prematuro o qual avalia as seguintes características: pega, frequência respiratória, coloração da pele, regurgitação, padrão de sucção, estado de sono, reflexo de busca, duração da mamada, deglutição, postura do bebê e a postura da mãe (SILVA; TAVARES; GOMES, 2014). Nesse processo, a mãe deve também ser incluída e capacitada para essa avaliação, pois é a principal cuidadora para descrever constantemente as características da mamada de seu filho.

Inexiste protocolo de avaliação da mamada para o bebê prematuro. Existe este protocolo da UNICEF o qual não é um instrumento de avaliação. Sua finalidade é mostrar os tipos de comportamentos apresentados pelo prematuro direcionando para um apontamento das características de sua mamada e não necessariamente o RNPT precisa apresentar eficácia em todos os sinais favoráveis para poder mamar.

A amamentação é caracterizada como satisfatória quando o bebê prematuro apresenta um bom desenvolvimento físico e neurológico. O bebê acorda para as mamadas, demonstra hidratação adequada e ganha peso sem suplementação, bem como quando a mãe consegue identificar a sucção nutritiva e o ato de deglutição do bebê (SILVA et al., 2000).

Reconhecer os sinais de saciedade é uma outra competência que a mãe precisa desenvolver com o apoio e orientação da equipe. O bebê está saciado quando apresenta sinais de relaxamento como: soltar espontaneamente o seio, não apresentar o reflexo de procura da mama com vigor quando estimulado, encontra-se

relaxado com as mãos abertas, braços soltos, sobranceiras e dedos dos pés relaxados. O bebê pode ou não estar dormindo, mas os olhos geralmente estão fechados (HILL; JOHNSON, 2007).

Outra forma de avaliar se a amamentação está sendo eficaz, é realizar uma monitorização nutricional do bebê prematuro, a partir da obtenção de medidas antropométricas além de observar no dia a dia o crescimento e desenvolvimento físico do bebê (ACADEMY OF BREASTFEEDING MEDICINE PROTOCOL COMMITTEE, 2011).

Alimentar um RN é um processo complexo que requer a integridade de vários componentes. Envolve comportamento, respostas táteis, controle motor, função motora oral, controle fisiológico e coordenação sucção – deglutição – respiração. Amamentar um prematuro envolve aspectos físicos, neurológicos, cognitivos e emocionais, que implicam não só na difícil tarefa de adequação de nutrientes que interferirão na sobrevivência do bebê, mas também no processo de interação social e formação do vínculo família/bebê e família/equipe de saúde (BRASIL, 2013).

A avaliação da mamada pode promover o sucesso na amamentação, oferecendo suporte técnico nas dificuldades iniciais do binômio mãe/bebê até que eles consigam estabelecer a amamentação plena. Por isso a avaliação e acompanhamento da equipe de saúde é tão importante.

3.2.2 Posição Canguru / Contato Pele a Pele

O ato de amamentar vai além do ato de alimentar, ele proporciona ao bebê o contato pele a pele com sua mãe várias vezes ao dia, isso o acalma e estabiliza fisiologicamente.

Uma estratégia para auxiliar no sucesso da amamentação do prematuro é o contato pele a pele, o qual consiste em manter o RN de baixo peso apenas de fralda, na posição vertical, contra o peito da mãe, do pai, ou de outro familiar. Deve ser realizado de maneira orientada, por livre escolha da família, de forma segura e acompanhado de suporte assistencial por uma equipe de saúde adequadamente treinada (BRASIL, 2015a).

Recomenda-se fazer o contato pele a pele com o prematuro: precoce (o mais cedo possível após o nascimento), contínuo (sem interrupções injustificadas ou desnecessárias) e prolongado (idealmente 24 horas/dia, 7 dias/semana) para

estimular o AM e aumentar a produção láctea (MONTEIRO, 2016).

O contato pele a pele, também conhecido como “Posição Canguru”, é uma proposta alternativa ao cuidado neonatal convencional para bebês de baixo peso ao nascer (BRASIL, 2011). Dentre as melhores evidências sobre os benefícios proporcionados, está o aumento de 4 vezes a chance de AME em prematuros (HEIDARZHADEH et al., 2013).

Dentre os vários benefícios que o contato pele a pele pode proporcionar, estão: redução da mortalidade neonatal, da infecção grave, da hipotermia, da doença do trato respiratório inferior e do tempo de permanência hospitalar, aumenta o ganho ponderal, além de aumentar a autoestima da mãe com relação aos cuidados do seu bebê (CONDE-AGUDELO; DÍAZ-ROSSELLO, BELIZAN, 2014). Evita a separação entre mãe e filho, dá apoio à amamentação, favorece o estabelecimento dos papéis maternos e paternos e auxilia na estabilização da criança (NYQVIST et al., 2001; BLOMQVIST et al., 2013). Aumenta a produção de LM, prolongando a duração do AM com conseqüente aumento da prevalência de alta hospitalar com AME (BRASIL, 2011).

Mesmo que a sucção não ocorra, o contato pele a pele proporciona diminuição do estresse materno, pois possibilita o acompanhamento da evolução clínica e o desenvolvimento do seu bebê, conseqüentemente diminuindo o nível de cortisol (hormônio responsável por coordenar a reação ao estresse) para ambos tendo como benefício contribuir para maior produção láctea (UEDA et al., 1994).

O contato pele a pele com prematuros clinicamente estáveis oferece um aumento estatisticamente significativo na duração do AM até a alta hospitalar (RENFREW et al., 2009). Este método evita a separação prolongada entre a mãe e seu bebê, fazendo com que a mulher se sinta segura, e assim contribuindo para uma boa produção láctea, facilitando o AME até o sexto mês de vida.

3.2.3 Translactação

Uma estratégia para a manutenção do AM é a prática da translactação em prematuros, podendo aumentar a chance em até cinco vezes de manter o AME comparado ao uso do copo, reforçando o apoio da equipe multiprofissional de saúde (ROSSETTO, 2010).

Esse método consiste em um recipiente contendo o leite (de preferência o da

própria mãe), colocado entre as mamas e conectado ao mamilo por meio de uma sonda. O RN ao sugar recebe o suplemento e continua a estimular a mama até se sentir saciado.

Fujinaga et al (2013) complementou a técnica de translactação de forma segura para um volume previsto de 5 ml, respeitando como critério para interrupção, a ausência de sucção por mais de 5 minutos e/ou presença de sinais clínicos que interferem na estabilidade do bebê.

3.3 EVOLUÇÃO PONDERAL

3.3.1 Ganho de Peso Adequado

Os RNPT apresentam uma perda inicial de peso maior que os RN a termo, com recuperação do peso de nascimento em 10 a 20 dias de vida e, após essa recuperação, ganho médio de peso de no mínimo 15g/kg/dia, o que justifica o peso dos RN prematuros geralmente estarem abaixo do percentil 10 na curva de crescimento intrauterino ao atingirem o termo (ACADEMY OF BREASTFEEDING MEDICINE PROTOCOL COMMITTEE, 2011).

Ainda que a amamentação esteja estabelecida, o ganho ponderal pode estar prejudicado, o que pode estar associado a alguns fatores como pega incorreta, baixa produção ou alta produção láctea (ANVISA, 2009).

Muitas vezes, o bebê com pega inadequada não ganha o peso esperado apesar de permanecer longo tempo no peito. Isso pode ocorrer por vários motivos, pode ser porque ele é capaz de obter o leite anterior, mas tem dificuldade de ingerir o leite posterior, mais calórico (ANVISA, 2009). Pode também ser por dificuldade de vedação, por pequena força de sucção para extração do leite, por pequenos volumes ingeridos seguidos de exaustão por ser pequeno e de baixo peso, por produção de leite insuficiente, entre outros.

Um protocolo americano elaborado pela *Academy of Breastfeeding* publicado em 2011 apresenta algumas estratégias que auxiliam no ganho de peso do prematuro, como: aumentar a frequência das mamadas (incentivar o contato pele a pele entre mãe e bebê, estimulando a liberação de ocitocina); oferecer complemento alimentar (de preferência com leite materno extraído) após amamentar diretamente no peito e aumentar a frequência de extração manual ou elétrica (pelo menos 5

vezes ao dia obedecendo o tempo de esgotamento da mama).

3.3.2 Semi-Demanda

Amamentar o bebê prematuro em resposta a sua fome observando os sinais de saciedade, ao invés de intervalos programados com volumes pré-definidos de leite é chamado alimentação de semi-demanda (DAVANZO et al., 2014). Na amamentação por semi-demanda, a mãe amamenta seu bebê, a partir da mudança de comportamento e dos sinais apresentados por ele que indicam interesse em sugar (pega) e a amamentação termina quando o bebê para de sugar. Em seguida é oferecido a complementação através de outro método de alimentação (sonda ou copo) conforme necessário (NYQVIST, 2005).

Esse tipo de alimentação reduz o possível risco de hipoglicemia, retardo no desenvolvimento e o tempo de internação (DAVANZO et al., 2014).

No entanto, para essa complementação é necessário observar se o bebê se apresenta cansado, sonolento, com tônus mais baixo, comprometendo assim seus reflexos de sucção e deglutição. Se assim for, é preferível oferecer o leite pela sonda que iniciar outro tipo de esforço para o bebê, principalmente se ele for muito prematuro. Desta forma, o leite deve ser oferecido pelo copinho somente quando a produção láctea materna for insuficiente ou estiver próximo da alta hospitalar.

A alimentação por semi-demanda deve ser interrompida quando observado instabilidade clínica e/ou sinais de estresse (DAVANZO et al., 2014).

3.4 PRODUÇÃO LÁCTEA

Devemos ressaltar a importância do incentivo às mães para que possam obter sucesso na prática do AM, visto que os desconfortos e dificuldades que podem acontecer nos primeiros dias de AM são considerados os principais motivos do desmame precoce (AZEVEDO et al., 2010). A mãe e a família devem ser orientadas que a longa permanência na UTIN não impede a amamentação (SCHEEREN et al., 2012).

3.4.1 Extração de Leite

O processo de extrair o leite das mamas pode ser feito manualmente ou com auxílio de ordenhadeiras manuais ou elétrica (BRASIL, 2011). Tem por objetivo simular o estímulo fisiológico normal da lactação e com isso estimular a liberação de prolactina permitindo uma produção duradoura e quantidade de LM suficiente (MORTON et al., 2009).

A produção e a ejeção do leite ocorrem por estímulos neuro-hormonais, ou seja, quanto mais o bebê suga o seio materno, maior será a produção láctea. Porém estamos falando de prematuros e, nem sempre esse estímulo e interação é possível pelas suas condições fisiológicas. Por esse motivo, as mães dos RNPTs devem ser incentivadas a iniciar a extração logo após o nascimento do bebê, para assim obter um maior sucesso no tempo de duração da amamentação, conseguindo estabelecer o AME até o sexto mês de vida (MAASTRUP et al., 2014).

A extração precoce auxilia no estabelecimento do AM até o momento em que o prematuro apresentar condições de sugar pela primeira vez. Seu início deve ser realizado preferencialmente até seis horas após o parto, pois nesse período o nível de hormônio (prolactina) apresenta-se alto, concentrando na primeira meia hora após o parto e depois diminuindo gradativamente. Portanto, para que ele possa se manter é necessário que a mãe receba alguns estímulos para incentivar o início da fisiologia da produção láctea precocemente. Tal estímulo pode ser por manipulação do neonato ou por extração mecânica ou manual. Se a extração não puder ser iniciada antes das seis horas, a mãe deve ser orientada a fazê-lo assim que possível, para aproveitar os picos de prolactina e ocitocina e estabelecer um bom fluxo de leite (MAASTRUP et al., 2014).

Sugere-se uma extração frequente, similar ao número de mamadas diárias de um RN, ou seja, realizada no mínimo cinco vezes ou mais durante o dia, assim o organismo consegue estabelecer uma boa produção láctea sem a sucção do prematuro (HILL; ALDAG; CHATTERTON, 2001).

Em relação ao tempo ideal de duração da extração, não tem uma recomendação específica, pois depende do tipo de extração, manual ou elétrica, e quantidade de leite que essa mãe apresenta. Em média, os estudos sugerem entre 10 a 30 minutos ou até a mama esgotar, ou seja, não sair mais leite ou apenas gotas esporádicas (FURMAN; MINICH; HACK; 2002; MORTON et al., 2009; HILL; ALDAG;

CHATTERTON, 2001).

A extração pode ser realizada tanto manual como mecânica. O método mais adequado de extração pode depender do tempo de nascimento do bebê e do momento individual da mãe. Além disso, independentemente do tipo de extração o mais importante é que ela ocorra o mais precoce possível. A extração manual pode ser mais adequada nos primeiros dias do nascimento, quando a descida do leite ainda está em fase inicial, já a extração elétrica pode ser mais eficaz quando há um aumento do volume de leite (BECKER; SMITH; COONEY, 2011).

As mães devem ser orientadas quanto as práticas de higienização e assepsia antes do momento da extração, assegurando que sua coleta aconteça de forma a manter as características químicas, físico-químicas, imunológicas e microbiológicas do LH (ANVISA, 2006).

Os cuidados que devem ser essencialmente observados na extração são os princípios da higiene e conservação, que inclui higienizar as mãos, prender os cabelos, usar máscara se possível e armazenar o leite ordenhado em frascos de vidro esterilizado na geladeira ou refrigerador (BECKER; SMITH; COONEY, 2011). Com o objetivo de manter a conformidade do LH ordenhado e diminuir a microbiota desse leite, orienta a desprezar os primeiros jatos de leite, em torno de 0,5 a 1 ml (ANVISA, 2008).

Entre as normas de procedimentos técnicos para extração, manipulação e administração de LH cru exclusivo da mãe para o próprio filho em ambiente neonatal, o tempo máximo de congelamento do leite cru é de 15 dias. (BRASIL, 2015b). Sempre que possível, devemos oferecer ao RNPT o LH fresco, pois este apresenta vantagens em relação ao LH pasteurizado, pois durante o processo da pasteurização, o calor destrói os fatores de proteção do leite materno, não tendo o mesmo valor biológico que o leite cru (ANVISA, 2009).

A mulher tem o direito de fazer ou não a extração, porém ela deve ser orientada de todos os benefícios que pode ser alcançado. É importante que a mãe se sinta acolhida nesse momento frágil de sua vida. Ela precisa ser ouvida, compartilhando seus medos e angustias. Diante de sua sensibilização quanto a importância da extração do leite para o seu filho (a), a mãe pode sentir-se mais motivada para essa prática.

3.4.2 Baixa / Alta Produção Láctea

Além das características da mamada deve-se considerar a avaliação da produção láctea materna para assim poder estabelecer as intervenções a serem adotadas.

A baixa produção de leite materno é uma das maiores barreiras para o estabelecimento da amamentação em prematuros. As mães que são incentivadas a iniciar a extração de leite logo após o nascimento do seu filho apresentam maior sucesso em estabelecer o AME até o sexto mês de vida (MAASTRUP et al., 2014).

Um estudo de coorte prospectivo, realizado com 1.221 mães e 1.488 RNPT com IG de 24-36 semanas, que tinha como um dos objetivos investigar a associação entre extração precoce e o estabelecimento do AME no momento da alta, teve como associação, o início precoce da extração antes das 12 horas pós-parto com o aumento das taxas de AME (MAASTRUP et al., 2014).

Está mais que comprovado que a amamentação traz inúmeros benefícios para o prematuro, e como política pública, é utilizada a “Iniciativa do Hospital Amigo da Criança”, no passo 5: “Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação mesmo se vierem a ser separadas dos seus filhos” (UNICEF, 2009).

Em um outro estudo, realizado por Cruz e Sebastião (2015) que analisou os sentimentos e vivências de mães de bebês prematuros que permaneceram internados em UTIN com relação à amamentação, mostrou que, embora as mães de prematuros expressam o desejo de amamentar, este processo é acompanhado por dificuldades tanto na unidade hospitalar quanto após a alta.

Portanto, para o estabelecimento das intervenções a serem adotadas, devemos considerar além das características da mamada a avaliação da produção láctea materna.

Na baixa produção, deve-se realizar extração frequente (pelo menos cinco vezes ao dia), posição canguru, translactação e uso de galactogogos. Para a alta produção láctea com baixo ganho de peso após recuperação do peso de nascimento, é indicado extrair o leite anterior e oferecer o leite posterior no peito e, se necessário complementar com o leite anterior (NASCIMENTO; ISSLER, 2004).

Existem três porções do leite materno: o leite do início da mamada, chamado leite anterior pelo seu alto teor de água e muito rico em anticorpos. O leite do meio da mamada que tem aumento da concentração de caseína. E o leite do final da

mamada, rico em gordura, chamado leite posterior, que vai oferecer saciedade e contribuir com o ganho de peso do bebê (ANVISA, 2009).

A não extração do leite posterior podendo ser por pega inadequada e/ou por alta produção láctea da mãe comprometerá o ganho ponderal do bebê. Muitas vezes, o bebê com pega inadequada não ganha o peso esperado apesar de permanecer longo tempo no peito. Isso ocorre porque, nessa situação, ele é capaz de obter o leite anterior, mas tem dificuldade de ingerir o leite posterior, mais calórico (ANVISA, 2009).

É importante que o profissional de saúde tenha muito cuidado quando for conversar com a mãe em relação ao pouco ganho de peso de seu bebê, pois a mãe pode ter uma interpretação errada, achando que seu leite é fraco e não é adequado para o seu filho, contribuindo assim para um desmame precoce.

3.4.3 Galactogogos

Uma das maiores dificuldades da mãe do prematuro é a baixa produção láctea. Muitas vezes, quando o prematuro demora muito a iniciar a sucção no peito, essas mulheres tendem a produzir um volume de leite insuficiente para atender às necessidades nutricionais do seu filho.

Galactogogos são medicamentos ou outras substâncias que podem ajudar o início, a manutenção, ou o aumento da produção do leite materno (ACADEMY OF BREASTFEEDING MEDICINE PROTOCOL COMMITTEE, 2011).

As indicações mais comuns de uso de galactogogo são: amamentação de criança adotada (indução da lactação), relactação (restabelecendo a produção de leite após desmame ou longos períodos impossibilitados de sucção) e mães de bebês prematuros que estão extraindo leite enquanto seu bebê não pode sugar (estimular a ativação secretora inicial ou aumentar a produção de leite) (ACADEMY OF BREASTFEEDING MEDICINE PROTOCOL COMMITTEE, 2011).

A domperidona é o galactogogo com as melhores evidências de custo/benefício no uso de mães de prematuros e pode ter o significado para a mãe de um recurso extra com a finalidade específica de ajudar a aumentar a quantidade de leite, auxiliando no processo da amamentação de seu filho (OSADCHY; MORETTI; KOREN, 2012; DONOVAN; BUCHANAN, 2012; FORINASH et al., 2012; PAUL et al., 2015; SILVA et al., 2001; KNOPPERT et al., 2013; HAASE et al., 2016;

ACADEMY OF BREASTFEEDING MEDICINE PROTOCOL COMMITTEE, 2011).

Sugere-se a possibilidade do aumento de produção láctea com o uso da Domperidona em dose 30mg/dia (10mg 3x ao dia) no período de 7 a 14 dias, desde que associado à sucção ou extração frequente (PAUL et al., 2015). Antes da prescrição de um galactogogo, é necessário fazer uma avaliação completa do cenário que a mãe do prematuro se encontra. É importante observar alguns fatores, como: conforto e relaxamento para a mãe, a frequência e rigor da extração (ACADEMY OF BREASTFEEDING MEDICINE PROTOCOL COMMITTEE, 2011).

Apesar das evidências científicas apontarem o efeito potencial dos galactogogos, para aumentar o volume de leite ou induzir a lactação, antes de indicar essa intervenção é necessário esgotar todas as outras formas da manutenção da produção láctea, com as recomendações não farmacológicas, como a extração, o contato pele a pele e a translactação.

Neste processo, é fundamental o apoio da família e dos profissionais de saúde para que a mãe alcance o sucesso na manutenção da lactação, durante a hospitalização de seu bebê. As mães devem receber informação, orientação e aconselhamento sobre amamentação como, também, dispor de sistema de acompanhamento no cuidado domiciliar após a alta hospitalar materna (SERRA; SCOCHI, 2004).

3.4.4 Recursos Adicionais

Recomenda-se adicionar outros recursos auxiliares à extração como: massagem na mama, compressa morna por 20 minutos antes da extração, extrair próximo ao bebê e/ou em contato pele a pele, orientação educacional e recurso áudio/visual. Por estímulo ou relaxamento esses recursos podem ajudar a mulher que quer amamentar a aumentar a produção láctea. A ansiedade, fadiga, estresse e o desgaste emocional são importantes inibidores da lactação (KEITH; WEAVER; VOGEL, 2012; MORTON et al., 2009).

Uma situação de estresse pode fazer com que a puérpera produza menos leite ou mesmo que o reflexo de descida do leite seja inibido. Na lactante, estímulos táteis e visuais, juntamente com a sucção induzem a liberação da ocitocina na corrente sanguínea. Este processo é chamado reflexo de ejeção do leite. A secreção de ocitocina é inibida por catecolaminas que são liberadas em situações de estresse

ou dor. Há evidência que a prevenção e o tratamento de situações que exponham a nutriz ao estresse psíquico ou à dor são fundamentais para o sucesso da amamentação (UEDA et al., 1994).

Promover o relaxamento com recursos áudio/visual como a música ou imagens da mãe amamentando seu filho leva a redução do estresse e consequentemente o aumento da quantidade do leite materno (KEITH; WEAVER; VOGEL, 2012).

Outro cuidado que o profissional deve ter é na recomendação da compressa quente como um recurso para ajudar a mulher a aumentar sua produção láctea. Um estudo com 39 mães de RN prematuros mostrou que aplicação de compressa de gel aquecida provocou um aumento significativo no volume de leite em relação as mamas que não foram aquecidas. O calor em contato com a pele faz uma vasodilatação, podendo aumentar a produção de leite (YİĞİT et al., 2012). Embora este estudo tenha encontrado resultados positivos do calor sobre o aumento da produção láctea, o uso de bolsas térmicas no seio da mãe deve ser criterioso e cuidadosamente utilizado, pois tanto o uso da bolsa térmica quente ou fria podem provocar queimaduras.

3.5 ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO / ACOMPANHAMENTO

No Brasil, a prematuridade é ainda importante causa de mortalidade neonatal, embora encontramos um crescente percentual de RN prematuros cada vez menores e mais imaturos (BRASIL, 2011). Os profissionais de saúde devem conhecer as necessidades desses sobreviventes, especialmente no que diz respeito ao maior risco para problemas no acompanhamento, que são os RNPT de muito baixo peso (peso de nascimento <1.500g). Por esse motivo, fazem-se necessárias orientações padronizadas e bem fundamentadas em relação ao acompanhamento ambulatorial desses RNs.

Mesmo com o sucesso no desfecho do AME na alta hospitalar de um prematuro, faz-se necessário seu acompanhamento após a alta, pois terá como objetivo a promoção e supervisão de sua saúde com orientações quanto à nutrição e ao seu crescimento e desenvolvimento.

Estudo realizado por Souza et al. (2012) sobre a prevalência do aleitamento materno e fatores associados realizado no município de Londrina-Pr, demonstrou uma

queda acentuada dos índices de AME após o quarto mês de vida.

Para que se consiga um resultado positivo, é importante antes da alta hospitalar, que todas as orientações de cuidados e alimentação do RN seja realizado à família por um profissional qualificado, assim, garantindo um adequado acompanhamento desse bebê. A periodicidade das consultas vai depender de vários fatores. Alguns critérios podem nortear a necessidade de um acompanhamento mais próximo ou não. O peso não deve ser utilizado como único critério. Recomenda-se uma periodicidade nas consultas de acompanhamento desse RNPT, sendo a primeira consulta entre três a cinco dias após a alta e após consultas subsequentes (BRASIL, 2011).

3.5.1 Ações Educativas de Promoção do Aleitamento Materno

Os profissionais de saúde possuem papel primordial no processo de educação em saúde, uma vez que, são eles os responsáveis pela disseminação de conhecimentos para o alcance dos objetivos de melhoria à saúde das pessoas (VARGAS et al., 2016).

Logo após o parto, a mulher frequentemente está cansada, desconfortável e com dor, o que não parece ser o momento apropriado para se abordar pela primeira vez a importância de se extrair leite nas primeiras seis horas. Um estudo de caso controle, cujo objetivo foi estudar o efeito da consulta de PN sobre a incidência e duração do AM em prematuros, mostrou que as mulheres que receberam informações de aleitamento durante o PN estavam associadas significativamente com maior sucesso do AM em prematuros, tanto no hospital quanto após a alta (FRIEDMAN et al., 2004). Dessa forma, a mulher começa a se preparar emocionalmente, incluindo os atributos necessários para o desenvolvimento da maternidade de um filho prematuro.

Intervenções realizadas durante a gravidez, como grupos de gestante, para explicar e esclarecer dúvidas de AM, pode proporcionar um início mais rápido para amamentação além de aumentar o tempo de duração do AM (HANNULA; KAUNONEN; TARKKA, 2008).

O período de internação após um parto prematuro, muitas vezes deixa a família insegura em decorrência da prematuridade, gerando estresse e insegurança (GEORGE, 2005). Recomenda-se que ações educativas de promoção do

aleitamento devem ser iniciadas no PN, fortalecidas no período de internação e mantidas após a alta hospitalar para o sucesso do AM. As orientações e acompanhamentos referente a importância do AME devem se estender ao período pós-alta, pois no domicílio as famílias sentem dificuldades na manutenção do AM (SASSÁ et al., 2013).

Assim, os profissionais de saúde têm um papel fundamental na comunicação e principalmente nas ações de educação sobre AM (SWANSON; POWER, 2005).

4 REFERENCIAL METODOLÓGICO

Pesquisas com a finalidade de elaborar instrumentos requerem além da revisão da literatura sobre o tema, a definição das suas dimensões e sua representação comportamental.

No presente estudo, as dimensões a serem avaliadas se referem ao “aleitamento materno para o prematuro”. Nortear os profissionais de saúde a estabelecer sistematicamente o momento adequado para iniciar, com segurança, o AM em prematuros e incentivar apropriadamente a prática da amamentação na unidade neonatal é primordial para aumentar os indicadores de AME.

Por não encontrar um referencial metodológico específico para a elaboração de fluxogramas, realizou-se várias adaptações a partir dos pressupostos de Pasquali (1999), Polit, Beck e Hungler (2004), Lynn (1986) e também do modelo de instrumento proposto *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE II)*.(AGREE, 2009). E para o processo de validação de conteúdo, a fim de avaliar a qualidade deste fluxograma, foram seguidas duas etapas: elaboração do fluxograma e julgamento por especialistas, afim de obter um consenso.

O Instrumento *AGREE II* é uma forma refinada do instrumento AGREE, desenvolvido para abordar a variabilidade na qualidade de diretrizes. É uma ferramenta que avalia o rigor metodológico e transparência com que uma diretriz clínica é desenvolvida. O objetivo do AGREE II é fornecer uma estrutura para avaliar a qualidade de diretrizes clínicas; fornecer uma estratégia metodológica para o seu desenvolvimento e informar quais e como as informações devem ser relatadas nas diretrizes clínicas. O presente estudo utilizou desta metodologia por ser uma ferramenta útil para nortear e padronizar a prática dos profissionais de saúde para o manejo mais apropriado no processo de amamentar um prematuro de acordo com as melhores evidências científicas.

4.1 PROCEDIMENTOS TEÓRICOS

4.1.1 Teorização das Dimensões

Esta é a primeira etapa na elaboração de um instrumento de pesquisa. Procura-se sistematizar o conhecimento existente objetivando a elaboração do

instrumento. Para a compreensão dos procedimentos, são necessárias algumas definições (PASQUALI, 1999).

4.1.2 Elaboração do Instrumento

Após definir as dimensões do instrumento, o próximo passo é descrever as definições constitutivas e as operacionais.

- Definição constitutiva: É a definição de uma dimensão a partir de outra. Esse é o momento de definir suas dimensões e o significado de seus limites. Esta etapa é de extrema importância na elaboração do instrumento, pois situam precisamente os limites que nele possui, dando suas dimensões no espaço semântico da teoria. Nesta etapa contempla as limitações do que deve ser explorado, tanto as que não devem ser ultrapassadas como as que devem ser atingidas. De fato, estas definições permitem avaliar a qualidade do instrumento (PASQUALI, 1999).

- Definição operacional: Responsável pela operacionalização das dimensões. Sua realização passa do plano abstrato para o plano concreto. Nessa etapa deve-se ter o cuidado para que suas definições sejam realmente operacionais. São exatamente as operações concretas, ou seja, o comportamento físico do qual a dimensão se expressa. Esta é a etapa mais crítica da elaboração de um instrumento pois fundamenta a validade do instrumento e sua legitimidade. Portanto, nesta etapa, deve-se recorrer à literatura, aos especialistas da área e a experiência do pesquisador (PASQUALI, 1999).

4.2 VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO

Após a operacionalização das dimensões acreditando na sua adequada apresentação, ainda é necessário testá-los através da opinião de outros especialistas para assim garantir sua validade aparente e de conteúdo (PASQUALI, 1999).

4.2.1 Validade Aparente

Para assegurar a validade, é necessária a opinião de outros, o qual ainda não é uma amostra representativa da população para quem o fluxograma foi construído.

Nesta etapa, verifica se o instrumento mede o que se propõe medir, avaliando a precisão do fenômeno a ser estudado considerando válido quando ele consegue realmente alcançar seu objetivo (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Pasquali (1999) sugere que seja realizado por juízes especialistas revendo o conteúdo para verificar se são apropriados “em sua cara”. Sua avaliação possui duas preocupações: a primeira que os itens sejam compreensíveis e inteligíveis para o estrato mais baixo (habilidade) e o segundo evitar que o instrumento seja deslegante ou infantil com o estrato mais elevado (habilidade).

Esta análise compreende também a análise semântica, que tem por objetivo verificar se todos os itens são compreensíveis a todos os participantes a que ele se destina, caso o item apresente alguma dificuldade de compreensão, significa que precisa ser modificado. Desta forma o pesquisador explica qual o objetivo do item e os especialistas sugerem alterações para melhorar sua compreensão. Assim garantimos a chamada “validade aparente” (PASQUALI, 1999).

4.2.2 Validade de Conteúdo

Esta etapa contempla duas partes. A primeira compreende o desenvolvimento do instrumento e, posteriormente, a avaliação deste por meio da análise de especialistas (ALEXANDRE; COLUCI, 2011) cujo objetivo é verificar a representação comportamental dos atributos. Os juízes deverão verificar se os itens medem ou não o traço em questão. O julgamento por profissionais especialistas é a única forma de conseguir analisar o instrumento (PASQUALI, 1999).

Nesta etapa, convida-se juízes ou experts que analisam a adequação do instrumento, sendo possível avaliar a taxa de concordância entre eles ao final desse processo. Espera-se uma taxa de concordância de 90% entre os juízes para que se determine a validade do instrumento (COLUCI et al., 2015).

4.3 TÉCNICA DELPHI

Este método representa a consulta a um grupo de especialistas a respeito do tema, o qual é repassado continuadas vezes até que seja obtida uma concordância estipulada pelo pesquisador. Considerando este julgamento melhor que a opinião de uma única pessoa, busca-se um consenso de opiniões de um grupo de especialistas

(WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000).

Para conseguir um consenso utiliza-se um questionário onde cada participante apresenta sua opinião sobre o tema em discussão por meio de uma retroalimentação. A circulação do questionário entre os participantes é denominada rodada, permitindo assim a participação de diferentes especialistas sem a necessidade de uma reunião física (SCARPARO et al., 2012). Ao final deste processo, pode-se calcular a taxa de concordância entre os juízes.

O *feedback* estabelecido durante as rodadas permite troca de informações entre os especialistas, sendo necessárias no mínimo duas rodadas para caracterizar o processo Delphi (WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000). A literatura recomenda um índice de concordância entre 70 a 80% (SCARPARO et al., 2012; PASQUALI, 2003) podendo chegar até 90% (COLUCI et al., 2015).

Na primeira rodada o instrumento é julgado sendo as respostas analisadas. As respostas são individuais, no formato de respostas quantitativas acompanhadas por justificativas e informações qualitativas (WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000). Os domínios que não apresentam concordância, são reformulados de acordo com as sugestões dos especialistas ou excluídos considerando a taxa de concordância estipulada previamente pelo pesquisador.

Normalmente, há uma abstenção de 30 a 50% dos participantes na primeira rodada e de 20 a 30% na segunda rodada (WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000).

São diversos os critérios necessários para convidar os juízes. A recomendação quanto ao número de especialistas necessário para o processo de validação, também é divergente. Existem autores que orientam de 3 a 20 juízes. Quanto mais juízes, mais informações sobre o instrumento e também maior a dificuldade de conseguir uma concordância. O número vai depender do fenômeno a ser estudado, podendo a inclusão ser realizada por meio da técnica “bola de neve”, quando um integrante indica outros e assim sucessivamente (SCARPARO et al., 2012).

Os potenciais juízes são contatados individualmente pelos pesquisadores, que lhes explica todo o processo da pesquisa, o objetivo do estudo e a importância de sua participação. Posteriormente é enviado o questionário com instruções de preenchimento e devolução. A realização da entrega pode ser pessoalmente, via correio ou correio eletrônico / e-mail (WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000).

Para a utilização desta técnica por meio eletrônico deve-se ter o cuidado de

deixar o instrumento enxuto, com os itens relacionados ao objetivo da pesquisa, caso contrário, desestimula o participante. É importante também o pesquisador se colocar à disposição para qualquer esclarecimento (GIOVINAZZO, 2001).

O processo de validação é fundamental para que o resultado da avaliação e o instrumento sejam confiáveis. Neste contexto, necessitamos da opinião de outros profissionais, determinando assim sua validade.

4.4 MÉTODO

4.4.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa metodológica e aplicada. Pesquisas metodológicas caracterizam-se pelo desenvolvimento de instrumentos, construção das dimensões a ser medida, criação dos itens do instrumento e elaboração das instruções para os respondentes e usuários (LOBIONDO-WOOD, 2001). Segundo Polit, Beck e Hungler (2004) a pesquisa metodológica caracteriza-se pela obtenção, organização e análise de dados, visando à elaboração, validação e avaliação de um instrumento. Para a elaboração do fluxograma, obteve-se como parâmetro pressupostos teóricos de elaboração de instrumento proposto por Pasquali (1999) com algumas adaptações por não se tratar exatamente de um instrumento de medida, mas sim, um instrumento norteador.

Adicionalmente a pesquisa aplicada atua na solução imediata de um problema existente, planejando e encontrando uma solução para uma questão utilizando os conhecimentos aprendidos pela pesquisa básica (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

4.4.2 Elaboração do Fluxograma de Manejo Clínico para o Aleitamento Materno de Recém-Nascidos Prematuros

O desenvolvimento do fluxograma foi norteador por diretrizes clínicas elaboradas previamente com base em evidências científicas que contemplava ações de avaliação, diagnóstico e tomada de decisão referente ao manejo clínico do AM para o prematuro (LAGO, 2017).

Seguindo esses passos, criou-se o fluxograma apresentando cinco

dimensões a serem avaliadas, sendo: “Início do Aleitamento Materno”, “Avaliação da Mamada”, “Avaliação da Evolução Ponderal”, “Produção Láctea” e Aleitamento Materno Exclusivo / Acompanhamento”. Após a seleção das dimensões escolhidas, foi necessário definir e detalhá-las. Neste estudo, foi elaborado o que chamamos de manual operacional com o objetivo de fornecer informações e fundamentações necessárias para embasar o uso do fluxograma em um referencial teórico atualizado.

Sua composição visual obedeceu a duas cores principais: verde (à direita do fluxograma) para as ações corretas e vermelho (à esquerda) para as ações a serem corrigidas; o círculo indica o início e o fim do fluxo; os losangos representam questões e/ou necessidades de avaliação; os retângulos indicam possibilidades de conduta; os círculos alongados indicam possibilidades diagnósticas e os pontilhados conectam a uma caixa explicativa (PIMENTA, 2015).

4.4.3 Validação do Fluxograma de Manejo Clínico em Aleitamento Materno para Recém-Nascidos Prematuros

Os processos realizados para a validação se dividiram em duas etapas: validação aparente e de conteúdo.

4.4.3.1 Validação aparente

Para os procedimentos de validação, procedeu-se a elaboração do fluxograma, seguida do teste piloto para sua análise aparente.

Essa primeira etapa foi realizada no Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina (HU-UDEL), que é uma instituição de nível terciário, público de ensino, referência para o Sistema Único de Saúde (SUS). A instituição possui 307 leitos, todos a disposição do SUS. A Unidade Neonatal conta com 17 leitos, divididos em sete leitos de UTIN e 10 leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal. Conta também com o Ambulatório de Aleitamento Materno e o Banco de Leite Humano.

Foram convidados a participar desta etapa cinco enfermeiras residentes de neonatologia. Durante o mês de dezembro de 2016, o fluxograma foi apresentado verbalmente às residentes detalhadamente e foi solicitado que aplicassem um teste piloto com o fluxograma durante o atendimento no ambulatório de AM nos meses de

dezembro/2016 a janeiro/2017 e no final emitiram um parecer sobre a compreensão do fluxograma em concomitância à validação semântica.

Para essa avaliação adaptou-se o modelo de instrumento *AGREE II* já traduzido para a língua portuguesa. Organizado em seis domínios seguido por dois itens de classificação global, todos os seis domínios classificados na escala de um a sete pontos. No instrumento piloto (APÊNDICE A) os juízes avaliaram cada dimensão apresentado no fluxograma assinalando na escala o escore um o qual representava “discordo totalmente” para quando não havia nenhuma informação relevante, e o escore sete que representava “concordo totalmente” quando a qualidade da informação fosse excelente. Os escores entre dois e seis eram atribuídos quando a informação referente ao fluxograma não atendia todos os critérios ou considerações. A pontuação foi atribuída em função da completude e qualidade do relato, aumentando na medida que mais critérios fossem contemplados e as considerações abordadas. Nas situações em que o escore atribuído fosse entre um a seis era deixado um comentário justificando o que seria necessário reavaliar, especificando o item correspondente.

4.4.3.2 Análise de conteúdo do fluxograma de manejo clínico para o aleitamento materno de recém-nascidos prematuros pelos juízes

O comitê de juízes foi composto por uma amostra intencional, utilizando a técnica bola de neve com no mínimo três profissionais de cada categoria, sendo eles: enfermeiros e médicos neonatologistas, nutricionistas e fonoaudiólogas que atuam no manejo do AM e/ou prematuridade. Os critérios de inclusão para todas as categorias foram: experiência de no mínimo 2 anos no manejo do AM e/ou prematuridade com atuação como profissional ou docente na área de interesse.

Para esta etapa foram convidados profissionais de diferentes categorias que atendesse aos critérios de inclusão: 16 enfermeiros, 13 médicos, 10 nutricionistas e 10 fonoaudiólogas, totalizando 49 profissionais. A participação maior de enfermeiros foi proposital, pois este profissional é o atuante assistencial que permanece 24 horas assistindo o prematuro no manejo do AM. Os profissionais convidados foram provenientes de diferentes estados: Brasília (DF), Vitória (ES), Belém (Pará), Irati, Londrina, Maringá e Telêmaco Borba (PR), Porto Velho (RO), Rio de Janeiro (RJ), Ribeirão Preto e São Paulo (SP).

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UEL, os juízes foram convidados por meio de contato telefônico e/ou e-mail, por meio de um convite para participar da banca de especialistas seguido dos objetivos da pesquisa e explicação dos procedimentos de validação (APÊNDICE B).

Anexo ao convite havia um link para que os juízes tivessem acesso aos instrumentos, Fluxograma, Manual Operacional (APÊNDICE F) e o TCLE (APÊNDICE C).

Para darem início a avaliação do fluxograma os especialistas precisavam aceitar clicando no link e preenchendo o TCLE, e então poderiam baixar os arquivos do fluxograma e do manual operacional em seus computadores.

O preenchimento do instrumento de avaliação ocorreu online, por meio do Google Forms. A primeira parte do instrumento era referente à Caracterização dos Juízes (APÊNDICE D) e a segunda referente a validação do fluxograma (APÊNDICE E).

Os juízes avaliaram cada dimensão apresentado no fluxograma assinalando “discordo totalmente”, “discordo”, “concordo”, “concordo plenamente” ou “não sei”, para os requisitos: impressão geral acerca do fluxograma, layout do fluxograma, conteúdo do fluxograma, motivação quanto ao uso do fluxograma, aplicabilidade do fluxograma e conteúdo do manual operacional. No final do instrumento havia um campo de considerações para que fosse justificado e sugerido reformulações para os itens assinalados como discordo plenamente ou discordo.

O tempo de preenchimento do instrumento era de aproximadamente uma hora, o que variou de acordo com a disponibilidade de cada juiz.

Para atingir a concordância de 90% estipulada pelas pesquisadoras foram necessárias duas rodadas de acordo com a técnica Delphi. O procedimento de validação com os juízes iniciou-se no mês junho com a 1ª rodada e foi finalizado no mês de outubro de 2017 com a segunda rodada.

Ao analisarmos as respostas recebidas da 1ª rodada, observamos que apenas a última dimensão referente ao conteúdo do manual operacional apresentou uma concordância inferior a taxa de concordância estipulada pelas pesquisadoras, os demais permaneceram com a taxa de concordância acima do estipulado dando ao fluxograma sua validação. Realizou-se então as modificações sugeridas da primeira rodada, em seguida, enviou-se aos juízes, para segunda rodada de validação, destacado em amarelo as alterações para facilitar a leitura.

Apesar do critério recomendado de 90% como um bom índice de validade, nesta pesquisa optou-se por rerepresentar outras dimensões que foram alteradas para os juízes independentemente da taxa de concordância (SCARPARO et al., 2012).

Foi solicitado que reavaliassem as seguintes dimensões: layout do fluxograma, conteúdo do fluxograma e conteúdo do manual operacional. Novamente, enviamos aos 29 juízes participantes da primeira rodada.

4.4.4 Análise dos Dados

Estruturou-se um banco de dados na planilha Excel 2010®. Calculou-se a Taxa de Concordância Interavaliadores (TCI), realizado por meio da seguinte fórmula: número de participantes considerados concordantes (concordo totalmente e concordo) divididos pelo número total de participantes, multiplicando o resultado por 100.

A taxa de concordância de cada item do fluxograma foi calculada pelo número dos juízes que concordaram dividido pelo número total de juízes, multiplicando o resultado por 100. Para a taxa de concordância das dimensões calculou-se a porcentagem de cada item de sua dimensão dividido pelo total de itens da mesma dimensão, multiplicando o resultado por 100.

A taxa de concordância geral do fluxograma foi calculada com todas as dimensões, considerando os valores da primeira rodada naquelas dimensões que não foram rerepresentadas aos juízes na segunda rodada e os valores da segunda rodada das dimensões que foram reavaliadas.

No final do instrumento tanto da primeira como da segunda rodada, havia um campo para que fosse justificado e sugerido reformulações para os itens assinalados como “discordo plenamente” ou “discordo”. Após devolução do instrumento, analisou-se as respostas dos juízes de forma qualitativa, sistematizando-se as sugestões em um quadro separadas por cada dimensão.

4.4.5 Aspectos Éticos

Em observância às determinações da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina (CEP/UEL), CAAE: 51823315.7.000.52 (ANEXO A).

4.4.6 Apresentação dos Resultados

O resultado será apresentado no formato de um artigo.

Elaboração e validação de um fluxograma de manejo clínico para o aleitamento materno de recém-nascidos prematuros.

Retrata o processo de elaboração e validação do fluxograma de manejo clínico para o aleitamento materno de recém-nascidos prematuros e do seu manual operacional. Este manuscrito será submetido à avaliação da revista *Advances in Neonatal Care* – Qualis Capes Enfermagem: A1.

5 RESULTADOS

5.1 ARTIGO

Elaboração e Validação de um Fluxograma de Manejo Clínico para o Aleitamento Materno de Recém-Nascidos Prematuros¹

Elaboration and validation of a clinical management flowchart on breastfeeding for preterm infants.

Geisa Marcela Perdigão², Edilaine Giovanini Rossetto³, Adriana Valongo Zani⁴, Ligia Fahl Fonseca⁵, Cristina Ide Fujinaga⁶, Milena Torres Guilhem Lago⁷, Carmen Gracinda Silvan Scochi⁸

RESUMO

Introdução: Amamentar um prematuro é um processo complexo que apesar de sua importância, desconhece-se protocolos padronizados para nortear a avaliação e tomada de decisões oportunamente pela equipe que o assiste. **Objetivo:** Elaborar e validar um fluxograma de manejo clínico para o aleitamento materno de recém-nascidos prematuros desde o nascimento até o período após a alta hospitalar. **Método:** Pesquisa metodológica, aplicada, embasada em uma diretriz clínica baseada em evidência para o aleitamento materno do prematuro realizada previamente. Após a transformação da diretriz em um fluxograma, foi realizada sua validação aparente por meio de um teste piloto de aplicação na prática clínica por cinco enfermeiras. Para a validação de conteúdo, utilizou-se a técnica Delphi com um grupo de juízes multiprofissional. **Resultados:** Após duas rodadas de avaliação, sendo 29 especialistas na primeira e 24 na segunda, foram elaboradas quatro versões do fluxograma desde a sua elaboração até à versão final. O processo de validação resultou em uma taxa de concordância geral de 93,8%. **Conclusão:** O fluxograma elaborado para o manejo clínico da amamentação do prematuro foi validado em sua aparência e conteúdo, o que permite sua utilização na prática clínica. **Implicações para a prática:** O processo de manejar o aleitamento de um prematuro pode ser facilitado pela sistematização do fluxograma, e precisa ser iniciado o mais precoce possível, com maior segurança e confiança da equipe e

¹ Extraído da dissertação “Elaboração e validação de um fluxograma de manejo clínico para o aleitamento materno de recém-nascidos”, Universidade Estadual de Londrina, 2018.

² Enfermeira Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Doutorado em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL). E-mail: geisaperdigao@hotmail.com

³ Orientadora. Enfermeira Doutora. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UEL

⁴ Enfermeira Doutora. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UEL

⁵ Enfermeira Doutora. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UEL

⁶ Fonoaudióloga Doutora. Professora Adjunta da Universidade Estadual do Centro-Oeste do Paraná, Brasil

⁷ Enfermeira Doutoranda em Enfermagem. Professora Assistente do Departamento de Enfermagem da UEL

⁸ Professor Titular. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem. Brasil.

famílias desses bebês. **Implicações para a pesquisa:** Sugere-se a aplicação do fluxograma na prática para sua validação clínica.

Descritores: Aleitamento materno. Aleitamento materno exclusivo. Prematuro. UTI Neonatal. Estudo de validação. Delphi. Validade de conteúdo.

Este estudo foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Fundação Bill e Melinda Gates.

O conteúdo é de responsabilidade exclusiva das autoras.

As autoras declaram não haver conflito de interesse.

ABSTRACT

Introduction: Breastfeeding a premature infant is a complex process that despite its importance, it is not known standardized protocols to guide the evaluation and decision making in a timely manner by the attending team. **Objective:** To elaborate and validate a clinical management flowchart in breastfeeding for preterm infants from birth to the period after hospital discharge. **Method:** Applied methodological research, based on an evidence-based clinical guideline for breastfeeding preterm infants previously performed. After the transformation of the guideline into a flowchart, its apparent validation was performed by means of a pilot test of application in clinical practice by five nurses and for the validation of content the Delphi technique was used with 29 specialists in the first round and 24 in the second. **Results:** Four versions of the flowchart were prepared up to the final version. The validation process resulted in an overall agreement rate of 93.8%. **Conclusion:** The flowchart developed for the clinical management of premature breastfeeding was validated in its appearance and content, allowing its use in clinical practice. **Implications for practice:** The process of managing the breastfeeding of a premature infant can be facilitated by the use of the flowchart, which should be started as early as possible with greater confidence and confidence of the staff and families of these infants. **Implications for research:** It is suggested to apply the flowchart in practice for its clinical validation.

Keywords: Breastfeeding. Exclusive breastfeeding. Premature. Neonatal ICU. Validation study. Delphi. Validity of content.

O que este estudo acrescenta

- Um fluxograma que sistematiza a avaliação e tomada de decisão baseada em evidências para auxiliar a equipe no manejo adequado da amamentação do prematuro para que seja iniciado o mais precoce possível e continuado até após a alta hospitalar.
- Este fluxograma é uma produção inédita que reuniu em uma única ferramenta as diferentes fases e contextos que o AM pode ocorrer, considerando as diversidades das idades gestacionais do prematuro e variadas possibilidades de intervenção visando nortear, facilitar e padronizar a prática dos profissionais de saúde.
- A sistematização de ações baseadas em evidências tende a aprimorar a assistência favorecendo o uso de práticas cientificamente sustentadas, reduzindo os conflitos e as contradições de condutas e consequentemente pode melhorar os indicadores do AM do PT.

Introdução

O aleitamento materno (AM) é uma das principais estratégias para reduzir a morbimortalidade em prematuros. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) preconizam o aleitamento materno exclusivo (AME) até o sexto mês de vida, por ser considerado o alimento mais completo para o Recém-Nascido (RN).¹

Apesar de todos os benefícios comprovados do Leite Materno (LM), a amamentação do recém-nascido prematuro (RNPT) ainda é um desafio, em razão do parto abrupto, o nascimento antes do tempo esperado traz consigo diversos sentimentos e expectativas, além de alterar a rotina e dinâmica familiar.² O estado emocional materno diante desse contexto leva a insegurança e incertezas que interferem no sucesso da amamentação.

Os sentimentos e vivências de mães de bebês prematuros que permaneceram internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) em relação à amamentação, demonstram que a prematuridade somada à necessidade de internação caracteriza-se como uma das condições que, associada a outros fatores, podem interferir na interação mãe-bebê devido ao distanciamento do binômio repercutindo negativamente na amamentação, pois este processo é acompanhado por dificuldades que ocorrem tanto na unidade hospitalar quanto após a alta.³

Dada a complexidade desse contexto, ressaltamos a importância do papel que a equipe de saúde precisa desempenhar para viabilizar a prática do AME. A mãe e a família precisam verdadeiramente experimentar que a longa permanência na UTIN não impede a amamentação.⁴

Orientações e condutas consistentes realizadas pelos diferentes profissionais de saúde que assegurem boas práticas de AM já na unidade neonatal contribuem para o apoio e confiança materna essenciais para o sucesso dessa prática, por outro lado, um suporte inadequado nesse momento pode propiciar o abandono do AM.⁵

Na prática, muitos profissionais abordam a importância do AM com as famílias, porém não utilizam protocolos padronizados para as intervenções. A diversificação de conduta reflete a desconsideração das evidências científicas para gerenciar as várias situações que podem ocorrer durante o processo de alimentação.

Sintetizar protocolos ou diretrizes na forma de uma representação esquemática tem sido chamado de fluxograma, o qual deve ser específico e de fácil compreensão.⁶

A partir de uma revisão sistemática que deu origem a uma diretriz clínica para o aleitamento materno do prematuro baseado em evidência, o qual buscou a identificação de alguns problemas mais comuns seguido da formulação da pergunta clínica em formato PICO (Paciente, Intervenção, Comparação e Desfecho)⁷, deu-se o manuscrito desta dissertação aplicando seus resultados no formato de um fluxograma.

Acredita-se que a utilização de um fluxograma norteado por diretrizes clínicas baseada em evidências pode ser uma útil ferramenta para nortear e padronizar a prática dos profissionais de saúde para o manejo mais apropriado do processo de amamentar um prematuro.

Para a elaboração deste instrumento de avaliação que direciona a prática clínica, é imprescindível a sua validação por especialistas para analisar sua adequação. Este processo é destinado a avaliar a qualidade do instrumento, sendo realizado em duas etapas, elaboração e julgamento por especialistas.⁸

Frente a importância que o AM do prematuro tem para o cenário epidemiológico da saúde e a necessidade de aprimoramento dessa prática pelos profissionais de saúde, este estudo teve o objetivo de elaborar e validar um fluxograma de manejo clínico para o aleitamento materno de RNPT desde o nascimento até a alta hospitalar.

Método

Trata-se de uma pesquisa metodológica e aplicada de abordagem quantitativa.

O desenvolvimento do fluxograma foi norteado pelas diretrizes clínicas elaboradas previamente com base em evidências científicas⁷ apresentando cinco dimensões a serem avaliadas, sendo: “Início do Aleitamento Materno”, “Avaliação da Mamada”, “Avaliação da Evolução Ponderal”, “Produção Láctea” e “Aleitamento Materno Exclusivo / Acompanhamento”.

O fluxograma contempla ações de avaliação, diagnóstico e tomada de decisão referente ao manejo clínico do AM para o RNPT. Também segue algumas

regras em sua estrutura: sua composição visual obedece a duas cores principais: verde (à direita do fluxograma) para as ações corretas e vermelho (à esquerda) para as ações a serem corrigidas, o círculo indica o início e o fim do fluxo, os losangos representam questões e/ou necessidades de avaliação, os retângulos indicam possibilidades de conduta, os círculos alongados indicam possibilidades diagnósticas e os hexágonos indicam necessidade de reavaliação.

Os processos realizados para a validação se dividiram em duas etapas: validação aparente e de conteúdo. Obteve-se como parâmetro pressupostos teóricos proposto por Pasquali⁹ com várias adaptações por não se tratar exatamente de um instrumento de medida, mas sim, um instrumento norteador.

A primeira etapa, a validação aparente, foi realizada por meio de um teste piloto da aplicação do fluxograma durante os atendimentos no ambulatório de AM do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina (HU-UEL) nos meses de dezembro/2016 a janeiro/2017 por cinco enfermeiras residentes de neonatologia. Para avaliação dessa aplicação as enfermeiras responderam a um questionário adaptado do modelo de instrumento *AGREE II*¹⁰ já traduzido para a língua portuguesa, a ser aplicado. Além de emitirem um parecer sobre a compreensão do fluxograma em concomitância à validação semântica.

Em seguida, elaborou-se o Manual Operacional que especifica as definições e comportamentos baseado em evidências científicas com o objetivo de nortear o profissional de forma segura e eficaz detalhando o fluxograma a ser utilizado.

Para a validação de conteúdo, que foi a segunda etapa de validação, foi constituída um comitê de juízes composto por uma amostra intencional de no mínimo três profissionais de cada categoria: enfermeiros e médicos neonatologistas, nutricionistas e fonoaudiólogas, utilizando a técnica bola de neve. Os critérios de inclusão para todas as categorias foram: experiência de no mínimo 2 anos no manejo do AM e/ou prematuridade com atuação como profissional ou docente na área de interesse.

Para esta etapa foram convidados 16 enfermeiros, 13 médicos, 10 nutricionistas e 10 fonoaudiólogas, totalizando 49 profissionais. O maior número de enfermeiros foi proposital, por ser o profissional que permanece 24 horas assistindo ao prematuro no manejo do AM.

Os profissionais convidados foram provenientes de diferentes estados: Brasília (DF), Vitória (ES), Belém (PA), Irati (PR), Londrina (PR), Maringá (PR),

Telêmaco Borba (PR), Porto Velho (RO), Rio de Janeiro (RJ), Ribeirão Preto(SP) e São Paulo (SP). A origem diversificada das regiões do país intencionalmente selecionados contempla as diferenças culturais e econômicas, a fim de elaborar um fluxograma que fosse abrangente para nortear os profissionais na temática do AM do prematuro nas diferentes realidades brasileiras.

Os juízes foram contatados por *e-mail* e/ou contato telefônico, por meio de um convite para participar da banca de especialistas seguido dos objetivos da pesquisa e explicação dos procedimentos de validação. Anexo ao convite havia um link para que os juízes tivessem acesso aos instrumentos, Fluxograma, Manual Operacional e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O julgamento deu-se por meio da técnica Delphi.¹¹ Para darem início a avaliação do fluxograma os especialistas precisavam aceitar clicando no link e preenchendo o TCLE, e então poderiam baixar os arquivos do fluxograma e do manual operacional em seus computadores. O preenchimento do instrumento de avaliação ocorreu online, por meio do *Google Forms*.

Os juízes avaliaram cada dimensão apresentado no fluxograma assinalando “discordo plenamente”, “discordo”, “concordo”, “concordo plenamente” ou “não sei”, para os requisitos: impressão geral acerca do fluxograma, layout do fluxograma, conteúdo do fluxograma, motivação quanto ao uso do fluxograma, aplicabilidade do fluxograma e conteúdo do manual operacional. No final do instrumento havia um campo de considerações para que fosse justificado e sugerido reformulações para os itens assinalados como discordo plenamente ou discordo.

Após devolução do instrumento, analisou-se as respostas dos juízes de forma qualitativa, sistematizando-se as sugestões em um quadro separadas por cada dimensão. O procedimento de validação com os juízes iniciou-se no mês junho com a 1ª rodada e foi finalizado no mês de outubro de 2017 com a 2ª rodada.

Para a análise dos dados, calculou-se a Taxa de Concordância Interavaliadores (TCI). Apesar do critério recomendado de 90% como um bom índice de validade¹¹, nesta pesquisa optou-se por reapresentar para os juízes as dimensões que foram modificadas independentemente da taxa de concordância.

Em observância às determinações da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina (CEP/UEL), CAAE: 51823315.7.000.52.

Resultados

Os resultados serão apresentados de acordo com os dois momentos de validação a seguir:

Validade Aparente

O Quadro 1 apresenta uma sistematização das sugestões oriundas do teste piloto com a aplicação da versão inicial do fluxograma aplicado em 12 atendimentos mães/RNPT pelas enfermeiras residentes do ambulatório de aleitamento do HU-UEL.

Quadro 1 - Alterações do fluxograma realizadas na validação aparente - Londrina, 2017

Sugestões	Alterações Realizadas
Diferenciar a produção láctea em suficiente ou alta produção e produção insuficiente	Incluído avaliar produção láctea (mãe com produção suficiente ou alta produção e mãe produção insuficiente)
Incluir semi-demanda	Incluído iniciar semi-demanda para quando o lactente não estiver em AME
Verificar sono e repouso	Incluído quando mãe apresentar produção insuficiente
Necessidade de legenda explicativa	Incluído legenda para avaliação da mamada e para reavaliação
Material que descreva as definições operacionais	Elaboração do manual operacional em fase de finalização

Fonte: Próprio autor.

Após o teste piloto, consideradas todas as sugestões e a expertise das pesquisadoras, o fluxograma foi reorganizado mantendo as dimensões: “início do aleitamento materno”, “avaliação da mamada”, “avaliação da evolução ponderal”, “avaliação da produção láctea” e “aleitamento materno exclusivo”, resultando no fluxograma versão (1) que foi submetido à avaliação pelo comitê de juízes para validação de conteúdo.

Validação de conteúdo

Dos 49 juízes convidados, 29 (59,2%) responderam ao instrumento na primeira rodada (13 enfermeiros, 4 médicos, 8 nutricionistas e 4 fonoaudiólogas) e 25 (86,2%) retornaram à avaliação na segunda e última rodada. A participação dos quatro juízes que não participaram da segunda rodada (1 médico, 2 nutricionistas e 1 fonoaudióloga) foi justificada por motivo de férias. Na Tabela 1 observa-se a

caracterização dos juízes.

Tabela 1 - Caracterização dos juízes que participaram da validação de conteúdo. Londrina, 2017

Variáveis	n	Média (DP)	Min-Máx
Idade	29	45,9 (11,4)	27-65
Tempo de Formação Acadêmica	29	20,7 (11,8)	03-42
Tempo de Atuação com RNPT	24	18,7 (10,7)	03-37
Tempo de Atuação com AM	26	20,3 (11,6)	04-42
	n	%	
Sexo			
Masculino	02	06,9	
Feminino	27	93,1	
Pesquisa desenvolvida com AM ou PT	17	58,6	
Atualmente atua com RNPT	23	79,3	
Atualmente atua com AM	26	89,7	
Atuação RNPT			
Ensino	15	57,7	
Pesquisa	15	57,7	
Assistencial	23	88,5	
Outros	02	7,7	
Atuação AM			
Ensino	17	60,7	
Pesquisa	13	46,4	
Assistencial	26	92,9	
Outros	03	10,7	

Fonte: Próprio autor.

Análise Quantitativa da Validação de Conteúdo

A taxa de concordância geral do fluxograma apresentou-se superior a 90% desde a 1ª rodada. A dimensão que obteve menor taxa de concordância foi o conteúdo do manual operacional, representado por 89,3%.

Todas as dimensões que foram submetidas a reavaliação tiveram um aumento da taxa de concordância da 1ª para 2ª rodada. A dimensão layout do fluxograma foi a que apresentou maior taxa de concordância tanto na 1ª quanto da 2ª rodada.

O Quadro 2 apresenta a Taxa de Concordância Interavaliadores dos itens,

das dimensões e do Fluxograma de Aleitamento Materno para Recém-Nascidos Prematuros em geral, na 1ª e 2ª Rodada de Validação de Conteúdo.

Quadro 2 - Taxa de Concordância Interavaliadores do Fluxograma de Aleitamento Materno por dimensões avaliadas, 1ª e 2ª Rodada de Validação – Londrina, 2017

Impressões gerais acerca do Fluxograma	1ª Rodada (n=29)			2ª Rodada (n=25)			
	TCI ¹ (%)	TCId ² (%)	TCIf ³	TCI ¹ (%)	TCId ² (%)	TCIf ³	
Uso fácil	100	96,5	92,8	-	-	93,8	
Autoexplicativo	93,0			-			
Didático	100			-			
Recomendaria a outros profissionais	93,1			-			
Layout do Fluxograma							
Atrativo e bem organizado	96,5	96,6		100	98,0		
Favorece a aprendizagem	96,6			96,0			
Fácil leitura	96,6			100			
As cores são pertinentes	96,6			96,0			
Conteúdo do Fluxograma							
Recomendações estão corretas	86,2	90,8		96	94,6		
Recomendações são claras e concisas	89,7			96			
Conteúdo está organizado	96,6			92			
Motivação quanto ao uso do Fluxograma							
Senti-me motivado em usar	89,6	91,3		-	-		
Norteia a prática clínica	93,1			-	-		
Aplicabilidade do Fluxograma							
Possui aplicabilidade prática	93,1	93,1	-	-			
Conteúdo do Manual Operacional							
Coerente com o fluxograma	93,1	88,5	92	89,3			
As informações são suficientes	86,2		92				
Referenciais atualizados e adequados	86,2		84				

¹TCI: Taxa de Concordância Interavaliadores dos itens

²TCId: Taxa de Concordância Interavaliadores das dimensões

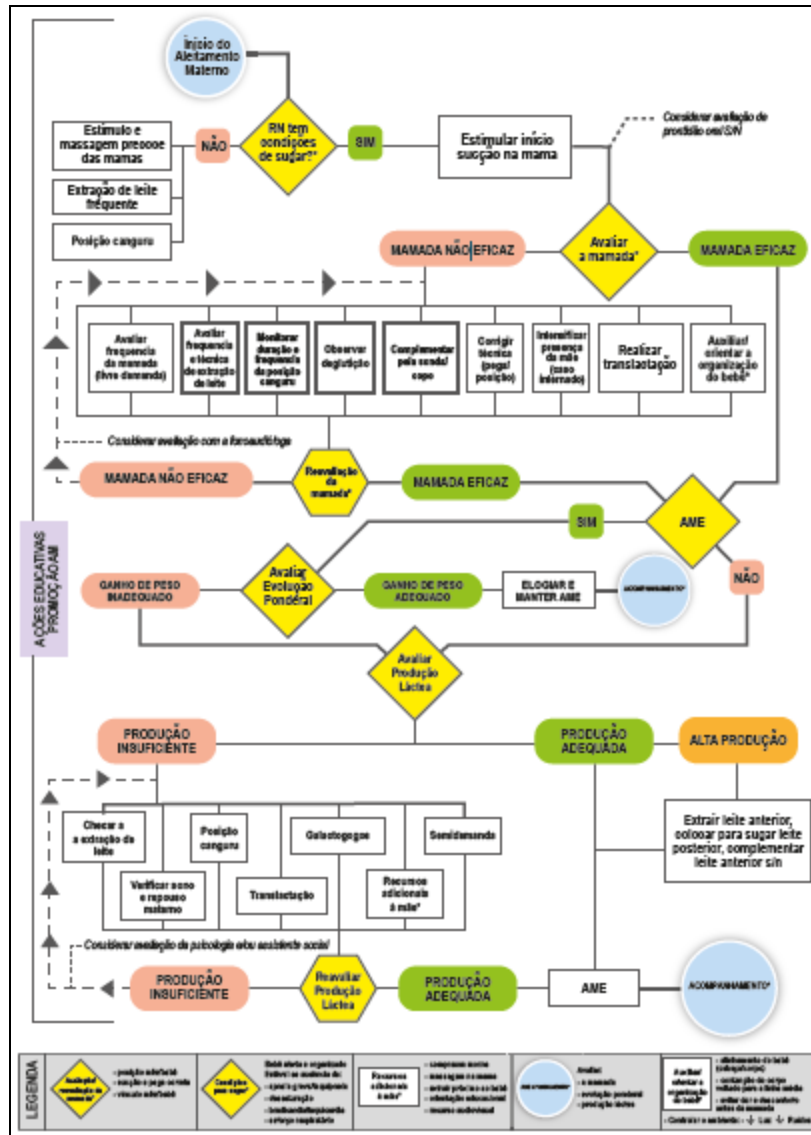
³TCIf: Taxa de Concordância Interavaliadores do fluxograma

Fonte: Próprio autor.

Análise Qualitativa da Validação de Conteúdo

Os juízes descreveram considerações e sugestões de reformulações para os itens assinalados por eles como discordo plenamente ou discordo no final do instrumento de validação (1ª e 2ª rodada). A etapa final desta pesquisa foi a quarta versão do fluxograma, nomeada como versão final (3) e do manual operacional modificados após a segunda rodada segundo as sugestões dos juízes, dando ao fluxograma o formato conforme apresentado na Figura 2.

Figura 2 - Versão final (3) do Fluxograma de manejo clínico para o aleitamento materno de recém-nascidos prematuros – Londrina, 2017.



Fonte: Próprio autor

Discussão

O maior desafio na realização dessa proposta inovadora foi contemplar no fluxograma as diferentes fases e contextos em que o AM pode ocorrer, considerando as diversidades das idades gestacionais do prematuro e as variadas possibilidades de intervenção em um único fluxograma que fosse norteador para o manejo do AM em PT. Um dos especialistas chegou a nos desafiar para tal missão, questionando sobre uma possível inviabilidade de tal intenção.

Algumas dificuldades foram enfrentadas para a realização do presente estudo, a começar pela inexistência de um processo metodológico estruturado

específico para a elaboração e validação de fluxogramas, sendo necessário a adaptação daqueles existentes na literatura para outros fins.^{9,10}

Entretanto, o processo de validação foi criterioso e trabalhoso seguindo um rigor científico pela relação explícita entre as recomendações e as evidências que lhe deram suporte, conforme recomendações das Diretrizes Nacionais de Pesquisa e Avaliação.¹⁰

A participação de vários especialistas da área, permitiu aprimorar todo esse processo de cuidado ao RNPT elaborando um produto que procurou sistematizar as evidências de avaliação e conduta de maneira encadeada que permitisse ao profissional checá-las de acordo com o contexto específico visando alertá-lo para as diversas possibilidades de conduta, sem a pretensão de esgotar todas as possibilidades de avaliação e conduta no manejo do AM de todo PT.

Portanto, o fluxograma elaborado representa um avanço para facilitar e padronizar o manejo dos profissionais de saúde a fim de estabelecer sistematicamente o momento adequado para iniciar o AM em prematuros e dar continuidade apropriada em tempo oportuno de acordo com a evolução do processo de amamentar, mas não dispensa um certo conhecimento e experiência prévia do profissional para a sua utilização.

Além disso, para sua implantação, recomendamos o treinamento de toda a equipe envolvida no manejo do AM com o RNPT, observando os cuidados detalhados e estabelecidos no manual operacional.

Vale ressaltar que apesar da alta taxa de concordância alcançada, algumas modificações ainda ocorreram devido a pertinência das sugestões.

Sobre a dimensão “início da sucção”, apesar de considerar os critérios para avaliação de prontidão oral muito bem estabelecidos e validados por meio de instrumento que pode oferecer segurança para o início da sucção no peito¹², o fluxograma propõe uma abordagem mais ampla sobre o início do AM como um processo que deve começar e ser cuidado desde o período do PN com sensibilizações e antecipações maternas caso o bebê apresente risco potencial para nascer prematuro. Consideramos ainda que o início da sucção pode ser entendido como a possibilidade do RN de entrar em contato com os mamilos de sua mãe, “lamber” e não necessariamente significa a ação final de sugar com eficácia e competência, ou seja, não seria necessário que o bebê atingisse prontidão oral para que pudesse ser colocado em contato com o peito.

Em se tratando de RNPT, a necessidade de incentivar a mãe para o início do estímulo precoce da massagem e a posição canguru, são ações prévias à sucção de fundamental importância até chegar ao início da sucção propriamente dita. Desta forma, considera-se que o AM em PT requer um trabalho junto a mãe e família que antecede o início da sucção propriamente dita, tão valioso quanto o auxílio durante a mamada, o qual não ocorre sem que o primeiro ocorra em tempo oportuno. Tais ações vão assegurar a adequada produção láctea, problemática frequentemente presente em um futuro próximo.

Na dimensão “avaliação da mamada”, vale destacar uma sugestão de um dos juízes que julgamos pertinente para a inclusão de questões relacionadas a organização do bebê e ao meio ambiente. Para que o lactente apresente uma mamada fisiologicamente eficaz, é importante observar alguns cuidados com o seu desenvolvimento e com o meio ambiente como por exemplo assegurar um ambiente com menos luz e ruídos e limitar procedimentos dolorosos antes da mamada.¹

Outra observação apontada por um juiz foi a questão dos sinais de saciedade do RNPT. Esses sinais nem sempre se apresentam de forma claramente definidas para todas as fases do prematuro na amamentação de maneira que possamos apontar algum critério que seja esperado por qualquer PT. Conforme o RNPT progride no seu processo de eficácia de mamada, esses sinais vão progredindo de maneira muito individualizada, considerando também a sua relação com a correção da IG.

Um dos sinais de saciedade positivo mais concreto desejável é a avaliação e monitorização nutricional por meio de seu crescimento e desenvolvimento.¹³ Entretanto, até que essa fase de ganho de peso por AME seja estabelecida, recomendamos que maior ênfase deve ser dada na capacidade da mãe desenvolver sua percepção dos sinais de saciedade do seu filho em particular durante todo o processo de estabelecimento da amamentação.

Ainda excluímos a avaliação do ganho ponderal como um critério a ser considerado para fins de avaliação durante o processo de mamada, entendendo que enquanto não se atinge uma mamada eficaz, não se avalia a evolução ponderal, sob o risco de não valorizar o ganho ponderal em detrimento do AME antes do momento propício. Neste contexto, frequentemente o ganho ponderal pode ser garantido pela complementação da alimentação por gavagem.

A fim de colaborar ainda mais para essa avaliação, acrescentamos no

fluxograma uma inter-consulta com uma fonoaudióloga especialista em AM nos casos em que o lactente esteja apresentando dificuldades para sugar além daquelas esperadas pela sua IG. Assim também foi incluído uma reavaliação da mamada entendendo que em algumas situações da mamada do RNPT ainda será necessário corrigir algumas estratégias até o alcance do AME.

Para a “produção láctea” recomendamos considerar a avaliação e experiência profissional bem como a percepção referida pela mulher por alguns sinais de produção insuficiente, alta ou adequada produção, de acordo com o histórico de produção de cada mulher. A percepção da mulher sobre essa questão, salvo algumas exceções, costuma ser legítima. Alguns estudos trazem classificações de volumes de produção láctea, mas os métodos para mensuração são bastante conflitivos e não adotamos no fluxograma como critério pelo baixo nível de evidência para estabelecer adequada ou baixa produção.

O alvo final de qualquer situação percorrida pelo fluxograma no início era “manter o AME”, mas diante de todas as alterações, o desfecho ficou como “AME/Acompanhamento” mesmo após o alcance do AME, considerando a necessidade constante de acompanhamento.

Neste sentido, buscamos destacar a importância do acompanhamento do prematuro após a alta hospitalar. Para que se consiga um resultado positivo quanto ao seu crescimento e desenvolvimento, destacamos no manual operacional a periodicidade nas consultas de acompanhamento.¹⁴

Espera-se que o uso cotidiano do fluxograma possa promover as práticas em AM de forma sistematizada baseada em evidências e aumentar os indicadores de AME além de oferecer maior segurança e confiança à equipe de saúde e às famílias de bebês em situações de dificuldade para o manejo do AM, ainda que sejam nascidos a termo.

Conclusão

O fluxograma foi elaborado e validado em sua aparência e conteúdo com a TCIf de 93,8% por um comitê de juízes especialistas e de diversas áreas, o que permite sua utilização assistencial. A sua aplicação prática tem a finalidade de auxiliar a equipe no manejo adequado da amamentação do prematuro como um processo que deve ser iniciado o mais precoce possível e continuado até após a alta

hospitalar.

Entretanto, somente estará validado completamente quando for aplicado na prática clínica. Isto sugere a necessidade de pesquisas futuras para continuidade deste estudo.

Resumo das recomendações na prática	
O que sabemos:	<ul style="list-style-type: none"> - A produção e a ejeção do leite ocorrem por estímulos neuro-hormonais, quanto mais o bebê sugar o seio materno, maior será a produção láctea. - A extração precoce do leite materno auxilia na manutenção da produção láctea até o momento em que o prematuro apresentar condições de sugar pela primeira vez. - A longa permanência na do bebê na Unidade Neonatal não impede a amamentação, mas dificulta-o.
O que precisa ser estudado:	<ul style="list-style-type: none"> - Um processo metodológico estruturado para a elaboração e validação de fluxogramas específico. - A continuidade deste estudo buscando a aplicação do fluxograma elaborado e validado na prática clínica.
O que podemos fazer hoje:	<ul style="list-style-type: none"> - Iniciar o aleitamento materno no pré-natal, sensibilizando a mulher sobre as ações de incentivo ao AM e seus benefícios e antecipar as orientações necessárias para desempenhar o seu papel com sucesso, sem concorrer com os problemas reais que podem ocorrer na ocasião do nascimento, especialmente de um prematuro. - Encorajar a mãe de forma adequada para se sentir segura e confiante em relação aos primeiros contatos com seu bebê prematuro. - Promover o cuidado centrado na família beneficiando também o aleitamento materno.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. A implementação de diretrizes clínicas na atenção à saúde: experiências internacionais e o caso da saúde suplementar no Brasil [Internet]. Brasília: Organização-Pan Americana de Saúde; 2009 [citado 2016 Jun 10]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/ProdEditorialANS_A_implementacao_de_diretrizes_clinicas.pdf
2. Uema RTB, Tacla MTGM, Zani AV, Souza SNDH, Rossetto EG, Santos JCT. Insucesso na amamentação do prematuro: alegações da equipe. Semina: Ciênc. Biol. Saúde [Internet]. 2015 Ago [citado 2017 Jun 5]; 36(1): 199-208. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/semnabio/article/download/19272/16946>
3. Cruz MR, Sebastião LT. Amamentação em prematuros: conhecimentos, sentimentos e vivências das mães. Distúrbios Com. [Internet] 2015 Mar [acesso 2016 June 10]; 27(1): 76-84. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/19362/16328>
4. Scheeren B, Menque APM, Devincenzi BS, Barbosa LR, Gomes E. Condições iniciais no aleitamento materno de recém-nascidos prematuros. J. Soc. Bras. Fonoaudiol. [Internet]. 2012 [citado 2016 jun 10]; 24(3):199-204. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jsbf/v24n3/v24n3a03.pdf>.
5. Rollins NC, Lutter CK, Bhandari N, Hajeerhoy N, Horton S, Martines JC, et al. Por que investir e o que será necessário para melhorar as práticas de amamentação. Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]. 2016 [citado 2016 jun 10]; 25(1): 25-44. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v25n1/Amamentacao2.pdf>.
6. Pimenta CAM, Pastana ICASS, Sichieri K, Solha RKT, Souza W. Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem. [Internet]. São Paulo: COREN-SP; 2015 [citado 2016 nov 20]. Disponível em: <http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf>
7. Lago MTG. Diretriz Clínica para o aleitamento materno do prematuro: Uma prática baseada em evidência. [dissertação]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2016
8. Lynn MR. Determination and qualification of content validity. Nurs Res. [Internet]. 1986 Nov-Dec; [citado 2017 jan. 5]; 35(6):382-6. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3640358>
9. Pasquali L. Psicometria. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 1999; [citado 2017 fev. 5]; 43: 992-999. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/about/editorialPolicies#focusAndScope>

10. AGREE Next Steps Consortium (2009). The AGREE II Instrument [versão eletrônica]. [citado 2016 jul 30] Disponível em: <http://www.agreetrust.org>.
11. Scarparo AF, Laus AM, Azevedo ALCS, Freitas MRI, Gabriel CS, Chaves LDP. Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na enfermagem. Rev Rene [Internet]. 2012; [citado 2017 jan. 6]; 13(1): 242-51. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/download/36/31>
12. Fujinaga CI, Scochi CGS, Santos CB, Zamberlan NE, Leite AM. Validação do conteúdo de um instrumento para avaliação da prontidão do prematuro para início da alimentação oral. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. [Internet]. 2008 out-dez; [citado 2017 mar 20]; 8(4): 391-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292008000400004
13. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM Clinical Protocol # 9: use of galactogogues in initiating or augmenting the rate of maternal milk secretion (First Revision January 2011). Breastfeed Med [Internet]. 2011 Feb; [citado 2016 maio 8]; 6(1): 41-9. Disponível em: <http://www.bfmed.org/Media/Files/Protocols/Protocol%209%20-%20English%201st%20Rev.%20Jan%202011.pdf>
14. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

6 CONCLUSÃO

O presente trabalho trouxe uma inovação que pode contribuir valiosamente para a sistematização de uma prática tão complexa e duvidosa que é o manejo do AM nos prematuros na prática clínica oferecendo um fluxograma e seu manual operacional validado para utilização.

A elaboração do material foi realizada com base na revisão da literatura e na experiência profissional das pesquisadoras. A metodologia utilizada foi adequada para o propósito do estudo, sendo a validação aparente e de conteúdo feita por juízes, multiprofissionais bastante qualificados em um processo complexo e primoroso, que considerou a análise dos dados quantitativos e qualitativos para o produto final.

Este fluxograma é uma produção inédita, justificando-se na inexistência até o momento de um instrumento de avaliação e tomada de decisão baseada em evidências o qual irá auxiliar a equipe no manejo adequado da amamentação como um processo que deve ser iniciado o mais precoce possível.

O fluxograma apresenta-se de forma muito prática, com os passos que auxilia a equipe a lidar com o AM e com o RNPT, também pode ser utilizado em situações de dificuldade para o manejo do AM com bebês a termo.

Para ser utilizado requer uma atividade de educação permanente com o propósito de estimular a reflexão da prática baseada em evidência conduzindo a uma assistência mais segura e de qualidade. Para que se obtenha um desfecho positivo, a educação em saúde deve envolver não somente os profissionais de saúde, mas também as mães, em seus contextos particulares. As realidades, vivências, saberes e culturas diferentes devem não somente ser levados em consideração como devem servir de potentes aliados para a promoção do processo de amamentar.

Dessa forma, entendemos que o fluxograma proposto foi validado em sua aparência e conteúdo, mas somente estará totalmente pronto quando for aplicado na prática clínica. Isto sugere a necessidade de pesquisas futuras para continuidade deste estudo, etapa que as pesquisadoras pretendem desenvolver posteriormente.

REFERÊNCIAS

ACADEMY OF BREASTFEEDING MEDICINE PROTOCOL COMMITTEE. ABM clinical protocol # 9: use of galactogogues in initiating or augmenting the rate of maternal milk secretion (First Revision January 2011). **Breastfeeding Medicine**, New Rochelle, v. 6, n. 1, p. 41-49, Feb. 2011. Disponível em: <[Mhttp://www.bfmed.org/Media/Files/Protocols/Protocol%209%20-%20English%201st%20Rev.%20Jan%202011.pdf](http://www.bfmed.org/Media/Files/Protocols/Protocol%209%20-%20English%201st%20Rev.%20Jan%202011.pdf)>. Acesso em: 8 maio 2016.

AGREE. **The AGREE II instrument**. 2009. Disponível em: <<http://www.agreetrust.org>>. Acesso em: 30 jul. 2016.

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/06.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2017.

ANVISA - Agência Nacional de Saúde Suplementar. **A implementação de diretrizes clínicas na atenção à saúde: experiências internacionais e o caso da saúde suplementar no Brasil**. Brasília: Organização-Pan Americana de Saúde, 2009. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/ProdEditorialANS_A_implementacao_de_diretrizes_clinicas.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2016.

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Banco de leite humano: funcionamento, prevenção e controle**. Brasília: ANVISA, 2008. Disponível em: <<http://www.redeblh.fiocruz.br/media/blhanv2008.pdf>>. Acesso em: 8 ago. 2017.

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº. de 171, de 04 de setembro de 2006**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o funcionamento de Bancos de Leite Humano. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0171_04_09_2006.html>. Acesso em: 8 ago. 2017.

AZEVEDO, D. S. et al. Conhecimento de primíparas sobre os benefícios do aleitamento materno. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 53-62, 2010. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol11n2_html_site/a06v11n2.htm>. Acesso em: 20 mar. 2017.

BECKER, G. E.; SMITH, H. A.; COONEY, F. Methods of milk expression for lactating women. **The Cochrane Database Systematic Reviews**, Oxford, v. 7, n. 12, Dec. 2011.

BLOMQVIST, Y. T. et al. Initiation and extent of skin-to-skin contact at two Swedish neonatal intensive care units. **Acta Paediatrica**, Oslo, v. 102, n. 1, p. 22-28, 2013. Disponível em: <http://www.academia.edu/28116353/Initiation_and_extent_of_skin-to-skin_care_at_two_Swedish_neonatal_intensive_care_units>. Acesso em: 15 mar. 2017.

BOCCOLINI, C. S. et al. Breastfeeding during the first hour of life and neonatal mortality. **Jornal Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 89, n. 2, p. 131-136, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método Canguru**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo_canguru_manual_tecnico_2ed.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru: manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_recem_nascido_canguru.pdf>. Acesso em: 8 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual do método canguru: seguimento compartilhado entre a atenção hospitalar e a atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_metodo_canguru_seguimento_compartilhado.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2016.

BU LOCK, F.; WOOLRIDGE, M. W.; BAUM, J. D. Development of co-ordination of sucking, swallowing and breathing: ultrasound study of term and preterm infants. **Developmental Medicine e Child Neurology**, London, v. 32, n. 8, p. 669-678, 1990.

Disponível em:

<<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.912.7408&rep=rep1&type=pdf>>. Acesso em: 8 maio 2016.

CARVALHO, M. R. **Amamentação: bases científicas**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

COLUCI, M. Z. O. et al. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 925-936, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/1413-8123-csc-20-03-00925.pdf>>. Acesso em: 7 abr. 2016.

CONDE-AGUDELO, A.; DIAZ-ROSSELO, J. L.; BELIZÁN, J. M. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Chichester, v. 22, n. 4, 2014. Disponível em:

<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002771.pub3/full>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

CRUZ, M. R.; SEBASTIÃO, L. T. Amamentação em prematuros: conhecimentos, sentimentos e vivências das mães. **Revista Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 76-84, mar. 2015. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/19362/16328>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

DAVANZO, R. M. D. et al. From tube to breast: the bridging role of semi-demand breastfeeding. **Journal of Human Lactation**, Charlottesville, v. 30, n. 4, p. 405-409, 2014.

DONOVAN, T. J.; BUCHANAN, K. Medications for increasing milk supply in mothers expressing breastmilk for their preterm hospitalised infants. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Chichester, v. 14, n. 3, Mar. 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22419310>>. Acesso em: 9 nov. 2017.

FORINASH, A. B. et al. The use of galactogogues in the breastfeeding mother. **Annals of Pharmacotherapy**, Thousand Oaks, v. 46, n. 10, p. 1392-1404, 2012. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/231212087_The_Use_of_Galactogogues_in_the_Breastfeeding_Mother>. Acesso em: 8 maio 2016.

FRIEDMAN, S. et al. The effect of prenatal consultation with a neonatologist on human milk feeding in preterm infants. **Acta Paediatrica**, Oslo, v. 93, n. 6, p. 775-778, 2004.

FUJINAGA, C. I. et al. Validação clínica do instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para início da alimentação oral. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, p. 1-6, jan./fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nsp/pt_18.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2017.

FUJINAGA, C. I. et al. Validação do conteúdo de um instrumento para avaliação da prontidão do prematuro para início da alimentação oral. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 8, n. 4, p. 391-399, out./dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292008000400004>. Acesso em: 20 mar. 2017.

FURMAN, L.; MINICH, N.; HACK, M. Correlates of lactation in mothers of very low birth weight infants. **Pediatrics**, Evanston, v. 109, n. 4, p. e57, 2002. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/109/4/e57.full.pdf>>. Acesso em: 7 abr. 2016.

GEORGE, L. Lack of preparedness: experiences of first time mothers. **American Journal of Maternal Child Nursing**, New York, v. 30, n. 4, p. 251-255, 2005.

GIOVINAZZO, R. A. Modelo de aplicação da metodologia Delphi pela internet: vantagens e ressalvas. **Administração on-line**, São Paulo, v. 2, n. 2, abr./jun. 2001. Disponível em: <http://www.fecap.br/adm_online/art22/renata.htm>. Acesso em: 6 jan. 2017.

HAASE, B. et al. Domperidone for treatment of low milk supply in breast pump-dependent mothers of hospitalized premature infants a clinical protocol. **Journal of Human Lactation**, Charlottesville, v. 32, n. 2, p. 373-381, 2016.

- HANNULA, L.; KAUNONEN, M.; TARKKA, M. T. A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 17, n. 9, p. 1132-1143, 2008.
- HEIDARZHADEH, M. et al. The effect of kangaroo mother care (KMC) on breast feeding at the time of NICU discharge. **Iranian Red Crescent Medical Journal**. v. 15, n. 4, p. 302-6, Apr. 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3785903/pdf/ircmj-15-302.pdf>>. Acesso em: 8 maio 2016.
- HILL, P. D.; ALDAG, J. C.; CHATTERTON, R. T. Initiation and frequency of Pumping and milk production in mothers of non-nursing preterm infants. **Journal of Human Lactation**, Charlottesville, v. 17, n. 1, p. 9-13, 2001.
- HILL, P. D.; JOHNSON, T. S. Assessment of breastfeeding and infant growth. **Journal of Midwifery Women's Health**, New York, v. 52, n. 6, p. 571-788, 2007.
- KEITH, D. R.; WEAVER, B. S.; VOGEL, R. L. The effect of music-based listening interventions on the volume, fat content, and caloric content of breast milk-produced by mothers of premature and critically ill infants. **Advances in Neonatal Care**, Philadelphia, v. 12, n. 2, p. 112-119, 2012.
- KNOPPERT, D. C. et al. The effect of two different domperidone doses on maternal milk production. **Journal of Human Lactation**, Charlottesville, v. 29, n. 1, p. 38-44, 2013.
- LAGO, M. T. G. **Diretriz clínica para o aleitamento materno do prematuro: uma prática baseada em evidência**. 2017. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2017.
- LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001.
- LUCAS, R. F.; SMITH, R. L.; GEPHART, S. When is it safe to initiate breastfeeding for preterm infants. **Advances in Neonatal Care**, Philadelphia, v. 15, n. 2, p. 134-141, 2015.
- LYNN, M. R. Determination and qualification of content validity. **Nursing Research**, New York, v. 35, n. 6, p. 382-86, Nov./Dec.1986.
- MAASTRUP, R. et al. Factors associated with exclusive breastfeeding of preterm infants. Results from a prospective national cohort study. **PloS One**, San Francisco, v. 9, n. 2, p. e89077, 2014. Disponível em: <<http://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0089077&type=printable>> Acesso em: 20 mar. 2017.
- MARIANI, N. C. (Coord.). **Manual de aleitamento materno**. 3. ed. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2015. Disponível em: <http://epuroevidro.com.br/wp-content/uploads/2016/01/Manual_Aleitamento_Materno_25NOV_AF.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2016.

MARTINS, P. R.; FONSECA, L. F.; ROSSETTO, E. G. Developing and validating the perioperative thirst discomfort scale. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 51, p. e03240, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342017000100436&script=sci_arttext>. Acesso em: 5 jun. 2017.

MONTEIRO, A. T. A. **Avaliação da efetividade da iniciativa hospital amigo da criança para unidades neonatais**. 2016. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2016.

MORTON, J. et al. Combining hand techniques with electric pumping increases milk production in mothers of preterm infants. **Journal of Perinatology**, Philadelphia, v. 29, p. 757-764, 2009. Disponível em: <<https://www.nature.com/jp/journal/v29/n11/pdf/jp200987a.pdf>>. Acesso em: 6 jan. 2017.

NASCIMENTO, M. B. R.; ISSLER, H. Aleitamento materno em prematuros: manejo clínico hospitalar. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. S163-172, 2004. Disponível em: <<http://www.jped.com.br/conteudo/04-80-S163/port.pdf>>. Acesso em: 8 maio 2016.

NYQVIST, K. H. Breastfeeding support in neonatal care: An example of the integration of international evidence and experience. **Newborn and Infant Nursing Reviews**, Philadelphia, v. 5, n. 1, p. 34-48, 2005.

NYQVIST, K. H. Early attainment of breastfeeding competence in very preterm infants. **Acta Paediatrica**, Oslo, v. 97, n. 6, p. 776-781, 2008.

NYQVIST, K. H. et al. Early oral behaviour in preterm infants during breastfeeding: an electromyographic study. **Acta Paediatrica**, Oslo, v. 90, n. 6, p. 658-663, 2001. Disponível em: <http://www.academia.edu/28425636/Early_oral_behaviour_in_preterm_infants_during_breastfeeding_an_electromyographic_study>. Acesso em: 10 jun. 2016.

OSADCHY, A.; MORETTI, M. E.; KOREN, G. Effect of domperidone on insufficient lactation in puerperal women: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **Obstetrics and Gynecology International**, Edmond, v. 2012, 2012. Disponível em: <<https://www.hindawi.com/journals/ogi/2012/642893/>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

PASQUALI, L. **Psicometria dos testes na psicologia e na educação**. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

PASQUALI, L. Psicometria. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, p. 992-999, 1999.

PAUL, C. et al. Use of domperidone as a galactagogue drug: a systematic review of the benefit-risk ratio. **Journal of Human Lactation**, Charlottesville, v. 31, n. 1, p. 57-63, 2015. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/f52d/884eb3552428246a53d7f0f4e3e85135ff0d.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

PIMENTA, C. A. M. et al. **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem**. São Paulo: COREN-SP, 2015.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RENFREW, M. J. et al. Breastfeeding promotion for infants in neonatal units: a systematic review. **Child Care, Health and Development**, Oxford, v. 36, n. 2, p. 165-178, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0014935/pdf/PubMedHealth_PMH0014935.pdf>. Acesso em: 8 maio 2016.

ROLLINS, N. C. et al. Por que investir e o que será necessário para melhorar as práticas de amamentação. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 25, n. 1, jan./mar. 2016. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v25n1/Amamentacao2.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

ROSSETTO, E. G. **O uso da translactação para o aleitamento materno de bebês nascidos muito prematuros**: ensaio clínico randomizado. 2010. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

SASSÁ, A. H. et al. Prevalence of breastfeeding in premature infants with very low birth weight in the first six months of life. **Acta Scientiarum: Health Sciences**, Maringá, v. 35, n. 2, p. 151-159, 2013. Disponível em: <<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/download/11805/pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

SCARPARO, A. F. et al. Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na enfermagem. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 13, n. 1, p. 242-51, 2012. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/download/36/31>>. Acesso em: 6 jan. 2017.

SCHEEREN, B. et al. Condições iniciais no aleitamento materno de recém-nascidos prematuros. **Jornal da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 199-204. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jsbf/v24n3/v24n3a03.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

SERRA, S. O. A.; SCOCHI, C. G. S. Dificuldades maternas no processo de aleitamento materno de prematuros em uma UTI neonatal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 597-605, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n4/v12n4a04.pdf>>. Acesso em: 7 abr. 2016.

SILVA, L. M.; TAVARES, L. A. M.; GOMES, C. F. Dificuldades na amamentação de lactentes prematuros. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 50-59, 2014. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/download/19010/14197>>. Acesso em: 15 mar. 2017.

SILVA, M. H. A. et al. Alimentação do bebê prematuro e de muito baixo peso ao nascer: subsídios para a assistência de enfermagem em berçário. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v. 36, n. 5, p. 286-291, 2000. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=494>. Acesso em: 7 abr. 2016.

SILVA, O. P. et al. Effect of domperidone on milk production in mothers of premature newborns: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. **Canadian Medical Association Journal**, Ottawa, v. 164, n. 1, p. 17-21, 2001. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC80627/pdf/20010109s00018p17.pdf>>. Acesso em: 7 abr. 2016.

SOUZA, S. N. D. H. et al. Prevalência de aleitamento materno e fatores associados no município de Londrina-Pr. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 29-35, 2012.

SWANSON, V.; POWER, K. Initiation and continuation of breastfeeding: theory of planned behaviour. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 50, n. 3, p. 272-282, 2005. Disponível em: <<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.902.6496&rep=rep1&type=pdf>>. Acesso em: 8 maio 2016.

UEDA, T. et al. Influence of psychological stress on suckling-induced pulsatile oxytocin release. **Obstetrics & Gynecology**, Hagerstown, v. 84, n. 2, p. 259-262, 1994.

UEMA, R. T. B. et al. Insucesso na amamentação do prematuro: alegações da equipe. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 36, n. 1, p. 199-208, 2015. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/download/19272/16946>>. Acesso em: 8 maio 2016.

UNICEF. **Iniciativa hospital amigo da criança**: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. Brasília: UNICEF; OMS, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa_hospital_amigo_crianca_modulo3.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2017.

VARGAS, G. S. et al. Atuação dos profissionais de saúde da estratégia saúde da família: promoção da prática do aleitamento materno. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 30, n. 2, p. 1-9, 2016. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/14848/pdf_32>. Acesso em: 7 abr. 2016.

VICTORA, C. G. et al. Amamentação no século 21: epidemiologia, mecanismos, efeitos ao longo da vida. **Epidemiologia e Serviços da Saúde**, Brasília, v. 387, p. 475-90, 2016.

WALKER, M. Breastfeeding the late preterm infant. **Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing**, Philadelphia, v. 37, n. 6, p. 692-701, 2008.

WAMBACH, K. et al. Clinical lactation practice: 20 years of evidence. **Journal of Human Lactation**, Charlottesville, v. 21, n. 3, p. 245-258, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Infant and young child feeding**: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. Geneva: WHO, 2009. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44117/1/9789241597494_eng.pdf?ua=1&ua=1>. Acesso em: 10 mar. 2016.

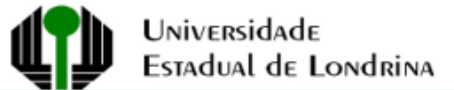
WRIGHT, J. T. C.; GIOVINAZZO, R. A. Delphi - uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. **Caderno de Pesquisas em Administração**, São Paulo, v. 1, n. 12, 2000. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1310202/mod_resource/content/1/DELPHI_QUESTIONARIO_1.pdf>. Acesso em: 8 maio 2016.

YİĞİT, F. et al. Does warming the breasts affect the amount of breastmilk production? **Breastfeed Med**, New Rochelle, v. 7, n. 6, p. 487-8, 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Teste piloto do fluxograma para validação semântica e de conteúdo do Fluxograma de Manejo Clínico para o Aleitamento Materno de Recém-Nascidos Prematuros, segundo proposta AGREE II adaptada.



Nome Bebê:		Nome mãe:	
Data do Atendimento:			
Idade Gestacional do RN:	Idade Corrigida:	Idade Cronológica:	
Idade do Início da Sucção:			
Assinatura:			

Escore 1 (discordo totalmente): quando não há qualquer informação que seja relevante.

Escore 7 (concordo totalmente): quando a qualidade da informação é excelente.

Escores entre 2 e 6: Deve ser atribuído quando a informação referente ao Fluxograma não atende todos os critérios ou considerações. A pontuação deve ser atribuída em função da completude e qualidade do relato. A pontuação deve aumentar à medida que mais critérios são contemplados e as considerações abordadas.

Obs: Nas situações em que o escore atribuído for entre 1 a 6 por favor realize o comentário justificando o que é necessário reavaliar, especificando o item correspondente.

Avaliação do Fluxograma de Manejo Clínico em Aleitamento Materno para o Prematuro.	1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
Finalidade							
1. O(s) objetivo(s) geral(is) do fluxograma encontra(m)-se especificamente descritos.							
Comentários:							
Clareza da apresentação							
2. As recomendações são específicas e sem ambiguidade.							
3. As diferentes opções de abordagem estão claramente apresentadas.							
4. As informações são claras e concisas.							
Comentários:							
Simplicidade							
5. O fluxograma expressa uma única ideia.							
Comentários:							
Aplicabilidade							
6. O fluxograma traz aconselhamento e/ou ferramentas sobre como as recomendações podem ser colocadas em prática.							
Comentários:							

1. O desfecho do atendimento ao RNPT foi o mesmo do fluxograma? Explique:

2. Caso o desfecho do atendimento ao RNPT foi diferente do fluxograma, assinale a situação abaixo:

() O fluxograma foi insuficiente para o atendimento.

() O fluxograma foi complementar para o atendimento.

Justifique:

3. O que você mudaria no fluxograma?

4. Eu recomendo o uso deste fluxograma.

() Sim

() Sim, com modificações.

() Não.

Sugestões:

APÊNDICE B

Convite de Participação como Especialista na Validação Semântica e de Conteúdo do Fluxograma de Manejo em Aleitamento Materno para Recém-Nascidos Prematuros

Prezado (a),

Convidamos você para realizar a validação semântica e de conteúdo do **Fluxograma de Manejo Clínico para o Aleitamento Materno de Recém-Nascidos Prematuros** para ser utilizado como norteador à equipe profissional da unidade neonatal a estabelecer sistematicamente o momento adequado para iniciar, com segurança, o aleitamento materno em prematuros e incentivar a prática da amamentação na unidade neonatal, conseqüentemente aumentar os indicadores de aleitamento materno exclusivo e também oferecer maior segurança e confiança às mães desses bebês, favorecendo sua produção láctea.

Sua avaliação como especialista na área de aleitamento materno e/ou prematuridade será muito importante para o aprimoramento deste material.

A elaboração do fluxograma de aleitamento materno para o prematuro foi absolutamente norteado pelas diretrizes clínicas elaboradas com base nas evidências científicas e desenvolvido para a Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

A avaliação inclui o preenchimento do TCLE e dois breves questionários (Caracterização dos juízes e o Instrumento de avaliação) que poderão ser preenchidos online no google forms por meio do link abaixo, o qual não levará mais do que 1 hora.

- 1) Instrumento de validação semântica e de conteúdo do **Fluxograma de Manejo Clínico para o Aleitamento Materno de Recém-Nascidos Prematuros**
<https://goo.gl/forms/ZQogaBwNDulHuGBp2>

O TCLE completo, o Fluxograma e o Manual Operacional seguem anexo neste e-mail em pdf.

Qualquer dificuldade em acessar os arquivos, nos avise.

Solicitamos a gentileza de confirmar sua disponibilidade em participar desta avaliação e preencher os questionários nos links enviados até 07/07/2017.

Pedimos a gentileza de não divulgar ou utilizar o fluxograma até que este seja completamente validado e finalizado.

Agradecemos antecipadamente!

Abraços.

Geisa, Edilaine e Adriana

Geisa Marcela Perdigão

Enfermeira Professora da Faculdade Pitágoras de Londrina

Rua Edwy Taques de Araújo, 1100 - Gleba Palhano, Londrina - PR.

Telefone: (43) 9 9959-7132

Dra. Edilaine Giovanini Rossetto

Enfermeira. Professora Adjunto da Área Saúde da Criança e do Adolescente.

Universidade Estadual de Londrina.

e-mail: ediluizrossetto@gmail.com

Telefones: (43) 33712249 (43) 9 8837-6610

Dra. Adriana Valongo Zani

Enfermeira. Professora Adjunto da Área Saúde da Criança e do Adolescente.

Universidade Estadual de Londrina.

e-mail: adrianazani@hotmail.com

Telefones: (43) 33712249 (43) 9 9649-2607

APÊNDICE C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS ESPECIALISTAS

VALIDAÇÃO DO FLUXOGRAMA DE MANEJO CLÍNICO PARA O ALEITAMENTO MATERNO DE RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS

Prezado profissional de saúde,

Por meio deste termo, você está sendo convidado(a) a participar da fase 2 da pesquisa que tem como objetivo a criação de um **“Fluxograma de Manejo Clínico para o Aleitamento Materno de Recém-Nascidos Prematuros”**, desde o nascimento até o período após a alta hospitalar, em desenvolvimento pela mestrandia Geisa Marcela Perdigão, sob orientação das profas. Dras. Edilaine Giovanini Rossetto e Adriana Valongo Zani. Os critérios para participação foram: profissionais brasileiros com experiência e atuação no Manejo em Aleitamento Materno e/ou Prematuridade, sem qualquer acordo ou vínculo com a instituição em que trabalha.

Sua participação é essencial e muito valiosa e se constituirá por meio de avaliação online do conteúdo, enviado por correio eletrônico. O tempo previsto para essa análise é de aproximadamente uma hora.

Para tal, a pesquisa foi dividida em duas fases:

- Fase 1 Teorização dos Constructos: Onde as pesquisadoras elaboraram o Fluxograma de Manejo Clínico para o Aleitamento Materno de o Prematuro, por meio de evidências científicas.

- Fase 2 Análise dos Juízes e Validação: Sua participação se dará por meio da avaliação semântica e do conteúdo do Fluxograma de Manejo Clínico para o Aleitamento Materno de Recém-Nascidos Prematuros.

Caso aceite participar, o (a) senhor (a) precisará fazer a leitura deste material e dar a sua opinião sobre o conteúdo, a forma como está organizada, a sua aparência, bem como a sua aplicabilidade para a prática clínica, registrando sua concordância ou discordância no fluxograma apropriado. Você terá a garantia de receber respostas a qualquer pergunta sobre este trabalho em qualquer momento que desejar. Para a validação deste fluxograma utilizaremos a técnica Delphi que consiste na busca de um consenso de opiniões de um grupo de especialistas a respeito do fluxograma, através da utilização de um questionário interativo que pode circular repetidas vezes pelo grupo até atingir 90% da taxa de concordância em cada domínio. Nas vezes que se fizer necessário rever e analisar a tecnologia visual, o (a) senhor (a) poderá sentir-se cansado (a) ou pressionado (a). Entretanto, a análise do fluxograma poderá ser feita no momento mais oportuno que lhe convier, dentro do prazo que será concedido com antecedência, e, esta decisão não irá interferir em qualquer aspecto profissional. Faremos o possível para auxiliá-lo (a) caso algum desconforto ocorra, esclarecendo-o(a) sempre que for necessário. Outrossim, entenderemos também sua decisão caso não queira mais participar da validação do fluxograma, em qualquer fase, mesmo após ter sido iniciado, sem nenhum prejuízo ou penalidade para o (a) senhor (a). Garantimos o sigilo de suas informações e que em nenhum momento o seu nome será divulgado. O (a) senhor (a) não receberá e nem perderá dinheiro por sua participação.

Ao final da pesquisa será disponibilizado para o (a) senhor (a) a tecnologia visual validada e asseguramos que os resultados finais serão divulgados em revistas e eventos científicos a fim de contribuir para melhorar as condições de saúde dos prematuros relacionadas ao AME e aprimorar as práticas profissionais de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno dessas crianças.

Esta pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UEL, que tem a finalidade de proteger eticamente o participante da pesquisa para a sua realização. Caso você concorde em participar, por favor, preencha uma via com os seus dados e nos envie, o que caracterizará o seu aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Uma via ficará com você e a outra com a pesquisadora. Caso queira esclarecer quaisquer dúvidas sobre os aspectos éticos desta pesquisa, pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, na Rodovia Celso Garcia Cid, Km 380 (PR 445), telefone (43)3371-5455 ou por e-mail: cep268@uel.br.

Consentimento da participação da pessoa como Especialista:

Eu, _____,
CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar da validão do **“Fluxograma de Manejo Clínico para o Aleitamento Materno de Recén-Nascidos Prematuros”**, como Especialista. Fui devidamente informado e esclarecido pela autora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto cause qualquer prejuízo.

Agradecemos a sua valiosa colaboração.

Londrina, _____ de _____ de 2017.

Edilaine Giovanini Rossetto
E-mail: ediluzrossetto@gmail.com
Telefones de contato: (43) 33712249 / 988376610

APÊNDICE D

Roteiro para Caracterização dos Juízes

CARACTERIZAÇÃO DOS JUIZES

Com a finalidade de caracterizar a experiência profissional dos peritos participantes solicitamos que responda ao questionário abaixo.

Nome _____ Idade: _____ anos

Local(is) de trabalho: _____

Cidade/Estado: _____ / _____

Tempo de experiência na área: _____ anos completos

Titulação acadêmica:

() Graduação Área: _____ Tempo de formação: _____ anos

() Especialização Área: _____

() Mestrado Área: _____

() Doutorado Área: _____

A pesquisa desenvolvida em algum desses cursos é relacionada ao manejo do Aleitamento Materno ou Prematuridade?

() não () sim Se sim, qual (titulação): _____

Título da pesquisa: _____

Você possui algum trabalho científico abordando o tema de manejo do Aleitamento Materno ou Prematuridade?

() Artigo(s) em periódico(s)/revista(s)

() Trabalho em eventos científicos

() Projeto de pesquisa

() Orientação trabalho conclusão de curso/iniciação científica /dissertação/tese

() Outros. Especifique: _____

Atualmente, você atua com recém-nascidos prematuros?

() não () sim Se sim, há quanto tempo? _____ anos. Onde? _____

() pesquisa () ensino () assistencial () outra. Se outra, responda qual? _____

Atualmente, você atua com manejo do aleitamento materno?

() não () sim Se sim, há quanto tempo? _____ anos. Onde? _____

() pesquisa () ensino () assistencial () outra. Se outra, responda qual? _____

APÊNDICE E

Roteiro para validação semântica e de conteúdo do Fluxograma de Manejo Clínico para o Aleitamento Materno de Recém-Nascidos Prematuros, segundo proposta AGREE II adaptada.

INSTRUMENTO PARA VALIDAÇÃO SEMÂNTICA E DE CONTEÚDO INTITULADO “FLUXOGRAMA DE MANEJO CLÍNICO PARA O ALEITAMENTO MATERNO DE RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS”

Prezados avaliadores nos casos em que assinalarem os itens discordo plenamente e discordo, por favor, justificar e sugerir a reformulação.

	Discordo Plenamente	Discordo	Concordo	Concordo Plenamente	Não Sei
1. Impressões gerais a cerca do Fluxograma					
1.1. Seu uso é fácil					
1.2. É autoexplicativo					
1.3. É didático					
1.4. Recomendaria o fluxograma para a prática dos profissionais que atuam na área de aleitamento materno com o prematuro					
2. Layout do Fluxograma					
2.1. A composição visual está atrativa e bem organizada					
2.2. A forma como as recomendações estão dispostas favorece a aprendizagem					
2.3. O fluxograma é de fácil leitura					
2.4. As cores utilizadas no design do fluxograma são pertinentes					
3. Conteúdo do Fluxograma					
3.1. As recomendações estão corretas cientificamente					
3.2. As recomendações são claras e concisas					
3.3. O conteúdo apresenta-se de forma organizada expressando uma única ideia					
4. Motivação quanto ao uso do Fluxograma					
4.1. Senti-me motivado em usar o fluxograma					
4.2. O fluxograma é válido para nortear a prática clínica dos profissionais no manejo do aleitamento materno no prematuro					
5. Aplicabilidade do Fluxograma					
5.1. As recomendações do fluxograma possuem aplicabilidade prática					
6. Conteúdo do Manual Operacional					
6.1 O conteúdo é coerente com o fluxograma					
6.2. As informações são suficientes para o uso do fluxograma					
6.3. Os referenciais teóricos utilizados são atualizados e adequados					

Fonte: Próprio autor

Considerações: Justificar neste espaço os itens em que assinalou discordo plenamente e discordo.

APÊNDICE F - Manual Operacional do Fluxograma de Manejo Clínico para o Aleitamento Materno de Recém-Nascidos Prematuros



Fonte: Brasil, 2011

Orientações gerais referente ao uso do fluxograma

Conhecendo a importância do aleitamento materno para o prematuro e as inúmeras dificuldades encontradas durante o processo de amamentação, foi elaborado este fluxograma que tem como objetivo auxiliar os profissionais atuantes nos serviços de neonatologia a realizar o manejo clínico adequado do aleitamento materno para o prematuro.

Este fluxograma contempla as seguintes ações: avaliação, diagnóstico e tomada de decisão referente ao manejo clínico do aleitamento materno para o prematuro.

O fluxograma seguiu algumas regras em sua estrutura descritas a seguir:

- ✓ Sua composição visual obedece a duas cores principais: verde (à direita do fluxograma) para as ações corretas e vermelho (à esquerda) para as ações a serem corrigidas.
- ✓ O círculo indica o início e o fim do fluxo.
- ✓ Os losangos representam questões e/ou necessidades de avaliação.
- ✓ Os retângulos indicam possibilidades de conduta.
- ✓ Os círculos alongados indicam possibilidades diagnósticas.
- ✓ Os hexágonos indicam necessidade de reavaliação.

O objetivo deste manual operacional é fornecer informações e

fundamentações necessárias para embasar o uso do fluxograma em um referencial teórico atualizado.

Introdução

Prematuro é todo aquele nascido antes de 37 semanas completas de gestação. É um bebê fisiologicamente mais vulnerável comparado àquele nascido a termo, necessitando muitas vezes, de cuidados especiais.

Alimentar um recém-nascido (RN) é um processo complexo que requer a integridade de vários componentes. Envolve comportamento, respostas táteis, controle motor, função motora oral, controle fisiológico e coordenação sucção – deglutição – respiração. Amamentar um prematuro envolve aspectos físicos, neurológicos, cognitivos e emocionais, que implicam não só na difícil tarefa de adequação de nutrientes que interferirão na sobrevivência do bebê, mas também no processo de interação social e formação do vínculo família/bebê e família/equipe de saúde (BRASIL, 2013).

A sucção na mama é a melhor forma de um RN ser alimentado e ela deve ser escolhida assim que as condições clínicas e fisiológicas estejam estabilizadas (BRASIL, 2013).

O aleitamento materno oferece algumas vantagens para esse bebê, pois suas propriedades nutritivas e imunológicas favorecem a proteção contra alergias, aumenta a tolerância alimentar, produz menos resíduo e constipação intestinal, reduz significativamente a morbidade respiratória e gastrointestinal e o imensurável benefício do aumento de vínculo mãe-bebê (BRASIL, 2011).

O Ministério da Saúde recomenda o aleitamento materno exclusivo (AME) até o sexto mês de vida do bebê, não havendo necessidade de complementação para RN a termo e quando possível para o RNPT (BRASIL, 2011).

O processo de amamentação do prematuro deve iniciar logo após seu nascimento, momento no qual a mãe deve ser abordada e orientada a realizar a extração manual e armazenar o leite adequadamente para posteriormente oferecer ao seu bebê internado (UEMA et al., 2015).

Para tanto, é preciso que os profissionais de saúde saibam reconhecer e auxiliar a mãe do prematuro quanto à pega correta, posição da mãe e do bebê, identificar os cuidados necessários para a manutenção da produção láctea e auxiliar

no vínculo entre o binômio, com a finalidade de promover o estabelecimento e manutenção do aleitamento materno, especialmente para os bebês prematuros (SILVA; TAVARES; GOMES, 2014).

Muitos profissionais abordam a importância do aleitamento materno, porém não utilizam protocolos padronizados para a avaliação e tomada de decisões oportunamente. Por esses motivos, o fluxograma de manejo clínico para o aleitamento materno de recém-nascidos prematuros norteado por diretrizes clínicas baseadas em evidências poderá auxiliar a equipe no manejo adequado da amamentação como um processo que deve ser iniciado o mais precoce possível, podendo levar maior segurança e confiança às mães desses bebês e consequente aumento dos indicadores de AME.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método Canguru**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo_canguru_manual_tecnico_2ed.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru: manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_recem_nascido_canguru.pdf>. Acesso em: 8 maio 2016.

SILVA, L. M.; TAVARES, L. A. M.; GOMES, C. F. Dificuldades na amamentação de lactentes prematuros. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 50-59, 2014. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/download/19010/14197>>. Acesso em: 15 mar. 2017.

UEMA, R. T. B. et al. Insucesso na amamentação do prematuro: alegações da equipe. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 36, n. 1, p. 199-208, 2015. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/semnabio/article/download/19272/16946>>. Acesso em: 8 maio 2016.

1 Indicador: RN tem condições de sugar

Descritor: Início da sucção no peito

A amamentação é um método de alimentação de extrema importância para os bebês, pois além dos benefícios nutricionais e imunológicos, tem aqueles de ordem psicológica e emocional, que são imensuráveis e favorecem o vínculo mãe/bebê (LUCAS; SMITH; GEPHART, 2015).

Os prematuros têm a capacidade de iniciar a amamentação independentemente da idade gestacional ou peso. Porém, a equipe de saúde deve estar preparada para observar o desenvolvimento do bebê e ainda encorajar a mãe (NYQVIST, 2008).

Recomenda-se que para o início do estímulo à sucção, deve-se considerar alguns aspectos importantes, tais como: a estabilidade fisiológica **independentemente da IG corrigida ou peso**; o vínculo entre mãe e bebê e o posicionamento adequado de ambos.

Há na literatura instrumentos a serem utilizados com o objetivo de avaliar as condições do bebê para o início da sucção no seio materno. Fujinaga et al. (2008) elaborou e validou um instrumento com o objetivo de avaliar a prontidão do prematuro para o início seguro da alimentação oral (figura 1). Este instrumento avalia cinco categorias: idade corrigida, estado de organização comportamental, postura oral, reflexos orais e sucção não nutritiva. Cada uma constituída por itens com variação de desempenho com scores de 0 a 2 perfazendo uma somatória que pode variar de 0 a 36.

Figura 1 – Instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para início da alimentação oral.

Instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para início da alimentação oral.

Identificação

Nome: _____ Nº Pront: _____
 Data: ____/____/____ DN: ____/____/____ Horário: _____
 Idade pós-natal: _____ Idade corrigida: _____ Idade gestacional: _____
 Alimentação: () S.N.G. () S.O.G. Vol: _____
 SNG = Sonda nasogástrica; SOG = Sonda orogástrica

Idade corrigida

(2) maior ou igual a 34 semanas
 (1) entre 32 a 34 semanas
 (0) menor ou igual a 32 semanas

Estado de organização comportamental

Estado de consciência	(2) alerta	(1) sono leve	(0) sono profundo
Postura global	(2) flexão	(1) semiflexão	(0) extensão
Tônus global	(2) normotonia	(0) hipertonia	(0) hipotonia

Postura oral

Postura de lábios	(2) vedados	(1) entreabertos	(0) abertos
Postura de língua	(2) plana	(0) elevada	(0) retraída (0) protruída

Reflexos orais

Reflexo de procura	(2) forte	(1) fraco	(0) ausente
Reflexo de sucção	(2) forte	(1) fraco	(0) ausente
Reflexo de mordida	(2) presente	(1) presente exacerbado	(0) ausente

Sucção não-nutritiva*

Movimentação da língua	(2) adequada	(1) alterada	(0) ausente
Canolamento de língua	(2) presente	(0) ausente	
Movimentação de mandíbula	(2) adequada	(1) alterada	(0) ausente
Força de sucção	(2) forte	(1) fraca	(0) ausente
Sucções por pausa	(2) 5a8s/p	(1) >8/p	(0) <5s/p
Manutenção do ritmo	(2) rítmico	(1) arritmico	(0) ausente
Manutenção do estado alerta	(2) sim	(1) parcial	(0) não
Sinais de estresse	(2) ausente	(1) até 3	(0) mais de 3
Variação de tônus	() ausente	() presente	
Variação de postura	() ausente	() presente	
Variação de coloração da pele	() ausente	() presente	
Batimento de asa nasal	() ausente	() presente	
Tiragem	() ausente	() presente	
Apnéia	() ausente	() presente	
Acúmulo de saliva	() ausente	() presente	
Tremores de língua ou mandíbula	() ausente	() presente	
Soluço	() ausente	() presente	
Choro	() ausente	() presente	

*A duração do teste deverá ser de 1 minuto

Escore: _____

Escore máximo: 36

Para verificar a força e padrão de sucção do bebê também pode-se utilizar a translactação ou mesmo a técnica finger feeding. A técnica finger feeding, consiste na fixação de um cateter em um dedo enluvado oferecido ao bebê que, por meio da sucção do dedo, obterá o leite que deve fluir pelo cateter permitindo que o profissional verifique o padrão de sucção do bebê e suas implicações na amamentação. Esta técnica deve ser utilizada tão somente para avaliação e não como uma estratégia de alimentação. No entanto, existem controversas na literatura a respeito deste assunto (CARVALHO, 2014).

Nyqvist (2008) contesta a necessidade de utilizar esses recursos afirmando que se o RN for colocado no peito e sugar, conseqüentemente ele está em condições de sugar e se ele não o fizer, é um indicativo de que não está pronto, pelo menos não naquele momento. O que não podemos fazer é força-lo insistentemente a sugar quando isso não ocorre naturalmente, devemos apenas auxiliar e favorecer para que isso seja possível.

Para iniciar a amamentação, a equipe deve estar atenta ao envolvimento da mãe com o prematuro, conscientizando-a da importância de sua presença e atuação desde o nascimento para o desenvolvimento do seu bebê. A mãe deve ser encorajada apropriadamente para se sentir segura e confiante em relação aos primeiros contatos com seu bebê.

O contato pele a pele é muito importante para o início da sucção, pois por intermédio desse contato o bebê prematuro pode sentir o cheiro, explorar as mamas e assim desenvolver algum movimento de sucção ainda que não seja nutritiva no início. É possível colocar o bebê prematuro em contato pele a pele e deixar desenvolver a sucção não nutritiva a partir de 24 semanas (LUCAS; SMITH, 2015).

Bebês prematuros são capazes de pegar, manter a pega e sugar a partir de 27 semanas e são capazes de deglutir o leite a partir de 29 semanas e quanto mais cedo for estimulado no peito, maior a chance dele ser amamentado (NYQVIST, 2008).

Para que a recomendação aconteça de forma viável e acessível, a equipe deve exercer papel de fundamental importância em relação ao início precoce da sucção.

Descritor: Estratégias para organização do bebê

Para que o RN tenha condições de sugar, a equipe de saúde deve enfatizar aspectos do cuidado com o bebê segundo os cuidados voltados para o seu desenvolvimento, como por exemplo, **garantir ciclos de sono adequado, diminuir os estímulos inadequados e dolorosos antes da mamada, conter o corpo do bebê alinhado e voltado para a linha média.** Deve respeitar também os cuidados com o meio ambiente, proporcionando um **ambiente tranquilo, sem luzes fortes e com o menor número possível de pessoas** a fim de diminuir os ruídos (BRASIL, 2013).

Quando a mãe e o bebê são deixados em silêncio em contato pele a pele, o bebê segue uma série de comportamentos pré-amamentação que inclui um breve descanso em estado de alerta para se acostumar no meio ambiente, movimenta-se em direção a mama focando na área do mamilo, tocando-a com as mãos. A primeira tentativa de mamada deve ser considerada uma introdução à mamada e não uma refeição, pois o RN pode levar vários minutos, ou nem mesmo chegar a mamar efetivamente. A mãe e o bebê não devem ser pressionados quanto a rapidez da mamada e o profissional de saúde deve assegurar um ambiente calmo, garantindo o auxílio e apoio necessários (UNICEF, 2009).

Descritor: Estabilidade do bebê

Uma vez que os bebês prematuros apresentam competência muito cedo para serem amamentados, a estabilidade do bebê é um dos critérios para o início da amamentação, independentemente da idade gestacional ou peso ao nascer. A estabilidade do bebê significa **ausência de sinais de insuficiência respiratória aguda, apnéia grave, dessaturações frequentes e bradicardia** (NYQVIST et al., 2008).

Descritor: Posição adequada / Corrigir técnica

A posição do bebê durante a amamentação deve ser cuidadosa para evitar apneia, bradicardia, ou dessaturação, especialmente para as crianças com diminuição do tônus muscular. Deve-se procurar auxiliar o bebê a trazer os membros

voltados para linha mediana do corpo com tendência a contenção e organização da postura corporal. A hiper ou hipoextensão dos membros ou da cabeça podem ser considerados exemplos de comportamentos que indicam sinais de estresse (FUJINAGA et al., 2008).

Os prematuros são mais propensos à apneia posicional devido à obstrução das vias aéreas, portanto, as posições de alimentação inadequadas podem causar alguma instabilidade respiratória (WALKER, 2008).

A posição correta para amamentar um bebê prematuro deve conter algumas características, como: **mãe e bebê devem estar confortáveis; deve haver um alinhamento do bebê com a mãe, ou seja, a cabeça do bebê deve estar apoiada em linha reta em direção ao corpo e de frente para o peito** (Figura 2); o bebê deve ser levado até o peito da mãe e não o contrário; a mãe pode apoiar com a mão a mama para oferecer para o bebê, porém sem pressionar excessivamente o mamilo e a aréola, para que o bebê possa abocanhar a aréola corretamente (Figura 3) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Figura 2 – Posição da mãe. A mãe escolhe uma posição



Fonte: Brasil, 2009b, p.23

Figura 3 – Posição da mãe. A mãe escolhe uma posição



Fonte: Brasil, 2009b, p.25

Algumas posições são mais indicadas para amamentar um bebê prematuro, oferecendo melhores condições para mãe apoiar e controlar a cabeça e o pescoço do bebê, permitindo uma pega correta, com transferência efetiva de leite e sem interferir na permeabilidade das vias aéreas superiores.

Uma opção é a posição em que a mãe fica sentada e apoia o corpo do RN no seu antebraço, segurando sua cabeça, enquanto as pernas dele ficam sob o braço materno, como se ela estivesse segurando uma bola de futebol americano (figura 4). Outra variante à posição tradicional, chamada posição invertida, enquanto a mãe está sentada, o RN é colocado contra o seu corpo, sendo segurado com o braço oposto ao seio que está sendo oferecido, e tendo sua cabeça apoiada nas mãos maternas (figura 5). A utilização de travesseiros para elevar o RN e apoiar os braços é indicada nos dois casos. A posição de cavaleiro, com o RN sentado sobre a perna da mãe e com o corpo de frente para o dela, permitindo que a cabeça fique em um nível pouco superior ao da mama, também é recomendada (figura 6) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Figura 4 – Posição de jogador de futebol americano



Fonte: Brasil (2009, p. 23)

Figura 5 – Posição invertida



Fonte: Matuhara et al, 2006

Figura 6 – Posição cavaleiro



Fonte: Matuhara et al, 2006

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém nascido de baixo peso: método canguru: manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_recem_nascido_canguru.pdf>. Acesso em: 8 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CARVALHO, M. R. **Amamentação: bases científicas**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

FUJINAGA, C. I. et al. Validação do conteúdo de um instrumento para avaliação da prontidão do prematuro para início da alimentação oral. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 8, n. 4, p. 391-399, out./dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-

38292008000400004>. Acesso em: 20 mar. 2017.

LUCAS, R. F.; SMITH, R. L.; GEPHART, S. When is it safe to initiate breastfeeding for preterm infants. **Advances in Neonatal Care**, Philadelphia, v. 15, n. 2, p. 134-141, 2015.

MATUHARA, A. M. et al. Manual para aleitamento de pré-termo. **Pediatria**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 81-90, 2006.

NYQVIST, K. H. Early attainment of breastfeeding competence in very preterm infants. **Acta Paediatrica**, Oslo, v. 97, n. 6, p. 776-781, 2008.

UNICEF. **Iniciativa hospital amigo da criança**: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. Brasília: UNICEF; OMS, 2009. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa_hospital_amigo_crianca_modulo3.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2017.

WALKER, M. Breastfeeding the late preterm infant. **Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing**, Philadelphia, v. 37, n. 6, p. 692-701, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Infant and young child feeding**: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. Geneva: WHO, 2009. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44117/1/9789241597494_eng.pdf?ua=1&ua=1>. Acesso em: 10 mar. 2016.

2 Indicador: Avaliação da mamada

Descritor: Mamada eficaz

O processo da mamada eficaz envolve não somente a maturação fisiológica do sistema digestório do bebê, mas também o desenvolvimento neurológico, estado de alerta, cognição e interação da mãe com o bebê (WAMBACH et al., 2005).

Os estudos que estabeleceram o aparecimento e desaparecimento dos reflexos levaram em consideração o desenvolvimento na vida intra-uterina, quando as condições são relativamente mais estáveis que a vida extra-uterina, que apresenta grande variabilidade e, portanto, pode sofrer variações de acordo com o contexto vivido por este prematuro, o que não nos permite afirmar sobre o seu desenvolvimento apenas pela idade gestacional corrigida ou peso. Por exemplo, afirmar que o reflexo da deglutição surge por volta da 11ª semana de vida fetal; enquanto que o da sucção pode ser detectada desde 29ª semana de vida uterina, estando totalmente aperfeiçoada na 32ª semana, e a coordenação destes reflexos

ocorre por volta da 34ª semana (BU LOCK; WOOLRIDGE; BAUM, 1990) pode não ser apropriado para um prematuro nascido com 24 semanas de idade gestacional e que atualmente se encontra com 30 semanas de IG corrigida.

De maneira geral, as mamadas dos bebês prematuros são diferentes das mamadas dos bebês a termo: são mais lentas, silenciosas e pouco vigorosas, longas e com engasgos frequentes e o esvaziamento gástrico é mais lento (WALKER, 2008).

Muitos prematuros apresentam dificuldades no desempenho das habilidades motoras orais devido à imaturidade neurológica, e por consequência apresentam alterações na mobilidade lingual, abertura inadequada da mandíbula, vedamento labial insuficiente, diminuição das bolsas de gordura nas bochechas. Desse modo, nem sempre o bebê consegue estabelecer o ritmo e a força adequada à eficiência das mamadas nas suas primeiras experiências com o peito (BOCCOLINI, 2013).

Para avaliar se a mamada do bebê prematuro está sendo eficaz, sugere-se verificar um conjunto de observações, como: **avaliar os sinais de uma boa mamada do prematuro (Figura 7); ganho de peso acima de 15g/dia em média após período de recuperação do peso do nascimento; oferta em livre demanda; não oferecer mamadeiras sem indicação criteriosa e fazer a transição da sonda diretamente para o peito.**

Figura 7 – Proposta de formulário de observação de mamada para RN pré-termo, complementar aos modelos adotados pela UNICEF (1993/2004). Este formulário deverá ser aplicado na observação de mamada de RNPT de qualquer peso e IG.

PARÂMETROS DO RNPT	SINAIS FAVORÁVEIS	SINAIS INDICATIVOS DE PROBLEMA
VERIFICAÇÃO DA PEGA (rebaixando o lábio inferior e visualizando a posição correta da língua).	() Língua anteriorizada e posicionada abaixo do seio. () Boca bem aberta, com lábios evertidos. () Bochechas arredondadas, sem ruídos durante a sucção. () Mantém pega durante a mamada.	() Língua posteriorizada (observar o frênulo lingual) ou com ponta elevada, não visualizada sob o seio, indicando ordenha ineficaz. () Boca com abertura reduzida, lábios invertidos. () Bochechas contraídas, com ruídos durante a sucção. () Não consegue manter a pega durante a mamada. Abocanha e solta.
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	() Mantém-se dentro dos limites da normalidade durante toda a mamada. () Grupos de sucções com pausas adequadas, coordena sucção, deglutição e respiração.	() RN apresenta alteração da frequência, tornando-se taquicênico, dispnéico durante a mamada. () Pequenos grupos de sucção com pausas longas para respirar. () Não coordena sucção, deglutição e respiração.
COLORAÇÃO DA PELE	() Não há alteração de coloração da pele durante a mamada.	() Durante a mamada a pele torna-se marmorada (moteada) ou cianótica com o seguimento da mamada.
REGURGITAÇÃO	() Ausência de regurgitação durante a mamada.	() Apresenta regurgitação (nasal ou oral) durante as mamadas.
ESTADO DE VIGÍLIA	() Alerta durante toda a mamada.	() Sonolento logo após o início da mamada.
PADRÃO DE SUCÇÃO	() Firme, vigorosa, com sugadas profundas e lentas, pausas adequadas, ritmo de 1:1 (1 sucção por segundo).	() Débil, lenta, com sugadas rápidas com ritmo 2:1, pausas longas ou muito longas (2sucções por segundo).
REFLEXO DA BUSCA	() Completo, com rotação da cabeça, abertura da boca e anteriorização da língua.	() Incompleto, com rotação insuficiente da cabeça, abertura incompleta da boca ou anteriorização reduzida ou ausente da língua.
DURAÇÃO DA MAMADA	() Acima de 20-30 minutos (para retirar o leite posterior) e sem alterações fisiológicas nesse período. () Após a mamada as mamas encontram-se flácidas e o bebê dá sinais de saciedade.	() De curta duração e/ou duração excessivamente longa, com alterações fisiológicas nesse período (necessitando para isso ser interrompida), apresentação de sinais de retraimento, adormece no início da mamada. () Após as mamadas as mamas encontram-se cheias e tensas. O bebê não mostra sinais de saciedade, mas de stress.
DEGLUTIÇÃO	() Pode-se ouvir a deglutição do bebê, porém não há aerofagia. () Não há engasgos ou tosse.	() Ruídos de deglutição de ar, engasgos, tosse, cianose, alterações respiratórias, letargia ou sonolência após a deglutição.
POSTURA DO BEBÊ	() Organizado com apoio, posição barriga com barriga, mantém-se em flexão, podendo levar as mãos à face e apresentar preensão palmar.	() Desorganizado, postura em extensão, instável, posicionado com a barriga para cima, abocanha e solta a pega da mama.
POSTURA DA MÃE	() Mãe confortável, levando o bebê a mama, segura com cuidado, olha nos olhos conversa com o bebê. () Oferece a mama com os dedos em forma de C.	() Mãe desconfortável, inclina-se para colocar o bebê na mama, segura sem cuidado, sem olhar ou conversa com o bebê. () Oferece a mama em forma de tesoura.

Fonte: Silva, Tavares e Gomes (2014).

O protocolo propõe que quando o bebê for estimulado no peito, a mamada seja avaliada através de um instrumento que tem como título Avaliação da Mamada do Recém-Nascido prematuro o qual avalia as seguintes características: **pega, frequência respiratória, coloração da pele, regurgitação, padrão de sucção,**

estado de sono, reflexo de busca, duração da mamada, deglutição, postura do bebê e a postura da mãe. Nesse processo, a mãe deve também ser incluída e capacitada para essa avaliação, pois é a principal cuidadora para descrever constantemente as características da mamada de seu filho.

A amamentação é caracterizada como satisfatória quando o bebê prematuro apresenta um **bom desenvolvimento físico e neurológico. O bebê acorda para as mamadas, demonstra hidratação adequada e ganha peso sem suplementação**, bem como quando a mãe consegue identificar a sucção nutritiva e o ato de deglutição do bebê (SILVA et al., 2000).

Reconhecer os sinais de saciedade é uma outra competência que a mãe precisa desenvolver com o apoio e orientação da equipe. O bebê está saciado quando apresenta sinais de relaxamento como: **soltar espontaneamente o seio, não apresentar o reflexo de procura da mama com vigor quando estimulado, encontra-se relaxado com as mãos abertas, braços soltos, sobrelanceiras e dedos dos pés relaxados.** O bebê pode ou não estar dormindo, mas os olhos geralmente estão fechados (HILL; JOHNSON 2007).

Outra forma de avaliar se a amamentação está sendo eficaz, é realizar uma **monitorização nutricional do bebê prematuro, a partir da obtenção de medidas antropométricas além de observar no dia a dia o crescimento e desenvolvimento físico do bebê** (ACADEMY OF BREASTFEEDING MEDICINE PROTOCOL COMMITTEE, 2011).

A avaliação da mamada pode promover o sucesso na amamentação, oferecendo suporte técnico nas dificuldades iniciais do binômio mãe/bebê até que eles consigam estabelecer a amamentação plena. Por isso a avaliação e acompanhamento da equipe de saúde é tão importante.

Descritor: Posição canguru / Contato pele a pele

O ato de amamentar vai além do ato de alimentar, ele proporciona ao bebê o contato pele a pele com sua mãe várias vezes ao dia, isso o acalma e estabiliza fisiologicamente.

Uma estratégia para auxiliar no sucesso da amamentação do prematuro é o contato pele a pele, o qual consiste em manter o RN de baixo peso apenas de fralda, na posição vertical, contra o peito da mãe, do pai, ou de outro familiar. Deve ser

realizado de maneira orientada, por livre escolha da família, de forma segura e acompanhado de suporte assistencial por uma equipe de saúde adequadamente treinada (BRASIL, 2015).

Recomenda-se fazer o contato pele a pele com o prematuro: **precoce (o mais cedo possível após o nascimento), contínuo (sem interrupções injustificadas ou desnecessárias) e prolongado (idealmente 24 horas/dia, 7 dias/semana) para estimular o aleitamento materno e aumentar a produção láctea** (MONTEIRO, 2016).

O contato pele a pele, também conhecido como “Método Canguru”, é uma proposta alternativa ao cuidado neonatal convencional para bebês de baixo peso ao nascer (BRASIL, 2011). Dentre as melhores evidências sobre os benefícios proporcionados, está o aumento de 4 vezes a chance de AME em prematuros (HEIDARZHADEH et al., 2013).

Dentre os vários benefícios que o contato pele a pele pode proporcionar, estão: redução da mortalidade neonatal, da infecção grave, da hipotermia, da doença do trato respiratório inferior e do tempo de permanência hospitalar, aumenta o ganho ponderal, além de aumentar a autoestima da mãe com relação aos cuidados do seu bebê (CONDE-AGUDELO; DÍAZ-ROSSELLO; BELIZÁN, 2014). Evita a separação entre mãe e filho, dá apoio à amamentação, favorece o estabelecimento dos papéis maternos e paternos e auxilia na estabilização da criança (NYQVIST et al., 2001; BLOMQVIST et al., 2013).

Mesmo que a sucção não ocorra, o contato pele a pele proporciona diminuição do stress materno, pois possibilita o acompanhamento da evolução clínica e o desenvolvimento do seu bebê, consequentemente diminuindo o nível de cortisol (hormônio responsável por coordenar a reação ao estresse) para ambos tendo como benefício contribuir para maior produção láctea (UEDA et al., 1994).

O fortalecimento do vínculo entre mãe e filho promovido pelo contato pele a pele pode facilitar o ato da amamentação. A explicação está no fato de que essa proximidade eleva, tanto na mãe quanto no bebê, os níveis de ocitocina, hormônio ligado à redução do estresse e também à ejeção láctea. Portanto, o fato da mulher estar tranquila é um sinal positivo para que ela consiga amamentar seu filho, mesmo ele permanecendo internado.

O contato pele a pele com prematuros clinicamente estáveis oferece um aumento estatisticamente significativo na duração do aleitamento materno até a alta

hospitalar (RENFREW et al., 2009).

Descritor: Translactação

Uma estratégia para a manutenção do aleitamento materno é a prática da translactação em prematuros, podendo aumentar a chance em até cinco vezes de manter o AME comparado ao uso do copo, reforçando o apoio da equipe multiprofissional de saúde (ROSSETTO, 2010).

Esse método consiste em **um recipiente contendo o leite (de preferência o da própria mãe), colocado entre as mamas e conectado ao mamilo por meio de uma sonda (Figura 8)**. O RN ao sugar recebe o suplemento e continua a estimular a mama até se sentir saciado.

Figura 8 – Técnica da translactação



Fonte: Fujinaga (2005).

Fujinaga et al. (2013) complementa a técnica de translactação de forma segura para um volume previsto de 5 ml, respeitando como critério para interrupção, a ausência de sucção por mais de 5 minutos e/ou presença de sinais clínicos que interferem na estabilidade do bebê.

Referências

- ACADEMY OF BREASTFEEDING MEDICINE PROTOCOL COMMITTEE. ABM clinical protocol # 9: use of galactogogues in initiating or augmenting the rate of maternal milk secretion (First Revision January 2011). **Breastfeeding Medicine**, New Rochelle, v. 6, n. 1, p. 41-49, Feb. 2011. Disponível em: <<http://www.bfmed.org/Media/Files/Protocols/Protocol%209%20-%20English%201st%20Rev.%20Jan%202011.pdf>>. Acesso em: 8 maio 2016.
- BLOMQVIST, Y. T. et al. Initiation and extent of skin-to-skin contact at two Swedish neonatal intensive care units. **Acta Paediatrica**, Oslo, v. 102, n. 1, p. 22-28, 2013. Disponível em: <http://www.academia.edu/28116353/Initiation_and_extent_of_skin-to-skin_care_at_two_Swedish_neonatal_intensive_care_units>. Acesso em: 15 mar. 2017.
- BOCCOLINI, C. S. et al. Breastfeeding during the first hour of life and neonatal mortality. **Jornal Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 89, n. 2, p. 131-136, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método Canguru**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo_canguru_manual_tecnico_2ed.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual do método canguru: seguimento compartilhado entre a atenção hospitalar e a atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_metodo_canguru_seguimento_compartilhado.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2016.
- BU LOCK, F.; WOOLRIDGE, M. W.; BAUM, J. D. Development of co-ordination of sucking, swallowing and breathing: ultrasound study of term and preterm infants. **Developmental Medicine e Child Neurology**, London, v. 32, n. 8, p. 669-678, 1990. Disponível em: <<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.912.7408&rep=rep1&type=pdf>>. Acesso em: 8 maio 2016.
- CONDE-AGUDELO, A.; DIAZ-ROSSELO, J. L.; BELIZÁN, J. M. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Chichester, v. 22, n. 4, 2014. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002771.pub3/full>>. Acesso em: 10 jun. 2016.
- FUJINAGA, C. I. et al. Validação clínica do instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para início da alimentação oral. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, p. 1-6, jan./fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_18.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2017.
- FUJINAGA, C. I. **Prontidão do prematuro para início da alimentação oral: confiabilidade e validação clínica de um instrumento de avaliação**. 2005. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

HEIDARZHADEH, M. et al. The effect of kangaroo mother care (KMC) on breast feeding at the time of NICU discharge. **Iranian Red Crescent Medical Journal**. v. 15, n. 4, p. 302-6, Apr. 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3785903/pdf/ircmj-15-302.pdf>>. Acesso em: 8 maio 2016.

HILL, P. D.; JOHNSON, T. S. Assessment of breastfeeding and infant growth. **Journal of Midwifery Women's Health**, New York, v. 52, n. 6, p. 571-788, 2007.

MONTEIRO, A. T. A. **Avaliação da efetividade da iniciativa hospital amigo da criança para unidades neonatais**. 2016. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2016.

NYQVIST, K. H. et al. Early oral behaviour in preterm infants during breastfeeding: an electromyographic study. **Acta Paediatrica**, Oslo, v. 90, n. 6, p. 658-663, 2001. Disponível em: <http://www.academia.edu/28425636/Early_oral_behaviour_in_preterm_infants_during_breastfeeding_an_electromyographic_study>. Acesso em: 10 jun. 2016.

RENFREW, M. J. et al. Breastfeeding promotion for infants in neonatal units: a systematic review. **Child Care, Health and Development**, Oxford, v. 36, n. 2, p. 165-178, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0014935/pdf/PubMedHealth_PMH0014935.pdf>. Acesso em: 8 maio 2016.

ROSSETTO, E. G. **O uso da translactação para o aleitamento materno de bebês nascidos muito prematuros**: ensaio clínico randomizado. 2010. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

SILVA, L. M.; TAVARES, L. A. M.; GOMES, C. F. Dificuldades na amamentação de lactentes prematuros. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 50-59, 2014. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/download/19010/14197>>. Acesso em: 15 mar. 2017.

SILVA, M. H. A. et al. Alimentação do bebê prematuro e de muito baixo peso ao nascer: subsídios para a assistência de enfermagem em berçário. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v. 36, n. 5, p. 286-291, 2000. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=494>. Acesso em: 7 abr. 2016.

UEDA, T. et al. Influence of psychological stress on suckling-induced pulsatile oxytocin release. **Obstetrics & Gynecology**, Hagerstown, v. 84, n. 2, p. 259-262, 1994.

WALKER, M. Breastfeeding the late preterm infant. **Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing**, Philadelphia, v. 37, n. 6, p. 692-701, 2008.

WAMBACH, K. et al. Clinical lactation practice: 20 years of evidence. **Journal of Human Lactation**, Charlottesville, v. 21, n. 3, p. 245-258, 2005.

3 Indicador: Avaliação da evolução ponderal

Descritor: Ganho de peso adequado

Os RNPT apresentam uma perda inicial de peso maior que os RN a termo, com recuperação do peso de nascimento em 10 a 20 dias de vida e, após essa recuperação, **ganho médio de peso de no mínimo 15g/kg/dia**, o que justifica o peso dos RN prematuros geralmente estarem abaixo do percentil 10 na curva de crescimento intrauterino ao atingirem o termo (ACADEMY OF BREASTFEEDING MEDICINE PROTOCOL COMMITTEE, 2011).

Ainda que a amamentação esteja estabelecida, o ganho ponderal pode estar prejudicado, o que pode estar associado a alguns fatores como pega incorreta, baixa produção ou alta produção láctea (ANVISA, 2009).

Muitas vezes, o bebê com pega inadequada não ganha o peso esperado apesar de permanecer longo tempo no peito. Isso pode ocorrer por vários motivos, pode ser porque ele é capaz de obter o leite anterior, mas tem dificuldade de ingerir o leite posterior, mais calórico (ANVISA, 2009). Pode também ser por dificuldade de vedação, por pequena força de sucção para extração do leite, por pequenos volumes ingeridos seguidos de exaustão por ser pequeno e de baixo peso, por produção de leite insuficiente, entre outros.

Um protocolo americano elaborado pela *Academy of Breastfeeding* publicado em 2011 apresenta algumas estratégias que auxiliam no ganho de peso do prematuro, como: aumentar a frequência das mamadas (incentivar o contato pele a pele entre mãe e bebê, estimulando a liberação de ocitocina); oferecer complemento alimentar (de preferência com leite materno extraído) após amamentar diretamente no peito e aumentar a frequência de extração manual ou elétrica (pelo menos 5 vezes ao dia obedecendo o tempo de esgotamento da mama).

Descritor: Semi-demanda

Amamentar o bebê prematuro em resposta a sua fome observando os sinais de saciedade, ao invés de intervalos programados com volumes pré-definidos de leite é chamado alimentação de semi-demanda (DAVANZO, 2014). Na

amamentação por semi-demanda, a mãe amamenta seu bebê, a partir da mudança de comportamento e dos sinais apresentados por ele que indicam interesse em sugar (pega) e a amamentação termina quando o bebê para de sugar. Em seguida é oferecido a complementação através de outro método de alimentação (sonda ou copo) conforme necessário (NYQVIST, 2005).

Esse tipo de alimentação por semi-demanda reduz o possível risco de hipoglicemia, retardo no desenvolvimento e o tempo de internação (DAVANZO, 2014).

No entanto, para essa complementação é necessário observar se o bebê apresenta-se cansado, sonolento, com tônus mais baixo, comprometendo assim seus reflexos de sucção e deglutição. Se assim for, é preferível oferecer o leite pela sonda que iniciar outro tipo de esforço para o bebê, principalmente se o bebê for muito prematuro. Desta forma, o leite deve ser oferecido ao prematuro pelo copinho somente quando a produção láctea materna for insuficiente ou estiver próxima da alta hospitalar.

A alimentação por semi-demanda deve ser interrompida quando observado instabilidade clínica e/ou sinais de estresse (DAVANZO, 2014).

Referências

ACADEMY OF BREASTFEEDING MEDICINE PROTOCOL COMMITTEE. ABM clinical protocol # 9: use of galactogogues in initiating or augmenting the rate of maternal milk secretion (First Revision January 2011). **Breastfeeding Medicine**, New Rochelle, v. 6, n. 1, p. 41-49, Feb. 2011. Disponível em: <Mhttp://www.bfmed.org/Media/Files/Protocols/Protocol%209%20-%20English%201st%20Rev.%20Jan%202011.pdf>. Acesso em: 8 maio 2016.

ANVISA - Agência Nacional de Saúde Suplementar. **A implementação de diretrizes clínicas na atenção à saúde**: experiências internacionais e o caso da saúde suplementar no Brasil. Brasília: Organização-Pan Americana de Saúde, 2009. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/ProdEditorialANS_A_implementacao_de_diretrizes_clinicas.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2016.

DAVANZO, R. M. D. et al. From tube to breast: the bridging role of semi-demand breastfeeding. **Journal of Human Lactation**, Charlottesville, v. 30, n. 4, p. 405-409, 2014.

NYQVIST, K. H. Breastfeeding support in neonatal care: An example of the integration of international evidence and experience. **Newborn and Infant Nursing Reviews**, Philadelphia, v. 5, n. 1, p. 34-48, 2005.

4 Indicador: Avaliação da produção láctea

Descritor: Extração de Leite

A extração é o processo de extrair o leite das mamas, que pode ser feita manualmente ou com auxílio de ordenhadeiras manuais ou elétrica (BRASIL, 2011).

A produção e a ejeção do leite ocorrem por estímulos neuro-hormonais, ou seja, quanto mais o bebê suga o seio materno, maior será a produção láctea. Porém estamos falando de prematuros e, nem sempre esse estímulo e interação é possível pelas suas condições fisiológicas. Por esse motivo é indicado que a mãe desenvolva esse processo por meio da extração, pois ela pode “simular” o estímulo fisiológico da lactação, conseqüentemente estimular a liberação de prolactina, permitindo assim uma produção mais duradoura com quantidade de leite materno suficiente às necessidades do RN (MORTON et al., 2009; MAASTRUP et al., 2014).

A extração precoce auxilia no estabelecimento do aleitamento materno até o momento em que o prematuro apresentar condições de sugar pela primeira vez. Seu início **deve ser realizado preferencialmente até 6 horas após o parto**, pois nesse período o nível de hormônio (prolactina) apresenta-se alto, concentrando na primeira meia hora após o parto e depois diminuindo gradativamente. Portanto, para que ele possa se manter é necessário que a mãe receba alguns estímulos para incentivar o início da fisiologia da produção láctea precocemente. Tal estímulo pode ser por manipulação do neonato ou por extração mecânica ou manual. Se a extração não puder ser iniciada antes das 6 horas, a mãe deve ser orientada a fazê-lo assim que possível, para aproveitar os picos de prolactina e ocitocina e estabelecer um bom fluxo de leite (MAASTRUP et al., 2014).

As mães que são incentivadas a iniciar a extração logo após o nascimento do bebê, apresentam maior sucesso no tempo de duração da amamentação, conseguindo estabelecer o AME até 6 meses (MAASTRUP et al., 2014).

Sugere-se uma extração frequente, similar ao número de mamadas diárias de um RN, ou seja, realizada **no mínimo cinco vezes ou mais** durante o dia, assim o

organismo consegue estabelecer uma boa produção láctea sem a sucção do prematuro (HILL, ALDAG, CHATTERTON; 2001).

Em relação ao tempo ideal de duração da extração, não tem uma recomendação específica, pois depende do tipo de extração, manual ou elétrica, e quantidade de leite que essa mãe tem. Em média, os estudos sugerem **entre 10 a 30 minutos ou até a mama esgotar**, ou seja, não sair mais leite ou apenas gotas esporádicas (FURMAN; MINICH; HACK; 2002; MORTON et al., 2009; HILL; ALDAG; CHATTERTON, 2001).

A extração pode ser realizada **tanto manual como mecânica**. O método mais adequado de extração pode depender do tempo de nascimento do bebê e do momento individual da mãe. Além disso, independentemente do tipo de extração o mais importante é que ela ocorra o mais precoce possível. A extração manual pode ser mais adequada nos primeiros dias do nascimento, quando a descida do leite ainda está iniciando, a extração elétrica pode ser mais eficaz quando há um aumento do volume de leite (BECKER, SMITH, COONEY; 2011).

As mães devem ser orientadas quanto as práticas de higienização e antissepsia antes do momento da extração, assegurando que sua coleta aconteça de forma a manter as características químicas, físico-químicas, imunológicas e microbiológicas do leite humano (ANVISA, 2006).

Os cuidados que devem ser essencialmente observados na extração são os princípios da higiene e conservação, que inclui **higienizar as mãos, prender os cabelos, usar máscara se possível e armazenar o leite extraído em frascos de vidro esterilizado na geladeira ou refrigerador** (BECKER; SMITH; COONEY, 2011). Com o objetivo de manter a conformidade do leite humano extraído e diminuir a microbiota desse leite, orienta a desprezar os primeiros jatos de leite, em torno de 0,5 a 1 ml (ANVISA, 2008).

Entre as normas de procedimentos técnicos para extração, manipulação e administração de leite humano cru exclusivo da mãe para o próprio filho em ambiente neonatal, o tempo máximo de congelamento do leite cru é de 15 dias. (BRASIL, 2017).

Descritor: Baixa / Alta produção láctea

Além das características da mamada deve-se considerar a avaliação da

produção láctea materna para o estabelecimento das intervenções a serem adotadas. **Na baixa produção**, realizar **extração frequente (pelo menos 5 vezes ao dia)**, **posição canguru**, **translactação e galactogogos**. Para a alta produção láctea com baixo ganho de peso após recuperação do peso de nascimento será indicado a **extração do leite anterior e oferta do leite posterior no peito e, se necessário complementar com o leite anterior** (NASCIMENTO; ISSLER, 2004).

A regulação da produção do leite materno durante a amamentação está associado a vários fatores incluindo a condição física e psicológica da mãe, a frequência do aleitamento materno e a amamentação eficaz.

Não podemos deixar de citar sobre a aplicação de calor, um estudo com 39 mães de RN prematuros mostrou que aplicação de compressa de gel aquecida provocou um aumento significativo no volume de leite em relação as mamas que não foram aquecidas. O calor em contato com a pele faz uma vasodilatação, podendo aumentar a produção de leite (YİĞİT et al., 2012). Embora seja recomendado, o uso de bolsas térmicas no seio da mãe não é muito aconselhado, pois o uso da bolsa térmica quente ou fria podem provocar queimaduras. A fria inibe a produção do leite através da vasoconstrição. A morna causa uma vasodilatação, podendo aumentar a produção. No entanto, essas compressas podem causar efeito contrário, por isso preferimos a massagem, pois ela ajuda a dissolver os nódulos, sem precisar fazer compressa quente.

A extração precoce pode ajudar a estabelecer o aleitamento materno até o momento que o prematuro puder sugar pela primeira vez (UNICEF, 2009). A ausência ou o atraso na estimulação da mama nos primeiros dias após o parto pode resultar em baixa produção láctea e, conseqüentemente a interrupção precoce do aleitamento materno (NEVILLE,1988).

O uso do galactogogo pode ser uma alternativa para ajudar essa mãe que tem vontade de amamentar, porém apresenta dificuldade em relação a baixa produção lactea.

Descritor: Galactogogos

Uma das maiores dificuldades da mãe do prematuro é a baixa produção láctea. Muitas vezes, quando o prematuro demora muito a iniciar a sucção no peito, essas mulheres tendem a produzir um volume de leite insuficiente para atender às

necessidades nutricionais do seu filho.

Galactogogos são medicamentos ou outras substâncias que podem ajudar a iniciação, manutenção, ou o aumento da produção do leite materno (ACADEMY OF BREASTFEEDING MEDICINE PROTOCOL COMMITTEE, 2011).

As indicações mais comuns de uso de galactogogo são: amamentação de criança adotada (indução da lactação), relactação (restabelecendo a produção de leite após desmame ou longos períodos impossibilitados de sucção) e mães de bebês prematuros que estão extraindo leite enquanto seu bebê não pode sugar (estimular a ativação secretora inicial ou aumentar a produção de leite) (ACADEMY OF BREASTFEEDING MEDICINE PROTOCOL COMMITTEE, 2011).

A domperidona é o galactogogo com as melhores evidências de custo/benefício no uso de mães de prematuros e pode ter o significado para a mãe de um recurso extra com a finalidade específica de ajudar a aumentar a quantidade de leite, auxiliando no processo da amamentação do prematuro (OSADCHY; MORETTI; DONOVAN; BUCHANAN, 2012; FORINASH et al., 2012; PAUL et al., 2015; SILVA et al., 2001; KNOPPERT et al., 2013; HAASE et al., 2016; ACADEMY OF BREASTFEEDING MEDICINE PROTOCOL COMMITTEE, 2011).

Sugere-se a possibilidade do aumento de produção láctea com o uso **da Domperidona em dose 30mg/dia (10mg 3x ao dia) no período de 7 a 14 dias**, desde que **associado à sucção ou extração frequente** (PAUL et al., 2015).

Apesar das evidências científicas apontarem o efeito potencial dos galactogogos, para aumentar o volume de leite ou induzir a lactação, antes de indicar essa intervenção é necessário esgotar todas as outras formas da manutenção da produção láctea, com as recomendações não farmacológicas, como a extração, o contato pele a pele e a translactação.

É fundamental o apoio da família e dos profissionais de saúde para que a mãe alcance o sucesso na manutenção da lactação, durante a hospitalização de seu bebê. As mães devem receber informação, orientação e aconselhamento sobre amamentação como, também, dispor de sistema de acompanhamento no cuidado domiciliar após a alta hospitalar materna (SERRA; SCOCHI, 2004).

Descritor: Recursos adicionais

Recomenda-se adicionar outros recursos auxiliares à extração como:

massagem na mama, compressa morna por 20 minutos antes da extração, extrair próximo ao bebê e/ou em contato pele a pele, orientação educacional e recurso áudio/visual. Por estímulo ou relaxamento esses recursos podem ajudar a mulher que quer amamentar a aumentar a produção láctea. A ansiedade, fadiga, estresse e o desgaste emocional são importantes inibidores da lactação (KEITH, WEAVER, VOGEL, 2012; MORTON et al., 2009).

Uma situação de estresse pode fazer com que a puérpera produza menos leite ou mesmo que o reflexo de descida do leite seja inibido. A secreção de ocitocina é inibida por catecolaminas que são liberadas em situações de estresse ou dor. A prevenção e o tratamento de situações que exponham a mãe ao estresse psíquico ou à dor são fundamentais para o sucesso da amamentação (UEDA et al., 1994).

Promover o relaxamento com recursos áudio/visual como a **música ou imagens da mãe amamentando seu filho** leva a redução do estresse e conseqüentemente o aumento da quantidade do leite materno (KEITH; WEAVER; VOGEL, 2012).

Referências

ACADEMY OF BREASTFEEDING MEDICINE PROTOCOL COMMITTEE. ABM clinical protocol # 9: use of galactogogues in initiating or augmenting the rate of maternal milk secretion (First Revision January 2011). **Breastfeeding Medicine**, New Rochelle, v. 6, n. 1, p. 41-49, Feb. 2011. Disponível em: <<http://www.bfmed.org/Media/Files/Protocols/Protocol%209%20-%20English%201st%20Rev.%20Jan%202011.pdf>>. Acesso em: 8 maio 2016.

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Banco de leite humano: funcionamento, prevenção e controle**. Brasília: ANVISA, 2008. Disponível em: <<http://www.redeblh.fiocruz.br/media/blhanv2008.pdf>>. Acesso em: 8 ago. 2017.

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº. de 171, de 04 de setembro de 2006**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o funcionamento de Bancos de Leite Humano. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0171_04_09_2006.html>. Acesso em: 8 ago. 2017.

BECKER. G. E.; SMITH. H. A.; COONEY. F. Methods of milk expression for lactating women. **The Cochrane Database Systematic Reviews**, Oxford, v. 7, n. 12, Dec. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Referência Nacional para Bancos de Leite Humano. **Procedimentos técnicos para ordenha, manipulação e administração**

do leite humano cru exclusivo da mãe para o próprio filho em ambiente neonatal.

Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://rblh.fiocruz.br/sites/rblh.fiocruz.br/files/usuario/8/nt_procedimentos_ordenha_manipulacao_leite_cru.pdf>. Acesso em: 1 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método Canguru**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo_canguru_manual_tecnico_2ed.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2016.

DONOVAN, T. J.; BUCHANAN, K. Medications for increasing milk supply in mothers expressing breastmilk for their preterm hospitalised infants. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Chichester, v. 14, n. 3, Mar. 2012. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22419310>>. Acesso em: 9 nov. 2017.

FORINASH, A. B. et al. The use of galactogogues in the breastfeeding mother. **Annals of Pharmacotherapy**, Thousand Oaks, v. 46, n. 10, p. 1392-1404, 2012. Disponível em:

<https://www.researchgate.net/publication/231212087_The_Use_of_Galactogogues_in_the_Breastfeeding_Mother>. Acesso em: 8 maio 2016.

FURMAN, L.; MINICH, N.; HACK, M. Correlates of lactation in mothers of very low birth weight infants. **Pediatrics**, Evanston, v. 109, n. 4, p. e57, 2002. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/109/4/e57.full.pdf>>. Acesso em: 7 abr. 2016.

HAASE, B. et al. Domperidone for treatment of low milk supply in breast pump-dependent mothers of hospitalized premature infants a clinical protocol. **Journal of Human Lactation**, Charlottesville, v. 32, n. 2, p. 373-381, 2016.

HILL, P. D.; ALDAG, J. C.; CHATTERTON, R. T. Initiation and frequency of Pumping and milk production in mothers of non-nursing preterm infants. **Journal of Human Lactation**, Charlottesville, v. 17, n. 1, p. 9-13, 2001.

KEITH, D. R.; WEAVER, B. S.; VOGEL, R. L. The effect of music-based listening interventions on the volume, fat content, and caloric content of breast milk-produced by mothers of premature and critically ill infants. **Advances in Neonatal Care**, Philadelphia, v. 12, n. 2, p. 112-119, 2012.

KNOPPERT, D. C. et al. The effect of two different domperidone doses on maternal milk production. **Journal of Human Lactation**, Charlottesville, v. 29, n. 1, p. 38-44, 2013.

MAASTRUP, R. et al. Factors associated with exclusive breastfeeding of preterm infants. Results from a prospective national cohort study. **PloS One**, San Francisco, v. 9, n. 2, p. e89077, 2014. Disponível em:

<<http://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0089077&type=printable>> Acesso em: 20 mar. 2017.

MORTON, J. et al. Combining hand techniques with electric pumping increases milk

production in mothers of preterm infants. **Journal of Perinatology**, Philadelphia, v. 29, p. 757-764, 2009. Disponível em: <<https://www.nature.com/jp/journal/v29/n11/pdf/jp200987a.pdf>>. Acesso em: 6 jan. 2017.

NASCIMENTO, M. B. R.; ISSLER, H. Aleitamento materno em prematuros: manejo clínico hospitalar. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. S163-172, 2004. Disponível em: <<http://www.jped.com.br/conteudo/04-80-S163/port.pdf>>. Acesso em: 8 maio 2016.

NEVILLE, M. C. et al. Studies in human lactation: milk volumes in lactating women during the onset of lactation and full lactation. **American Journal of Clinical Nutrition**, Bethesda, v. 48, n. 6, p. 1375-1386, 1988.

OSADCHY, A.; MORETTI, M. E.; KOREN, G. Effect of domperidone on insufficient lactation in puerperal women: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **Obstetrics and Gynecology International**, Edmond, v. 2012, 2012. Disponível em: <<https://www.hindawi.com/journals/ogi/2012/642893/>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

PAUL, C. et al. Use of domperidone as a galactagogue drug a systematic review of the benefit-risk ratio. **Journal of Human Lactation**, Charlottesville, v. 31, n. 1, p. 57-63, 2015. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/f52d/884eb3552428246a53d7f0f4e3e85135ff0d.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

SERRA, S. O. A.; SCOCHI, C. G. S. Dificuldades maternas no processo de aleitamento materno de prematuros em uma UTI neonatal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 597-605, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n4/v12n4a04.pdf>>. Acesso em: 7 abr. 2016.

SILVA, O. P. et al. Effect of domperidone on milk production in mothers of premature newborns: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. **Canadian Medical Association Journal**, Ottawa, v. 164, n. 1, p. 17-21, 2001. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC80627/pdf/20010109s00018p17.pdf>>. Acesso em: 7 abr. 2016.

UEDA, T. et al. Influence of psychological stress on suckling-induced pulsatile oxytocin release. **Obstetrics & Gynecology**, Hagerstown, v. 84, n. 2, p. 259-262, 1994.

UNICEF. **Iniciativa hospital amigo da criança**: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. Brasília: UNICEF; OMS, 2009. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa_hospital_amigo_crianca_modulo3.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2017.

YİĞİT, F. et al. Does warming the breasts affect the amount of breastmilk production? **Breastfeed Med**, New Rochelle, v. 7, n. 6, p. 487-8, 2012.

5 Indicador: Aleitamento materno exclusivo / Acompanhamento

No Brasil, a prematuridade é ainda importante causa de mortalidade neonatal, embora encontramos um crescente percentual de RN prematuros cada vez menores e mais imaturos (BRASIL, 2011a). Os profissionais de saúde devem conhecer as necessidades desses sobreviventes, especialmente no que diz respeito ao maior risco para problemas no acompanhamento, que são os RNPT de muito baixo peso (peso de nascimento <1.500g). Por esse motivo, fazem-se necessárias orientações padronizadas e bem fundamentadas em relação ao acompanhamento ambulatorial desses RNs.

Mesmo com o sucesso no desfecho do AME na alta hospitalar de um prematuro, faz-se necessário seu acompanhamento após a alta, pois terá como objetivo a promoção e supervisão de sua saúde com orientações quanto à nutrição e ao seu crescimento e desenvolvimento.

Para que se consiga um resultado positivo, é importante antes da alta hospitalar, que todas as orientações de cuidados e alimentação do RN seja realizado à família por um profissional qualificado, assim, garantindo um adequado acompanhamento desse bebê. A periodicidade das consultas vai depender de vários fatores. Alguns critérios podem nortear a necessidade de um acompanhamento mais próximo ou não. O peso não deve ser utilizado como único critério. **Sugere-se três consultas na primeira semana, duas na segunda semana e uma consulta semanal a partir da terceira semana até que o bebê atinja 2.500g** (BRASIL, 2011b).

Descritor: Ações educativas de promoção do aleitamento materno

Os profissionais de saúde possuem papel primordial no processo de educação em saúde, uma vez que, são eles os responsáveis pela disseminação de conhecimentos para o alcance dos objetivos de melhoria à saúde das pessoas (VARGAS et al., 2016).

Logo após o parto, a mulher frequentemente está cansada, desconfortável e com dor, o que não parece ser o momento apropriado para se abordar pela primeira vez a importância de se extrair nas primeiras seis horas. Um estudo de caso controle, cujo objetivo foi estudar o efeito da consulta de PN sobre a incidência e

duração do aleitamento materno em prematuros, mostrou que mulheres que receberam informações de aleitamento durante o PN estava associado significativamente com maior sucesso do aleitamento materno em prematuros, tanto no hospital quanto após a alta (FRIEDMAN et al., 2004). Dessa forma, a mulher começa a se preparar emocionalmente, incluindo os atributos necessários para o desenvolvimento da maternidade de um filho prematuro.

Recomenda-se que ações educativas de promoção do aleitamento devem ser iniciadas **no PN, fortalecidas no período de internação e mantidas após a alta hospitalar para o sucesso do aleitamento materno.**

As orientações e acompanhamentos referente a importância do AME devem se estender ao período pós-alta, pois no domicílio as famílias sentem dificuldades na manutenção do aleitamento materno (SASSA et al., 2013). O período de internação após o parto, muitas vezes deixa a família insegura em decorrência da prematuridade, gerando estresse e insegurança (GEORGE, 2005).

Assim, os profissionais de saúde têm um papel fundamental na comunicação e principalmente nas ações de educação sobre aleitamento materno (SWANSON; POWER, 2005).

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método Canguru.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo_canguru_manual_tecnico_2ed.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2016.

FRIEDMAN, S. et al. The effect of prenatal consultation with a neonatologist on human milk feeding in preterm infants. **Acta Paediatrica**, Oslo, v. 93, n. 6, p. 775-778, 2004.

GEORGE, L. Lack of preparedness: experiences of first time mothers. **American Journal of Maternal Child Nursing**, New York, v. 30, n. 4, p. 251-255, 2005.

SASSA, A. H. et al. Prevalence of breastfeeding in premature infants with very low birth weight in the first six months of life. **Acta Scientiarum: health sciences**, Maringá, v. 35, n. 2, p. 151-159, 2013.

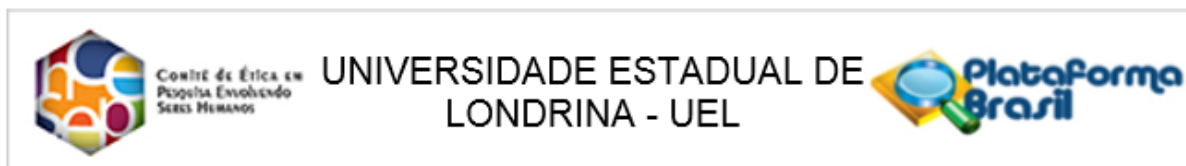
SWANSON, V.; POWER, K. Initiation and continuation of breastfeeding: theory of planned behaviour. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 50, n. 3, p. 272-282, 2005.

VARGAS, G. S. et al. Atuação dos profissionais de saúde da estratégia saúde da família: promoção da prática do aleitamento materno. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 30, n. 2, p. 1-9, 2016.

ANEXOS

ANEXO A

Parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa


PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ELABORAÇÃO DE PROTOCOLO DE MANEJO CLÍNICO EM ALEITAMENTO MATERNO PARA O PREMATURO

Pesquisador: EDILAINE GIOVANINI ROSSETTO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 51823315.7.0000.5231

Instituição Proponente: CCS - Departamento de Enfermagem - Mestrado em Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.395.377

Apresentação do Projeto:

Nascem 15 milhões de prematuros (PT) em todo o mundo por ano. O Brasil é um dos dez países com maior número de nascimentos prematuros e a prematuridade contribui com 45% das mortes entre recém-nascidos no país (WHO, 2012). O aleitamento materno (AM) é o alimento ideal para o crescimento e o desenvolvimento do recém-nascido (RN), reduz a mortalidade infantil, previne infecções e alergias. Essas qualidades do leite materno adquirem relevo especial em se tratando de recém-nascidos pré-termo (RNPT) por sua maior vulnerabilidade. O manejo clínico adequado da lactação tem sido descrito como um facilitador para a amamentação bem-sucedida em recém-nascidos (RN) de termo. Fatores individuais e organizacionais podem atrapalhar o aleitamento materno em uma unidade neonatal e mantêm as taxas de AME baixas entre PT, ocorrendo com frequência o desmame antes mesmo da alta hospitalar. Trata-se de uma pesquisa que pretende elaborar um protocolo de manejo ao aleitamento materno de bebês prematuros. Será feita revisão bibliográfica que permitirá a elaboração do protocolo o qual será posteriormente enviado, por meio de correio eletrônico, a diversos profissionais da área da saúde, com experiência na área de aleitamento materno (sem vínculo com a instituição de origem) para ser avaliado quanto ao conteúdo.

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

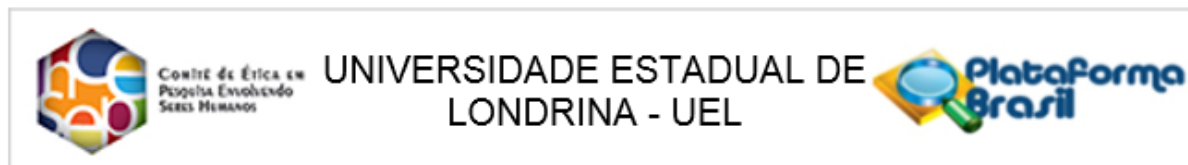
UF: PR

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 1.395.377

Objetivo da Pesquisa:

Elaborar um protocolo de manejo clínico em aleitamento materno para prematuros, desde o nascimento até o período após a alta hospitalar.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: embora mínimos, estão apresentados adequadamente no TCLE

Benefícios: ganho de conhecimento e melhora na qualidade de atendimento a recém-nascidos

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa pretende desenvolver um protocolo de aleitamento materno para RNs prematuros que pode levar a melhorias na qualidade desse atendimento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE: está adequado

Folha de rosto: OK

Oçamento e cronograma adequados.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pesquisa aprovada.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador (a),

Este é seu parecer final de aprovação, vinculado ao Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina. É sua responsabilidade imprimi-lo para apresentação aos órgãos e/ou instituições pertinentes.

Coordenação CEP/UEL.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_625340.pdf	11/12/2015 14:31:28		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mestrado_Milena.doc	11/12/2015 14:30:28	EDILAINE GIOVANINI ROSSETTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE_reformulado_dezembro.doc	11/12/2015 14:28:54	EDILAINE GIOVANINI	Aceito

Endereço: LABESC - Sala 14

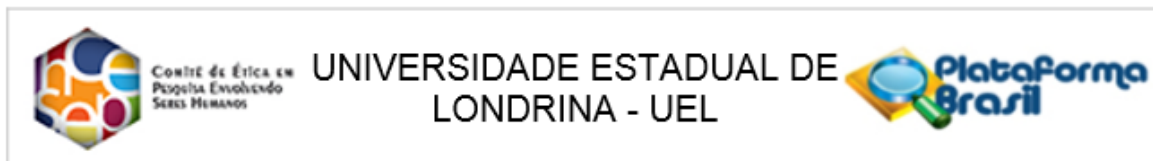
Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-970

UF: PR Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 1.395.377

Justificativa de Ausência	TCLE_reformulado_dezembro.doc	11/12/2015 14:28:54	ROSSETTO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_Milena.pdf	26/11/2015 13:13:54	EDILAINE GIOVANINI ROSSETTO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LONDRINA, 26 de Janeiro de 2016

Assinado por:
Otávio Goes de Andrade
(Coordenador)

Endereço: LABESC - Sala 14
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 86.057-970
UF: PR **Município:** LONDRINA
Telefone: (43)3371-5455 **E-mail:** cep268@uel.br