



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

ARIANE THAISE ALVES MONTEIRO

**AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DA INICIATIVA HOSPITAL
AMIGO DA CRIANÇA PARA UNIDADES NEONATAIS**

ARIANE THAISE ALVES MONTEIRO

**AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DA INICIATIVA HOSPITAL
AMIGO DA CRIANÇA PARA UNIDADES NEONATAIS**

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

Linha de Pesquisa: Assistência Integral à Saúde da Criança, do Adolescente e da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Edilaine Giovanini Rossetto

Londrina
2016

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

Monteiro, Ariane Thaise Alves .

Avaliação da efetividade da iniciativa Hospital Amigo da Criança para unidades neonatais / Ariane Thaise Alves Monteiro. - Londrina, 2016.
119 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, 2016.

Inclui bibliografia.

1. Prematuros - Tese. 2. Amamentação - Tese. 3. Enfermagem neonatal - Tese. I. Rossetto , Edilaine Giovanini . II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

ARIANE THAISE ALVES MONTEIRO

**AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DA INICIATIVA HOSPITAL AMIGO
DA CRIANÇA PARA UNIDADES NEONATAIS**

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

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Dra. Edilaine Giovanini
Rossetto
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Profa. Dra. Sarah Nancy Deggau Hegeto de
Souza
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Profa. Dra. Carmen Gracinda Silvan Scochi
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo - EERP/USP

Londrina, 9 de Setembro de 2016.

DEDICATÓRIA

*Primeiramente a Deus, por ter me dado força e sabedoria
para conduzir este trabalho.*

*Aos meus pais, Júlio e Mariá, meu irmão, Caio, e meu
noivo, Tarcísio, pela dedicação e paciência ao estarem
sempre ao meu lado nesta jornada.*

*Aos bebês prematuros da Unidade Neonatal do HUL e
suas famílias, porque eles merecem a melhor assistência, e
aos profissionais de saúde, que estão sempre dispostos a
apoiar essa população tão vulnerável.*

AGRADECIMENTOS

À Deus, por me amparar nos momentos difíceis, dando-me força para superar as dificuldades, mostrando-me o caminho nas horas incertas e suprindo-me em todas as minhas necessidades.

Aos meus pais, Júlio e Mariá. Por mais que a distância não permitisse um abraço, um aconchego, vocês sempre estiveram ao meu lado, e palavras de carinho e dedicação não me faltaram; sempre estavam ali para me incentivar nas dificuldades, com muito amor.

Ao meu irmão, Caio, que sempre estendeu a mão para me apoiar nos dias difíceis.

Ao meu noivo, Tarcísio, cujo apoio e incentivo me fizeram chegar aonde cheguei. Obrigada pelo amor, carinho, atenção e muita paciência.

À minha orientadora, Edilaine Rossetto, um exemplo de profissional, de pesquisadora e incentivadora. Sobretudo nas minhas dificuldades, nos momentos de mudança em minha vida, tive seu apoio e atenção. Agradeço pela oportunidade de realizar uma pesquisa tão grandiosa e apaixonante, que foi trabalhar na melhoria da assistência ao prematuro. Obrigada por compartilhar esse sonho comigo.

Às Professoras Doutoras Carmen Scochi, Adriana Leite e Mauren Tacla, por aceitarem o convite e integrarem a banca desta dissertação. É uma verdadeira honra contar com a contribuição de seus conhecimentos para o aprimoramento deste trabalho.

Um agradecimento especial para a Professora Doutora Sarah Hegeto de Souza, também integrando a banca, que esteve presente em todos os momentos desta pesquisa, enriquecendo nosso trabalho na unidade neonatal.

À Lígia Jung, companheira de mestrado e de projeto. Compartilhamos momentos difíceis na vida e na pesquisa, mas agradeço, pois ganhei uma amiga.

À Milena Lago o que seria de mim sem a Milena, meu “braço direito e esquerdo”? Esteve do meu lado em todas as fases da pesquisa. Você foi

mais que especial neste momento da minha vida, um presente que ganhei do mestrado.

Meu outro presente também foi você, Viviane Serato, uma querida amiga que agora levo pela vida toda.

À enfermeira Louise, alunas de iniciação científica Kauana e Mariana, e mais recentemente Alana, Isabela Carolina e Isabela Molina, que, plenas de comprometimento, envolveram-se neste trabalho.

À equipe da Unidade Neonatal do Hospital Universitário de Londrina, por fazerem a diferença na vida dos pequeninos e terem participado da pesquisa, cada um com seu diferencial. Em especial, à enfermeira Valéria, por seu empenho e dedicação à unidade.

Às enfermeiras neonatologistas Cássia Silva, Karina Tozi e Bruna Antoniassi, pelas contribuições no desenvolvimento da pesquisa.

Às docentes integrantes do Programa de Mestrado em Enfermagem da UEL, por cada valiosa colaboração no meu crescimento como pesquisadora.

À pós-doutoranda Marcela Birolim, pela contribuição nas análises e testes estatísticos desta pesquisa e por seu empenho em sempre procurar o melhor para minha dissertação. Também aos professores Mariana Urbano e Rodrigo Pescim, pela inestimável cooperação.

À equipe de supervisores de enfermagem do Hospital Evangélico de Londrina, à gerente Fernanda Moreno e à subgerente Viviane Vidotti, em especial a Juliana Carvalho, Sirlene Tsukamoto e Marília Conchon, que me apoiaram e me acolheram nesta etapa difícil, tanto no trabalho quanto na pesquisa.

A todos os amigos que torceram por mim e, mesmo distantes, me encorajaram e fizeram parte desta minha conquista.

*“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades:
lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram
conquistadas do que parecia impossível.”*

Charles Chaplin

MONTEIRO, Ariane Thaise Alves. **Avaliação da efetividade da Iniciativa Hospital Amigo da Criança para unidades neonatais**. 2016. 119f. Exame de Qualificação de Mestrado / Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2016.

RESUMO

Por muito que se reconheça o leite materno como o melhor alimento, suficiente e indispensável para o bebê, em especial para os prematuros, sabe-se que amamentar um prematuro não é tarefa fácil, por sua imaturidade fisiológica e neurológica, condição clínica e até por fatores organizacionais das unidades neonatais, onde na maioria dos casos ficam internados. A adoção da política dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno em Hospitais Amigos da Criança (IHAC) e suas ações têm contribuído expressivamente no aumento das taxas de aleitamento materno exclusivo e sua duração, porém esse programa é insuficiente para atender às necessidades e à complexidade da amamentação dessa clientela vulnerável. A fim de concentrar esforços para mudar essa realidade, elaborou-se a expansão da IHAC para unidades neonatais (IHAC-Neo). Este estudo, como parte de um projeto multicêntrico, objetivou avaliar a efetividade da implantação da IHAC-Neo, guiado pelo marco conceitual *Knowledge Translation* em uma unidade neonatal de um hospital universitário do norte do Paraná. Trata-se de um estudo de intervenção, com comparação pré e pós. A coleta de dados foi realizada em dois momentos: antes da intervenção (M1), sucedido pela intervenção que foi a implantação da estratégia IHAC-Neo, cuja duração foi de 15 meses, e após a intervenção (M2). A coleta se deu pela triangulação de dados na perspectiva dos profissionais de saúde da unidade, das mães de bebês prematuros internados e do avaliador externo da realidade com revisão documental. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi o *Neo-BFHI Assessment Tool*, traduzido e adaptado transculturalmente para avaliação do nível de adesão aos Três Princípios Norteadores e Dez Passos da IHAC-Neo e ao Código Internacional para Comercialização dos Substitutos de Leite Materno. Nenhum dos passos cumpria os critérios considerados satisfatórios pela IHAC-Neo em M1. Em M2, todos os passos apresentaram aumento relevante no nível de adesão, sendo que em 5 passos a diferença entre os dois momentos não foi estatisticamente significativa. Os passos 2, 3, 7 e 10 mostraram maior evolução, passando a cumprir o critério desejado de, no mínimo, 80% de adesão. Os passos 1, 4, 5, 8 e 9 não alcançaram adesão de pelo menos 80% em M2, porém mostraram-se acima de 50%. Somente o passo 6 se manteve abaixo de 50%. O escore geral de adesão aos Dez Passos praticamente dobrou quando comparado M1 com M2. A adesão parcial na perspectiva dos profissionais, mães e avaliador externo com revisão documental dos Dez Passos e os Três Princípios apresentou aumento estatisticamente significativo. Apenas o cumprimento ao código não apresentou diferença estatística quando comparados os dois momentos, pois já apresentava boa adesão em M1. Dessa forma, considerou-se que a implantação da IHAC-Neo guiada pela *Knowledge Translation* se constituiu em uma inovadora e efetiva estratégia para a mudança da prática de promoção, apoio e proteção do aleitamento materno dos prematuros, com grande potencial para se tornar uma política pública brasileira complementar a fim de minimizar os desafios tão complexos e multifatoriais de amamentar um prematuro.

Palavras-chave: Prematuro. Aleitamento materno. Prática clínica baseada em evidências. Avaliação de serviços de saúde. Efetividade.

MONTEIRO, Ariane Thaise Alves. **Baby-Friendly Hospital Initiative effectiveness' evaluation at neonatal wards**. 2016. 119 p. Dissertation (Master's Degree in Nursing) – State University of Londrina, Londrina, 2016.

ABSTRACT

Despite all the recognition of breast milk as the best food sufficient and essential for the baby, especially for premature babies, it is known that breastfeeding a premature is not an easy task, because of its physiological and neurological immaturity, clinical condition and even organizational factors of the neonatal units where they often are hospitalized. The adoption of the policy of the Ten Steps to Successful Breastfeeding in Baby Friendly Hospitals (BFHI) and its actions have contributed significantly in increasing exclusive breastfeeding rates and duration, but this program is insufficient to meet the needs and complexity of breastfeeding in this vulnerable clientele. To contribute to change this reality was developed the expansion of BFHI for neonatal units (Neo-BFHI). The aim of this study was to evaluate the effectiveness of implementation of the BFHI for neonatal units based on the Knowledge Translation conceptual framework PARIHS in a neonatal unit of a university hospital in the north of Paraná. This research is part of a multicenter project and it is an intervention study with before and after comparison. Data collection was performed in two stages, before the intervention (M1), followed by the intervention, which was the implementation of Neo-BFHI strategy which lasted 15 months, and after the intervention (M2). The data collection consisted in interviews with the unit's health professionals, mothers of premature babies hospitalized and observations of reality with document review. The instruments used for data collection was the Neo-BFHI Assessment Tool translated and adapted culturally to assess the level of adherence to the Three guiding principles and the Ten Steps Neo-BFHI and the International Code for Marketing of Breast-milk Substitutes. None of the steps met the criteria considered satisfactory for Neo-BFHI in M1. In M2, all steps have a clinically important increase in adherence level, and in 5 steps the difference between the two periods was not statistically relevant. Steps 2, 3, 7 and 10 showed a greater evolution and met the desired criteria of at least 80% adherence. Steps 1, 4, 5, 8 and 9 did not achieve adhesion of at least 80% in M2, but reached above 50% adhesion. Only step 6 remained below 50%. The overall score of adherence to 10 steps almost doubled compared from M1 to M2 ($p = 0.000$). The general adherence of professionals, mothers and document review of the 10 steps and the three principles showed an increase that was statistically significant. Only compliance with the code no statistical difference when compared the two moments, because it already had good adhesion in M1. Thus, it was considered that the implementation of the Neo-BFHI guided by *Knowledge Translation* constituted an innovative and effective strategy for change in the health of premature infants context, with great potential to become a Brazilian public policy complementary to minimize the challenges so complex and multifactorial breastfeeding premature.

Keywords: Premature. Breastfeeding. Evidence-Based Practice. Health Services Evaluation. Effectiveness.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	PERGUNTA DE PESQUISA.....	15
1.2	JUSTIFICATIVA.....	15
1.3	CONTRIBUIÇÃO ESPERADA.....	16
2	REVISÃO DA LITERATURA	17
2.1	ALEITAMENTO MATERNO EM PREMATUROS.....	17
2.2	INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA – IHAC.....	26
2.2.1	IHAC – Origem e Importância.....	26
2.2.2	Iniciativa Hospital Amigo da Criança para Unidades Neonatais – IHAC-Neo.....	29
2.2.2.1	Três Princípios Norteadores.....	29
3	OBJETIVOS	41
3.1	OBJETIVO GERAL.....	41
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	41
4	MÉTODO	42
4.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	42
4.2	LOCAL DE ESTUDO.....	42
4.3	PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	43
4.3.1	Momento 1.....	44
4.3.2	Implantação da estratégia IHAC-Neo.....	44
4.3.3	Momento 2.....	45
4.4	INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	46
4.5	POPULAÇÃO, AMOSTRA E MATERIAIS.....	47
4.6	ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS.....	50
4.7	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	67
4.8	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	67
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	68
5.1	MANUSCRITO 1.....	69

6	CONCLUSÃO	99
7	REFERÊNCIAS	101
	APÊNDICE	113
	APÊNDICE 1 - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE.....	114
	ANEXO	115
	ANEXO 1 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	116
	ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - INTEGRANTES DA EQUIPE E GERENTE	118
	ANEXO 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - MÃES.....	119

1 INTRODUÇÃO

O Brasil é um dos dez países com maior número de nascimentos prematuros, sendo uma de suas causas o alto índice de partos cesarianos. A prematuridade responde por 45% das mortes entre recém-nascidos (RN) no País (WHO, 2012). A prematuridade e suas complicações são as principais causas de mortalidade e morbidade neonatal (como deficiências cognitivas e auditivas). O impacto em curto e longo prazo é traumatizante para os pais e acarreta alto custo para o sistema nacional de saúde (WHO, 2012).

Um estudo multicêntrico, com vigilância prospectiva, de investigação em prematuridade da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) apontou o nascimento de 40 prematuros por hora no Brasil, ou 931 por dia (PASSINI JR et al., 2014).

Em 2013, o coeficiente de mortalidade infantil no Brasil foi de 13,4 óbitos por 1.000 nascidos vivos (NV); no Paraná, foi de 11,2 óbitos por 1.000 NV, dos quais 53,1% e 59,8%, respectivamente, foram óbitos de bebês nascidos prematuramente. Em Londrina, o coeficiente de mortalidade infantil foi de 8,5 óbitos por 1.000 NV, sendo 60,5% prematuros (BRASIL, 2016) – tais dados evidenciam a necessidade de atenção especializada a essa população.

Mais de 80% das mortes de RN podem resultar de três causas evitáveis e tratáveis, como: complicações devidas à prematuridade, óbito intraparto (incluindo asfixia ao nascer) e infecções neonatais (WHO, 2015).

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 preconizam o aleitamento materno exclusivo (AME) até o 6º mês de vida, por ser considerado o alimento mais rico, energético, nutricional e imunológico que os RN devem consumir (BRASIL, 2009b; 2011b).

O Ministério da Saúde define que o AME é quando a criança “recebe apenas o leite proveniente de sua mãe ou de bancos de leite humano, e nenhum outro líquido ou sólido com exceção de vitaminas, minerais e medicamentos”. Para fim de definições, diz-se que há AM “quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos”; já o

não aleitamento é definido por a criança não receber leite materno (BRASIL, 2009b, p. 12).

O leite materno proporciona nutrição e imunização ao RN, além de propiciar crescimento e desenvolvimento ideal e favorecer a construção e o fortalecimento do vínculo afetivo entre mãe e bebê (EIDELMAN; SCHANLER, 2012; GUBERT et al., 2012).

Estudos já destacaram as vantagens do AM para auxiliar na maturação gastrointestinal, reduzindo os riscos de enterocolite necrotizante (SULLIVAN et al., 2010), proteção da retinopatia da prematuridade (SANCHES et al., 2011), prevenção de alergias alimentares, eczema, doenças cardiovasculares, sobrepeso e obesidade (BLACK et al., 2010; HORTA; VICTORA, 2013), infecções neonatais (ASSUNÇÃO, 2011), além de influenciar diretamente no desenvolvimento cognitivo e intelectual das crianças (MANDY et al., 2013).

Os benefícios da prática da amamentação não se restringem à saúde, e o seu impacto econômico também é grande. Nos Estados Unidos, estimou-se que a amamentação abaixo do ideal tinha um impacto econômico de US\$ 13 bilhões (BARTICK; REINHOLD, 2010). A ampliação da amamentação a um nível quase universal poderia prevenir 823 mil mortes a cada ano em crianças menores de 5 anos e 20 mil mortes de mulheres por câncer de mama (VICTORA et al., 2016).

A fim de melhorar os índices de morbimortalidade em prematuros, a promoção do AM deve ser garantida ao máximo, pois quanto mais tempo for oferecido exclusivamente o leite materno, melhor será a evolução dessa população (VANDENPLAS et al., 2011).

Apesar de todo o reconhecimento do leite materno como o alimento necessário e suficiente para o bebê, principalmente para os prematuros, outros estudos constatam que são poucos os prematuros que recebem, desde os primeiros dias de vida, exclusivamente o leite materno (AZEVEDO; CUNHA, 2013; GOMES et al., 2009; MARTINS et al., 2013). Em um estudo com 93 prematuros, verificou-se que apenas 22,6% haviam sido amamentados na primeira hora de vida (BELO et al., 2014).

Amamentar um prematuro não é tarefa fácil, em razão da imaturidade do seu sistema gastrointestinal, além de ser comum certa dificuldade na coordenação e controle de sucção, deglutição e respiração (SCHEEREN et al., 2012), o que

interfere na amamentação. Outros fatores também podem concorrer para o desmame precoce, como: a técnica inadequada de alimentação, a falta de estímulo, a dificuldade em manter a produção láctea, medo e ansiedade da mãe, manejo inadequado pelos profissionais (DEMARI et al., 2011), insuficiência de leite, uso de suplementos (GUBERT et al., 2012), fatores educacionais relacionados à falta de informação e orientação, influência de fatores culturais, como uso de mamadeira, crenças (SILVA; GUEDES, 2013), uso de chupeta e a troca do leite materno por leite artificial (AZEVEDO; CUNHA, 2013).

À vista disso, para promover e apoiar o AM do prematuro há necessidade de uma equipe de saúde treinada, mobilizada para mudanças organizacionais e socioculturais, assim como do estabelecimento de protocolos, normas e rotinas para evitar o desmame precoce (OLIVEIRA; ESPÍRITO SANTO, 2013; SEKYIA; LUZ, 2010).

Em 1990, a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) criaram a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), caracterizando um conjunto de metas criadas com o objetivo de promover o direito da mulher de aprender e praticar a amamentação com sucesso (BRASIL, 2011a).

A adoção da política dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno em Hospitais Amigos da Criança e suas ações têm contribuído expressivamente no aumento das taxas de AME e da sua duração (FIGUEREDO; MATTAR; ABRÃO, 2012; SAMPAIO et al., 2011).

Apesar de ser efetiva no aumento da prática da amamentação, essa estratégia é insuficiente para atender às necessidades e à complexidade da amamentação dos bebês prematuros (BRASIL, 2011a). Sentindo a premência de mudar a realidade da assistência prestada ao prematuro e ao RN gravemente doente, um grupo de pesquisadores dos países nórdicos e do Canadá elaboraram a expansão da IHAC para unidades neonatais (IHAC-Neo), levando em consideração especificamente esse contexto e as necessidades inerentes dos prematuros e/ou RN gravemente doentes que precisam de um cuidado diferenciado que ofereça às mães e família desses bebês o apoio necessário à amamentação (NYQVIST et al., 2012).

Essa proposta de expansão da IHAC convencional para unidades neonatais, denominada IHAC-Neo, baseou-se em Três Princípios Norteadores (PN) para

fundamentar as ações de apoio, resumidos em Dez Passos adaptados para o Sucesso do Aleitamento Materno (NYQVIST et al., 2012).

O envolvimento de toda a equipe multiprofissional é condição essencial para o sucesso das ações e melhoria da qualidade da assistência (GRIMSHAW et al., 2012). Nesse sentido, o presente estudo propôs a implantação da IHAC-Neo guiada pelo marco conceitual *Knowledge Translation* (KT). Transcorre em um sistema complexo de interações entre os pesquisadores e os “usuários do conhecimento”, que pode variar em intensidade, complexidade e grau de envolvimento, de acordo com a natureza da investigação e os resultados, bem como com as necessidades específicas de conhecimento dos usuários (STRAUS; TETROE; GRAHAM, 2009).

Desse modo, tão importante quanto a pesquisa para a produção primária de conhecimento é a pesquisa sobre maneiras eficazes de transferi-la para a prática. A ciência da implementação envolve a investigação e intervenção sobre os principais nós críticos que impedem que se implantem eficazmente as intervenções cientificamente comprovadas para impacto na saúde pública por meio da identificação, compreensão e superação de barreiras (STURKE et al., 2014).

Nesta pesquisa, considerou-se a **hipótese** de que a estratégia IHAC-Neo, norteadada pelo marco conceitual KT, pode provocar mudanças nas práticas de promoção, proteção e apoio ao AM de prematuros, aumentando a adesão aos Três Princípios Norteadores, Dez Passos e Código Internacional de Comercialização dos Substitutos de Leite Materno.

1.1 PERGUNTA DE PESQUISA

Em que medida a implantação da IHAC-Neo, norteadada pelo marco conceitual KT, pode promover as mudanças das práticas de promoção, proteção e apoio ao AM de prematuros, aumentando a adesão aos Três Princípios Norteadores, Dez Passos e Código Internacional de Comercialização dos Substitutos de Leite Materno?

1.2 JUSTIFICATIVA

Considerando o contexto do nascimento de um prematuro, as dificuldades para o estabelecimento da amamentação, as barreiras comumente encontradas nos

serviços de saúde, a importância e necessidade de aumentar a prevalência de AME do prematuro, novas estratégias precisam ser implantadas para superar essa realidade.

1.3 CONTRIBUIÇÃO ESPERADA

A avaliação da efetividade do IHAC-Neo pode contribuir com evidências para adoção de novas práticas e políticas públicas com vistas ao incentivo e apoio ao AM do prematuro e, assim, aprimorar a qualidade da assistência prestada ao prematuro e à sua família.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ALEITAMENTO MATERNO EM PREMATUROS

Diante da vulnerabilidade dos prematuros, o AM constitui um importante aliado para reduzir a mortalidade infantil, prevenir infecções e alergias e promover crescimento e desenvolvimento adequados para essas crianças, interferindo na qualidade de vida desse segmento populacional de risco (BLACK et al., 2010; BRASIL, 2011b).

O leite de mães de prematuros apresenta peculiaridades, como maior teor de proteínas e nutrientes de fácil digestão e absorção (AZEVEDO; MENDES, 2008). As lactantes apresentam uma capacidade inata de produzir e excretar no leite fatores imunológicos de acordo com as características dos RN. Por exemplo, o colostro de mães com bebês prematuros é mais rico em interleucinas, imunoglobulina A e fatores de crescimento que o colostro de mães de bebês a termo (CASTELLOTE et al., 2011).

As práticas alimentares influenciam diretamente o estado nutricional, a saúde e a sobrevivência dos prematuros, e o impacto causado durante toda a vida pode incluir sobrepeso e obesidade, fraco desempenho escolar, produtividade diminuída, desenvolvimento intelectual e social prejudicados e reinternações frequentes ainda no primeiro ano de vida (BRASIL, 2009b; HORTA; VICTORA, 2013; MANDY et al., 2013; SILVA et al., 2015).

Um estudo com prematuros extremos em unidades de terapia intensiva neonatais (UTIN) dos Estados Unidos e da Áustria apontou que o AME é um fator protetor que reduz significativamente o risco de desenvolver enterocolite necrotizante, além de reduzir a necessidade de intervenção cirúrgica (SULLIVAN et al., 2010).

O AM em prematuros também representa o principal fator para a efetivação do vínculo mãe-filho (BRAGA; MACHADO; BOSI, 2008; DAVIN; ENDERS; SILVA, 2010; EIDELMAN; SCHANLER, 2012; GUBERT et al., 2012). Essa relação foi comprovada em um estudo ao se observar sensibilidade materna mais favorável em mães de RN saudáveis, quando comparada à de mães de prematuros, associando esse resultado à atenção que desenvolveram na interação com o bebê durante a

amamentação, demonstrando a importância dessa prática a fim de minimizar os efeitos do nascimento precoce (ALFAYA; SCHERMAN, 2005).

Amamentar o prematuro hospitalizado é um grande desafio em razão de sua imaturidade fisiológica e neurológica, do estado de alerta nas mamadas, da dificuldade em coordenar sucção-deglutição-respiração, da pega e postura do bebê (GUBERT et al., 2012; SCHEEREN et al., 2012). Consequentemente as famílias dos prematuros necessitam de atenção especial para apoiar a prática da amamentação (SANCHES et al., 2011).

Proteção, promoção e apoio ao AM tem sido uma estratégia mundialmente relevante no setor de saúde e em outras esferas sociais para melhorar as condições de saúde das crianças. As mães reconhecem a importância biológica e nutricional do leite materno, o valor do AM para a recuperação do seu bebê, assim como para a aproximação e reconhecimento entre mãe e filho, desenvolvendo um laço afetivo (BRAGA; ALMEIDA; LEOPOLDINO, 2012). Entretanto, diante do nascimento de uma criança prematura e das circunstâncias envolvidas, irrompem muitas outras preocupações, angústias e ansiedades, medo e insegurança em relação à alimentação de seu filho, dificultando o estabelecimento do AM (MELO et al., 2013).

Problemas relacionados com a pega, coordenação entre sucção, deglutição e respiração, padrão de sucção, postura da mãe e postura do bebê aparecem com frequência ao se tratar de AM do prematuro, e o apoio de profissionais de saúde especializados quanto ao manejo do AM nesse momento é essencial (SILVA; TAVARES; GOMES, 2014).

Fatores individuais e organizacionais em uma unidade neonatal mantêm as taxas de AME baixas entre prematuros e, com frequência, o desmame ocorre antes mesmo da alta hospitalar (SASSA et al., 2013).

Pesquisa realizada em uma unidade com programa de incentivo ao AM do prematuro encontrou taxas de 90% nessa população em AM na alta hospitalar, com aproximadamente 50% deles em AME. Porém 51% dos bebês foram desmamados antes do sexto mês de vida. As prevalências de AM encontradas para uma população tão específica como RN de muito baixo peso reforçam a ideia de que amamentar prematuros, embora desafiante, é factível desde que haja apoio e suporte apropriados ao binômio mãe-bebê (SASSA et al., 2013). Portanto é preciso cuidar da continuidade desse AME no domicílio após a alta hospitalar.

Em contrapartida, em um estudo realizado com bebês prematuros acima de 30 semanas – dos quais 78,6% tinham entre 34 e 36 semanas –, a prevalência do AME aos 15 e 45 dias após a alta hospitalar, e aos 3 e 6 meses de vida foi, respectivamente, de 71,5%, 45,2%, 38,1% e 35,7%, mostrando o aumento do desmame precoce antes do 6º mês de vida (SASSA et al., 2014).

Em um estudo de coorte que avaliou retrospectivamente prematuros com peso menor que 1.500g, o tempo médio para início de dieta enteral foi de 6,5 dias, enquanto para atingir a dieta enteral plena levou em média 18 dias, reforçando que, quanto menor o peso de nascimento, maior o tempo para início de dieta enteral e para atingir a dieta enteral plena, além do prolongamento do uso de nutrição parenteral. Na alta, o tipo de dieta mais frequente foi o aleitamento complementado (61,6%), seguido da alimentação artificial (26,1%) e do AME (12,3%) (VALETE et al., 2009).

A falta de contato precoce entre mãe e filho, a ausência do estímulo à amamentação na sala de parto, períodos prolongados de internação e o impedimento da permanência da mãe em unidades neonatais, além de outros critérios rígidos e/ou baseados em indicadores físicos na indicação de AM são algumas das barreiras que podem levar ao desmame precoce e à diminuição da produção láctea (SCOCHI et al., 2008; FLACKING; EWALD; WALLIN, 2011).

A manutenção do AM durante a internação do RN na UTIN está relacionada ao apoio e orientações que a mãe recebe dos profissionais e familiares durante esse período. Todavia, no cotidiano dos serviços, essas práticas nem sempre são incorporadas às rotinas dos profissionais que prestam assistência aos prematuros (FLACKING; EWALD; WALLIN, 2011).

Outro desafio é o sentimento materno, pois mães com bebês em uma unidade neonatal podem experimentar um atraso no desenvolvimento da identidade materna. Isso implica uma crise: seus sentimentos podem oscilar entre choque, tristeza, exaustão emocional e esperança; elas podem se sentir como se estivessem oscilando em torno da maternidade, o que requer apoio precoce. Quando a mãe considera a amamentação um marcador de “boa maternidade”, sua incapacidade de produzir leite suficiente pode resultar em sentimentos de inadequação e culpa, dificultando a amamentação do prematuro e sua manutenção após a alta hospitalar (FLACKING; EWALD; STARRIN, 2007).

O ato de amamentar é uma função por excelência da mulher, se bem que com uma forte influência do meio social. Algumas mães passam por situações favoráveis de incentivo para amamentar exclusivamente, enquanto outras sofrem forte pressão para adotar práticas incorporadas por gerações anteriores. A tomada de decisão de amamentar aparece, assim, intimamente relacionada aos valores nutricionais do leite, quando também a mãe passa a se responsabilizar em promover e manter a saúde do filho. Além disso, a motivação, interesse e persistência, construídos em uma rede de relações, estão sempre presentes, dando suporte aos obstáculos com que se deparam durante o processo de amamentação (MACHADO; BOSI, 2008).

A gestação de risco e o nascimento de um filho prematuro podem ocorrer em um momento complicado na vida da mulher. Desde o pré-natal, durante a internação prolongada do prematuro e após a alta hospitalar, o apoio da família e da equipe de saúde têm papel fundamental e devem ser valorizadas as influências socioculturais e psicológicas que podem interferir no decorrer do caminho, pois o desejo materno e apoio para a amamentação são essenciais para alcançar o sucesso do AM (DIOGO; SOUZA; ZOCCHÉ, 2011).

A responsabilidade do sucesso ou da falha no AM não deve ser transferida apenas para a mãe, pois esta necessita de uma rede de apoio com uma equipe de profissionais de saúde preparados para incentivá-la e auxiliá-la quanto à promoção do AME (DAVIN; ENDERS; SILVA, 2010).

A comunicação efetiva entre o profissional, o usuário do serviço e a família constitui o primeiro passo para envolver todos ativamente na promoção do AME, principalmente em prematuros, devendo haver segurança e confiança mútua para obter sucesso nesse processo (SANTANA et al., 2010).

Em um estudo, evidenciou-se que um dos fatores que mais gerou insegurança e culpa nas mães foi a falta de conhecimento sobre o processo de amamentação. Tais sentimentos foram sanados quando houve o reconhecimento materno de que poderiam contar com o apoio da equipe de saúde da unidade (DAVIN; ENDERS; SILVA, 2010).

Os profissionais da saúde devem ser capazes de reconhecer esses sentimentos maternos para lhes oferecer informações pertinentes em momentos oportunos, para que não haja excesso de orientações, o que leva a desconfortos e

confusões, podendo influenciar negativamente no AM (DIOGO; SOUZA; ZOCHE, 2011). É um momento de incluir a mãe nos cuidados do seu bebê, dar oportunidade para segurar o filho no colo e relacionar-se com ele – atitude humanizada que diminui os sentimentos de exclusão resultante da permanência no hospital.

É necessário um serviço de saúde organizado com apoio multiprofissional e interdisciplinar para o manejo e incentivo do AM, com ações educativas durante a internação na unidade neonatal e no preparo para a alta hospitalar e acompanhamento pós-alta, que pode facilitar a adesão das mães ao AM, ao incentivar e apoiar na superação de obstáculos diante da amamentação do bebê prematuro (SANTOS; DITZ; COSTA, 2012).

Uma estratégia recomendada pela OMS (BRASIL, 2011a) que favorece o AM é a amamentação na primeira hora de vida, estabelecendo o vínculo mãe-bebê, o que promove e apoia a duração do AM. O parto cesariano foi responsável por reduzir pela metade a prevalência da amamentação na primeira hora nas maternidades, mas ela foi prevalente em partos vaginais em uma pesquisa que entrevistou as mães, da qual alguns dos critérios de exclusão eram RN com muito baixo peso ao nascer inferior a 1.500g, idade gestacional menor que 32 semanas, bebê encaminhado para UTIN e Apgar no 5º minuto menor que sete (BOCCOLINI et al., 2011).

Em um estudo, utilizaram-se dados secundários sobre a proporção de crianças amamentadas na primeira hora de vida e a taxa de mortalidade neonatal de 67 países. Os países com os menores percentis de AM na primeira hora de vida tiveram uma taxa 24% maior de mortalidade neonatal, enfatizando o efeito protetor da amamentação na primeira hora de vida sobre a mortalidade neonatal (BOCCOLINI et al., 2013).

A transição da alimentação é um período importante, durante o qual se deve investir em ações que contemplem tanto a assistência à mãe como ao prematuro, para que se obtenha sucesso no AM (SCOCHI et al., 2010). Os métodos alternativos de alimentação mais utilizados na transição da gavagem para o peito materno em RN pré-termo são o copinho e a translactação, em lugar do uso da mamadeira. Desse modo, incentiva-se o AM e evita-se a confusão de bicos pelos prematuros (AQUINO; OSÓRIO, 2008; VIEIRA et al., 2014).

É crescente o número de estudos a respeito da translactação e os benefícios alcançados com a utilização dessa técnica. Um deles demonstrou que a prática da translactação em prematuros aumenta a chance de manter o AME em cinco vezes mais quando comparado com o uso do copo, reforçando a avaliação da prontidão oral e apoio da equipe multiprofissional de saúde (ROSSETTO, 2010).

Em experiência relatada pelas mães, a influência da translactação para a estimulação do AM foi positiva, evidenciando aumento da produção láctea e maior contato entre mãe e filho como benefícios do método (ZULIN et al., 2015).

A separação precoce imposta pela hospitalização e longa internação tem como consequências a menor estimulação da lactação e a dificuldade em mantê-la, agravando a insegurança e ansiedade maternas, levando até mesmo a mãe a desistir de amamentar (SANTOS; DITZ; COSTA, 2012). O sucesso da translactação pode, conseqüentemente, encorajar a mãe a manter a lactação de seu filho, sentindo-se mais competente nessa tarefa.

Outra estratégia para auxiliar no sucesso da amamentação do prematuro é o contato pele a pele precoce. O Método Canguru aumenta em 4,1 vezes a chance de AME em prematuros (HEIDARZHADEH et al., 2013).

Um estudo mostrou associação entre a duração do contato pelo Método Canguru por dia e o AM, em que os prematuros abaixo de 32 semanas de gestação que receberam mais leite materno no primeiro mês de vida tinham experimentado mais tempo em contato pele a pele no hospital, comparados com aqueles que não estavam sendo amamentados (FLACKING; EWALD; WALLIN, 2011). Além de aumentar a prevalência do AM em prematuros, o Método Canguru mostrou diferença no crescimento e desenvolvimento do bebê e no vínculo mãe-filho (CONDE-AGUDELO; DÍAZ-ROSSELLO, 2014).

Outros fatores podem influenciar o AM do prematuro, como as condições socioeconômicas de suas famílias. As mães serem mais velhas é referido como fator protetor para o AM em prematuros (MEREWOOD et al., 2006). No estudo de Queluz et al. (2012), evidenciou-se como um dos fatores determinantes para o desmame precoce a idade materna menor que 20 anos. Num estudo com 1.014 mães, das quais 144 eram adolescentes, houve redução de 45,6% da prevalência de AM do primeiro para o segundo semestre de vida da criança, sem diferenças entre filhos de adolescentes e adultas (CRUZ; ALMEIDA; ENGSTROM, 2010). Em outro estudo,

após análise com 39 mães adolescentes, encontraram-se como causas para o desmame as influências culturais das mães e/ou avós (FLAMINGO; LISBOA; BASSO, 2012).

Em estudo de revisão (LIMA; JAVORSKI; VASCONCELOS, 2011), verificou-se que mães adolescentes têm maior chance de desmamar precocemente seu filho, inserindo alimentos comumente consumidos por elas.

Mães solteiras têm quase seis vezes mais chance de abandonar precocemente o AME que as mães com companheiro (BARBOSA et al., 2009). Ter apoio de um companheiro fixo e, desse modo, ter com quem dividir ou compartilhar suas dificuldades e responsabilidades, auxilia no processo de manutenção da amamentação (RAMOS; CUMAN, 2009).

Outro fator que pode influenciar na desistência precoce do AM é o fato de a maioria das mães precisar trabalhar. Trabalhar somente em casa pode favorecer o vínculo entre a mãe e a criança e propiciar maior disponibilidade da mãe para amamentar o seu filho (AZEVEDO et al., 2010; SASSA et al., 2013). Outros estudos constataam que muitas mães tendem a desmamar o filho em busca de uma ocupação remunerada (RODRIGUES; GOMES, 2014) ou precisam voltar ao trabalho ao fim do tempo de licença-maternidade (SILVA; GUEDES, 2013), podendo alegar como causa da interrupção a falta de informação sobre a possibilidade de continuar o aleitamento, não desmamando pelo imperativo do trabalho (ROSSI; FERNANDES, 2014).

Com respeito à escolaridade, ter mais anos de estudo é um fator favorável para garantir melhor compreensão no autocuidado como gestante com risco de parto de prematuro extremo, melhor adesão ao pré-natal, facilita a comunicação e entendimento das orientações para a lactação e cuidados com o bebê prematuro (DIOGO; SOUZA; ZOCHE, 2011).

No estudo de Ferrari et al. (2014) a menor frequência às consultas de pré-natal esteve associada com menor idade materna, não ter companheiro e trabalho, e menor escolaridade e renda.

Cabe destacar a preocupação com os prematuros denominados tardios, que apresentam idade gestacional entre 34 semanas e 36 semanas e 6 dias. Essa nova denominação baseou-se na necessidade de dar ênfase a esse grupo de recém-

nascidos próximos ao termo, mas que ainda são prematuros e, portanto, não deveriam receber os cuidados como se fossem a termo (RAJU et al., 2006).

Prematuros tardios têm sido cada vez mais frequentes e estão significativamente associados com o aumento da morbidade e mortalidade neonatal, em comparação com bebês a termo, com um risco sete vezes maior de estarem associados com intercorrências no período neonatal (SHAPIRO-MENDOZA et al., 2008). Têm sido descritos com menores escores de Apgar, maior risco de problemas respiratórios e alimentares, desidratação, instabilidade térmica, sucção e deglutição deficientes, icterícia e hipoglicemia e são mais suscetíveis à reinternação nas primeiras semanas de vida (BRIERE et al., 2014).

Considerando todos esses riscos e intercorrências, os prematuros tardios exigem um conjunto de intervenções para o sucesso do AME, pois apresentam limitações que demandam mais atenção e ajuda para iniciar e estabelecer o AM que o bebê a termo (BRIERE et al., 2014).

Outro estudo verificou que a prática do AM estava associada tanto ao peso de nascimento quanto à idade gestacional, demonstrando que, quanto menor o peso e/ou menor a idade gestacional, maior a ocorrência de dificuldade para iniciar amamentação e manter a lactação (SASSA et al., 2014).

É curiosa a associação do sexo com o AM, que ainda não conseguiu ser suficientemente explicada, visto que, em um estudo, a análise multivariada mostrou que ser menino é uma variável para o insucesso do AME na alta (MAASTRUP et al., 2014).

A chance de manter o AME diminui com o tempo de internação prolongado (RODRIGUES et al., 2013). Separar a mãe do filho aumenta o tempo de internação, o risco do neonato de adquirir infecções e demais complicações clínicas, além de prejudicar a formação do vínculo mãe-bebê (CRUZ; ALMEIDA; ENGSTROM, 2010) dificultando assim o início e a manutenção da amamentação e, conseqüentemente, a alta com o AM bem estabelecido, praticado de forma exclusiva.

Iniciar e estabelecer o AM em prematuros é um desafio em unidades neonatais, principalmente pelo contato precoce e estímulo no peito, que são as duas maiores dificuldades quando o bebê está internado. Quanto mais precoce se inicia o estímulo à sucção no seio materno, tão logo se alcança o sucesso do AME em

prematturos, diminuindo, desse modo, o tempo de internação do neonato (BRIERE et al., 2014).

Por outro lado, a necessidade dessa população de um tempo de internação prolongado pode acabar influenciando positivamente na amamentação. Um estudo realizado com prematturos nos Estados Unidos demonstrou que a internação na UTIN aumentou em 10% a probabilidade de continuação do AME após a alta hospitalar. Mães de bebês admitidos em unidades neonatais, tanto RN a termo como prematturos, são mais propensas a iniciar o AM e persistir na amamentação em casa, quando comparadas a mães de bebês que não foram admitidos em UTIN – provavelmente por aqueles receberem mais tempo de cuidado e apoio ao AM, de maneira que elas persistem na amamentação após a alta. No entanto, quanto mais a termo for o RN, menor é a probabilidade de as mães iniciarem e continuarem o AM em casa. Reforça-se a importância da atenção e do apoio à amamentação que deve ser dada ao RN pré-termo tardio internado (COLAIZY; MORRIS, 2008).

A preocupação com o AM deve ir além do período de hospitalização, devendo ter continuidade após a alta hospitalar, visto que esse é o período em que a díade encontra maior dificuldade de adaptação e necessita de apoio para a manutenção da lactação e do AM.

Assim, apesar das políticas nacionais e estratégias de incentivo ao AM, o prematturo é, muitas vezes, privado dos benefícios do AME. As diferentes situações enfrentadas pelos prematturos e suas mães, em comparação com lactentes saudáveis alojados com suas mães, evidenciam a necessidade de uma política de AM específica para unidades neonatais que contemple a exigência de profissionais de saúde com conhecimentos e habilidades em lactação e apoio ao AM para essa mãe de um bebê prematturo.

Diante desse cenário de baixas taxas de AME, difícil manutenção do AM durante a internação do prematturo e após sua alta da unidade neonatal, uma equipe multidisciplinar de especialistas em AM da Noruega, Dinamarca, Suécia, Finlândia e Quebec, no Canadá, expandiu o programa IHAC visando atender essa população com necessidades especiais (NYQVIST et al., 2013a).

2.2 INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA – IHAC

2.2.1 IHAC – Origem e Importância

Em 1990, ocorreu em Florença, na Itália, o encontro “Aleitamento Materno na Década de 90: Uma Iniciativa Global”, promovido pela OMS e Unicef, com a finalidade de buscar mecanismos e ações que pudessem ser desenvolvidos para proteção, promoção e apoio ao AM. Na mesma ocasião, estabeleceu-se a “Declaração de Innocenti”, encorajando e apoiando as autoridades nacionais no planejamento e implementação das políticas de AM, respaldando pesquisas nacionais e a elaboração de planos de ação com metas específicas, incluindo acompanhamento global e avaliação (WHO, 1990).

Como fruto desse encontro, criou-se a estratégia IHAC, que reconheceu o direito da criança a uma alimentação nutritiva e que resgatava o direito da mulher de aprender e praticar a amamentação com sucesso, além de enfatizar a recomendação do AME até os seis meses de idade e, se possível, com outros alimentos, até os dois anos, o que ainda vem sendo adotado pelo Ministério da Saúde com o apoio da Sociedade Brasileira de Pediatria (BRASIL, 2009b).

Essa iniciativa tem crescido, contando atualmente com mais de 20 mil hospitais com o título de Amigo da Criança em 156 países do mundo, incluindo o Brasil. Essa política foi amplamente adotada no País para fortalecer as práticas da maternidade no suporte ao AME, resultando em mudanças expressivas nas taxas de AM e práticas relacionadas ao AM nas instituições hospitalares. Entre 1992 e 2010 foram credenciados 359 hospitais na IHAC. Como resultado do monitoramento à adesão das maternidades à IHAC, 26 hospitais foram descredenciados, contabilizando, em 2011, 333 Hospitais Amigos da Criança no Brasil (BRASIL, 2011a). Porém, nos últimos anos, houve queda no número de credenciamentos de hospitais, podendo ter relação com os critérios adotados pelo Ministério da Saúde, pois, para muitos hospitais e maternidades, a inclusão de novos requisitos pode representar um grande desafio em razão de suas especificidades locais (LAMOUNIER et al., 2008).

O objetivo básico dessa estratégia consiste na mobilização de profissionais de saúde e funcionários de hospitais e maternidades para mudanças em rotinas e condutas visando prevenir o desmame precoce. Os motivos que levaram a OMS e o

Unicef à opção de atuarem junto com os hospitais devem-se aos fatores envolvidos no desestímulo à amamentação relacionados com informações errôneas e práticas inadequadas atribuídas à unidade de saúde ou ao profissional de saúde. O conjunto de medidas para atingir as metas contidas na “Declaração de Innocenti” foi denominado de “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”, somado à implementação do “Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno” (LAMOUNIER, 1996).

A adoção da política dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno em Hospitais Amigos da Criança e suas ações tem contribuído expressivamente no aumento da duração do AM (MERTEN; DRATVA; ACKERMANN-LIEBRICH, 2005; SAMPAIO et al., 2011), no início precoce do aleitamento (MEREWOOD et al., 2005; PHILIPP et al., 2001) e nas taxas de AME (ALAM; RAHMAN; RAHMAN, 2002; MEREWOOD et al., 2005; SAMPAIO et al., 2011).

Os Dez Passos consistem em um elenco de medidas que visam prover informações para gestantes e nutrizes sobre os benefícios e o correto manejo da amamentação. As mulheres, além de ter noções sobre a lactação, são informadas sobre estímulos para produção de leite e soluções para os problemas com a amamentação. Também são instruídas das vantagens do aleitamento e conscientizadas sobre as desvantagens do uso de substitutos do leite materno. Os Hospitais Amigos da Criança, uma vez qualificados nessa categoria, são considerados referência em AM e no atendimento humanizado ao RN e passam a atuar como local de capacitação de equipes multiprofissionais da área da saúde (LAMOUNIER et al., 2008; WHO, 1990).

Uma revisão sistemática sobre avaliação da IHAC concluiu que a estratégia é efetiva no aumento da prática da amamentação em muitas regiões do mundo, destacando as mudanças nas práticas hospitalares, tais como treinamento dos funcionários, orientação às gestantes, início precoce da amamentação, apoio durante a internação, uso não rotineiro de outros líquidos ou leite artificial, alojamento conjunto, livre demanda, proibição de propaganda e distribuição de fórmulas infantis, bicos e chupetas, que foram os achados que contribuem para a redução do desmame precoce, podendo, conseqüentemente, diminuir a morbimortalidade infantil (FIGUEREDO; MATTAR; ABRÃO, 2012; PERRINE et al., 2012; SINHA et al., 2015; VENANCIO et al., 2012).

Segundo a mais recente Pesquisa Nacional de Prevalência de Aleitamento Materno em Municípios Brasileiros, a duração média do AME entre crianças que nasceram em Hospitais Amigo da Criança foi de 60,2 dias, em comparação a 8,1 dias entre crianças que não nasceram em Hospitais Amigo da Criança (BRASIL, 2010). A chance de quem nasce em Hospitais Amigo da Criança também aumentaram em 9% para a amamentação na primeira hora de vida; em 6% para a amamentação no primeiro dia em casa após a alta da maternidade; em 13% para o AME em menores de dois meses, 8% para o AME em menores de três meses e 6% para o AME em menores de seis meses (VENANCIO et al., 2012). Constatou-se que o tempo mediano de AME é de 54,1 dias e o tempo mediano de aleitamento das crianças brasileiras entre 9 e 11 meses é de 341,6 dias (BRASIL, 2009a).

A estratégia IHAC mostrou significativa contribuição, entretanto as prevalências do AM em todos os países ainda estão muito aquém do recomendado pela OMS (BRASIL, 2009a).

Para todos os países de baixa e média renda, as taxas de amamentação exclusiva ainda permanecem inferiores, apesar do aumento de 25% em 1993 para 37% em 2013; entre os 20% mais ricos em cada país, a amamentação aumentou de 16% para 36%. A amamentação continuada até 12-15 meses diminuiu de 76% para 73% globalmente, redução provocada principalmente pela redução na prevalência em populações pobres (VICTORA et al., 2016).

Considerando ainda a situação especial dos bebês prematuros, para promover e apoiar o AM dessa população, faz-se necessária uma equipe de saúde treinada, mobilizada para mudanças organizacionais e socioculturais, assim como o estabelecimento de protocolos, normas e rotinas para evitar o desmame precoce (NYQVIST; KYLBERG, 2008; OLIVEIRA; ESPÍRITO SANTO, 2013; RENFREW et al., 2009; SEKYIA; LUZ, 2010). Além disso, é preciso que a mãe manifeste o desejo de amamentar, deve-se estimular a criação de vínculo familiar e a existência de uma rede de apoio social quando esse bebê prematuro estiver de alta hospitalar (SCOCHI et al., 2008).

A fim de melhorar os índices de morbimortalidade em prematuros, garantir melhores condições de saúde a partir do nascimento, deve-se garantir ao máximo a promoção do AM, pois quanto mais tempo for oferecido exclusivamente o leite materno, melhor será a evolução dessa população (VANDENPLAS et al., 2011).

O incentivo e apoio ao AM do prematuro têm de ocorrer o mais precoce possível e, embora essa estratégia seja efetiva no aumento da prática da amamentação, ainda é insuficiente para atender as necessidades e a complexidade da amamentação dessa clientela vulnerável (BRASIL, 2011a; SANCHES et al., 2011; NYQVIST et al., 2012).

2.2.2 Iniciativa Hospital Amigo da Criança para Unidades Neonatais – IHAC-Neo

Considerando o contexto das unidades neonatais e sentindo a necessidade de mudar a realidade da assistência prestada ao prematuro, um grupo de pesquisadores dos países nórdicos e do Canadá elaboraram a expansão da IHAC para unidades neonatais - IHAC-Neo para atender as necessidades específicas dos prematuros e/ou bebês gravemente doentes com necessidade de atenção especializada que ofereça o apoio necessário a amamentação para as mães e famílias desses bebês (NYQVIST et al., 2013a).

A ideia de ampliar a IHAC convencional para unidades neonatais apoiava-se em Três PN a fim de fundamentar as ações de apoio e redelinear as práticas neonatais baseadas em evidências: 1) a atitude da equipe deve focar e responder às necessidades individuais de cada mãe no seu contexto; 2) todas as ações devem facilitar a abordagem do cuidado centrado na família, e 3) assegurar a continuidade do cuidado entre os períodos pré, peri e pós-natal, bem como após a alta hospitalar (NYQVIST et al., 2013b). A adaptação também inclui o respeito ao Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno.

2.2.2.1 Três Princípios Norteadores

Diferentemente da IHAC convencional, criaram-se Três Princípios para nortear os passos, enfatizando atitudes essenciais para todos os aspectos de cuidados relacionados à lactação e amamentação em unidades neonatais e, assim, fundamentar as ações de apoio e redelinear as práticas neonatais (NYQVIST et al., 2013a). São estes os princípios:

1) A atitude da equipe deve focar e responder às necessidades individuais de cada mãe no seu contexto.

O nascimento prematuro é uma experiência única que pode ser traumática e levar ao estresse materno pós-traumático, com consequências a longo prazo para o relacionamento mãe-bebê (MEIJSEN et al., 2010). Existe um risco de que as práticas de nutrição e alimentação hospitalar sejam interpretadas pelas mães como uma mensagem de que a amamentação é uma responsabilidade materna: a obrigação de transferir um determinado volume de leite, uma norma a ser cumprida e essa incapacidade da mãe para atender às expectativas sobre o sucesso na lactação e amamentação pode levar a sentimentos de fracasso e vergonha (FLACKING et al., 2006; FLACKING; EWALD; STARRIN, 2007).

A fim de ajudar as mães a alcançar a motivação para o estabelecimento da lactação e amamentação, há necessidade do apoio psicológico e cultural, que deve ser oferecido com empatia, de forma multidimensionalmente adequada (LEE; LIU; KUO, 2009; NYQVIST; KYLBERG, 2008).

É preciso estabelecer formas de comunicação e interação com os familiares dos bebês internados em unidades neonatais, promovendo a participação dos pais na assistência, orientando e incentivando-os a tocar e cuidar dos filhos, preservando a singularidade e a individualidade de cada história, da criança e de seus pais (BAKER; MCGRATH, 2011; HANSEN et al., 2012).

2) Todas as ações na unidade devem facilitar a abordagem do cuidado centrado na família.

Os principais componentes do Cuidado Centrado na Família (CCF) são dignidade e respeito, partilha de informação, participação e colaboração (JOLLEY; SHIELDS, 2009). Para aplicação concreta, o CCF deve estar integrado na cultura e no funcionamento da unidade neonatal, e o ambiente deve ser adaptado para acomodar a presença e participação dos pais nos cuidados de seu bebê (SAUNDERS et al., 2003).

A internação do prematuro é um momento adequado para diminuir o distanciamento entre mãe e filho e incluí-la nos cuidados do seu bebê, dando-lhe oportunidade de se relacionar com ele e estimular o vínculo e o contato pele a pele,

atitude humanizada que diminui a insegurança e os sentimentos de exclusão resultante da permanência no hospital (BENGOZI et al., 2010).

Ações desenvolvidas na unidade neonatal à luz do modelo do CCF devem propiciar aos pais ocasião para que forneçam a maior parte dos cuidados para a sua criança, enquanto enfermeiros os aconselham e ensinam, o que pode aumentar a taxa de AM na alta, assim como a variação do ganho de peso (O'BRIEN et al., 2013).

Esse conceito de CCF foi implementado em muitas unidades neonatais, especialmente em países desenvolvidos, para capacitar os pais no seu papel de principais cuidadores enquanto seus bebês necessitam de cuidados hospitalares, evitando longos períodos de separação entre famílias e filhos (NYQVIST; ENGVALL, 2009; PALLAS-ALONSO et al., 2012).

A cooperação materna com a equipe e a existência de um ambiente tranquilo, acolhedor, é mais propício à amamentação. Um ambiente hospitalar sem privacidade, internações acima do número de vagas, falta de acomodações, rotinas e horários preestabelecidos e a dificuldade materna em conseguir chegar e permanecer na unidade são fatores desfavoráveis à prática da amamentação (UEMA et al., 2015).

A presença dos pais na unidade neonatal, observando os cuidados do seu bebê, suscita um olhar para a importância de mantê-los junto aos filhos e também de reconhecê-los como potenciais sujeitos que precisam ser percebidos e cuidados pela equipe de saúde (MERIGHI et al., 2011).

3) Assegurar a continuidade do cuidado entre os períodos pré, peri e pós-natal, bem como após a alta hospitalar.

A continuidade dos cuidados compreende os cuidados prestados ao longo do tempo a uma criança e à sua família. Isso pode incluir várias fases distintas que, não raro, causam ansiedade nos pais: a gestação, o nascimento, o período de internação do prematuro e após a alta hospitalar (NYQVIST et al., 2013a).

Mães descrevem certas barreiras à continuidade da amamentação, incluindo conselhos contraditórios de diferentes profissionais de saúde; mudança frequente de

alimentação e de estratégias de cuidados, julgamento, críticas e indiferença (HAUCK et al., 2010).

2.2.2.2 Expansão dos Dez Passos para o sucesso do aleitamento materno em unidades neonatais

Os novos Dez Passos da IHAC-Neo estão sintetizados e detalhados a seguir.

Passo 1: Ter uma política escrita sobre AM que é rotineiramente comunicada para todos os profissionais de saúde.

Deve-se escrever um resumo dessa política em linguagem de fácil compreensão para a equipe bem como para as famílias e fixá-lo em local visível e de fácil acesso nas unidades neonatais (NYQVIST et al., 2013a). Este passo assemelha-se ao IHAC convencional, entretanto vale destacar o compromisso de estabelecer estratégias para a continuidade de se manter toda a equipe informada sobre o AM em RN prematuros.

Passo 2: Educar e treinar todos os profissionais de saúde em conhecimentos específicos e nas habilidades necessárias para implementar essa política. Esse passo também é semelhante ao IHAC convencional, se bem que as capacitações são voltadas para a especificidade do prematuro.

O treinamento deve ser continuado, considerando, sobretudo, a existência de alta rotatividade de profissionais e de pessoal de saúde em alguns hospitais, especialmente nos hospitais universitários. O cumprimento constante deste passo é importante para assegurar as mudanças nas práticas hospitalares que visam à promoção, proteção e apoio à amamentação (ARAUJO; OTTO; SCHMITZ, 2003).

O processo de estabelecimento da amamentação do prematuro se inicia logo após o nascimento, momento em que a mãe é abordada e instruída a realizar a ordenha manual e a armazenar o leite de maneira adequada para enviar a seu bebê internado. Quando o bebê passa por todas as intercorrências advindas da internação em uma unidade neonatal, tanto a mãe como a equipe estão ansiosas para iniciar o AM e torcem pelo sucesso da prática. Na medida em que esta se torna difícil e não é bem-sucedida, os profissionais que atendem diretamente essa

população podem apresentar sentimento de frustração e incapacidade, além do questionamento sobre o próprio trabalho (UEMA et al., 2015).

Ter uma equipe de saúde treinada e motivada é essencial para a efetividade da IHAC-Neo, e isso demonstra a importância das orientações e esclarecimentos sobre papéis e responsabilidades de cada profissional na unidade para a implementação desta estratégia (TAYLOR et al., 2011).

O treinamento da equipe a respeito de amamentação em unidades neonatais tem demonstrado impacto positivo sobre as taxas de AM no início e na alta (ISAACSON, 2006).

Passo 3: Informar as gestantes hospitalizadas com risco de nascimento prematuro ou de criança doente a respeito dos benefícios do AM e do manejo da lactação e amamentação. Este novo passo se originou do anterior “Orientar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do AM”, do IHAC convencional.

Enfatiza-se a importância de informações básicas sobre o início da lactação e amamentação, benefícios do leite materno para bebês prematuros, técnicas de amamentação e possíveis problemas, estabelecimento da lactação utilizando bomba de ordenha, bem como o fato de que isso pode levar algum tempo até que a amamentação seja possível em razão das complicações da prematuridade e prolongando tempo de internação (NYQVIST; KYLBERG, 2008).

Fazer sucessivas abordagens sobre a amamentação – desde a gestação, durante o período intraparto e no decurso do período pós-natal – é mais eficaz do que concentrar em um intervalo mais curto (HANNULA; KAUNONEN; TARKKA, 2008). Com o objetivo de facilitar a lactação, uma das principais recomendações para a gestante é iniciar a ordenha do leite materno antes mesmo de seis horas após o parto para as mães que querem amamentar o RN pré-termo (MAASTRUP et al., 2014).

Passo 4: Encorajar precocemente o contato pele a pele mãe-bebê de maneira contínua e prolongada (Cuidado Canguru), o qual se originou do passo “Ajudar as mães a iniciar o AM na primeira meia hora após o nascimento do bebê”, do IHAC convencional.

O Método Canguru está fortemente associado com o AM e tentativa de alta hospitalar precoce. Relaciona-se de modo direto com a redução da mortalidade neonatal, diminui infecção grave, hipotermia, doença do trato respiratório inferior e

tempo de permanência hospitalar, aumenta o ganho ponderal, além de aumentar a satisfação da mãe como estratégia de cuidados do seu bebê (CONDE-AGUDELO; DÍAZ-ROSSELLO, 2014). Evita a separação entre mãe e filho, dá apoio à amamentação, favorece o estabelecimento dos papéis maternos e paternos e ajuda a estabilizar a criança (NYQVIST et al., 2010; BLOMQVIST et al., 2013).

O tempo necessário para o início de contato ainda está muito relacionado com a prioridade dada aos cuidados de rotina e ao parto cesáreo, o que interfere negativamente no contato precoce e na amamentação, uma vez que adia esses momentos. É necessário orientar a família quanto a essa prática ainda na gestação, para facilitar a adesão no momento do parto (D'ARTIBALE; BERCINI, 2013).

Passo 5: Demonstrar às mães como iniciar e manter a lactação e determinar a estabilidade do bebê como único critério para o início precoce da amamentação. O passo do IHAC convencional correspondente é: “Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos”.

O início precoce do AM, com a estabilidade do bebê como único critério, é uma questão importante a ser considerada (NYQVIST, 2008; NYQVIST et al., 2001).

As dificuldades para início da amamentação em prematuros podem estar associadas à funcionalidade da mama, às questões particulares das nutrizes, ou ainda às inaptações do RN. As dificuldades relacionadas às questões particulares das nutrizes se referem à insegurança para amamentar como principal impedimento, medo para amamentar, posicionamento incorreto do bebê no peito, manejo da amamentação, falta de orientação quanto à prática alimentar prestada por algum profissional, dificuldade para cumprir o horário da mamada e condições de saúde da mãe (SILVA; TAVARES; GOMES, 2014; SOARES et al., 2016).

Passo 6: Não oferecer aos RN alimentos ou outras bebidas que não seja leite humano, exceto se houver indicação médica. Apesar de semelhante ao IHAC convencional, discutem-se as peculiaridades do bebê prematuro.

Prematuros alimentados com leite materno recebem benefícios significativos quanto à proteção e melhora no desenvolvimento em comparação com bebês prematuros alimentados com fórmulas. Em situações em que o leite da própria mãe não está disponível, o fornecimento de leite pasteurizado ou leite de doadora humana selecionado é a segunda melhor opção, especialmente para bebês de alto risco ou doente (RONNESTAD; ABRAHAMSEN et al., 2005).

O risco de reinternação por doenças do trato gastrointestinal, infecções respiratórias inferiores e superiores, infecções do trato urinário e otite média permaneceu significativamente maior entre os lactentes alimentados com fórmula infantil – que ocorreu dentro de seis meses após o nascimento –, em comparação com bebês amamentados exclusivamente (AJETUNMOBI et al., 2015).

Passo 7: Permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia. Também se discute este passo no IHAC convencional, porém, para unidades neonatais, a presença dos pais durante toda a internação do RN prematuro é um desafio.

Os pais presentes na unidade neonatal merecem atenção da equipe de saúde; destaca-se a importância da orientação em relação aos procedimentos e ao estado de saúde do filho, valorizando sua presença, vendo-os como participantes e não como espectadores (BAKER; MCGRATH, 2011; HANSEN et al., 2012; MERIGHI et al., 2011).

O alojamento conjunto promove a amamentação, assim como vínculo e empoderamento dos pais (PECHLIVANI et al., 2005; BECK et al., 2009; MAASTRUP et al., 2012).

A possibilidade do alojamento conjunto em uma unidade neonatal pode ajudar os pais a se sentirem como uma família e não apenas visitantes de seu próprio filho (BECK et al., 2009).

Passo 8: Encorajar livre demanda ou, quando necessária, a semidemanda de amamentação, como uma estratégia transicional para prematuros ou bebês doentes. Este passo sofreu expansão a partir do IHAC convencional, que era originalmente: “Encorajar o AM sob livre demanda”.

Alimentação por demanda significa que o bebê é amamentado com base na observação materna de sinais comportamentais do bebê demonstrando interesse em sugar, ou seja, a alimentação é conduzida pelo bebê, quando este atingiu a maturidade neurológica suficiente, evidenciada pela coordenação entre fome e saciedade e regulação do estado comportamental (estados de sono-vigília) (NYQVIST et al., 2013a).

No entanto, durante o estabelecimento do AM, prematuros ou bebês doentes podem necessitar de suplementação por um outro método de alimentação, a fim de receber o volume de leite necessário para o crescimento adequado.

Amamentação por semi-demanda significa que a mãe percebe sinais de interesse do seu bebê em sugar e a mudança no estado comportamental, e amamenta seu bebê quando ele mostra esses sinais; a alimentação termina quando o bebê para de sugar. A suplementação é dada por um outro método de alimentação, conforme necessário. A mãe oferece ativamente o peito ao bebê, a fim de alcançar uma frequência de amamentação por 24 horas, que é suficiente para a ingestão adequada de leite pelo bebê; a mãe é orientada a proteger o sono profundo do bebê, reconhecendo sinais discretos de transição do sono profundo para o sono ativo e o acordar (NYQVIST, 2008; NYQVIST et al., 2013a).

Em vista disso, o incentivo às mães em participar das decisões sobre as estratégias de alimentação para seus bebês é um componente essencial para desempenhar bem o seu papel materno (NYQVIST; KYLBERG, 2008).

Quando a mãe estiver presente, deve ser encorajada a colocar a criança no peito a qualquer sinal discreto de acordar ou sugar, mas também ser guiada na proteção do sono profundo da criança por observação de sinais comportamentais (NYQVIST et al., 2013a).

Passo 9: Uso de métodos alternativos à mamadeira pelo menos até o completo estabelecimento da amamentação e somente uso de bicos ou chupetas por motivos justificados. Este passo foi modificado do anterior: “Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio”, do IHAC convencional.

Analisaram-se os fatores associados ao AM e ao AME, e os autores observaram o uso de chupeta e mamadeira como fatores culturais que podem levar ao desmame precoce (ARAÚJO et al., 2008; FRANÇA et al., 2008; SOARES et al., 2003). A utilização de protetores de mamilos tem um risco aumentado de 2 a 3 vezes de não AME na alta, assim como o uso de chupeta (MAASTRUP et al., 2014).

A mamadeira impacta negativamente a amamentação tanto do RN a termo quanto do prematuro (COLLINS et al., 2008). Em contrapartida, o aleitamento por copo foi associado com maiores taxas de amamentação no momento da alta (ABOUELFETTOH et al., 2008).

Por outro lado, é preciso considerar o contexto de um bebê doente hospitalizado, porque o ato de sugar a chupeta pode incentivar o desenvolvimento da sucção e melhorar a digestão, além de ter efeito calmante, reduzir o estresse infantil e a ansiedade, e aliviar a dor durante procedimentos dolorosos, podendo ser

oferecida no hospital quando a amamentação não é possível e na ausência da mãe (SYMINGTON, 2005; CIGNACCO et al., 2007).

A alimentação através de sonda também tem sido utilizada com sucesso durante a transição da alimentação enteral plena ao AME (AQUINO; OSÓRIO, 2008).

Passo 10: Preparar os pais para a continuidade do AM e assegurar acesso a grupos/serviços de apoio após a alta hospitalar. Este passo também é semelhante ao IHAC convencional, entretanto vale destacar que o RN prematuro necessita de atenção e acompanhamento especializado para a manutenção do AM em casa.

Todas as mães que iniciaram o AM ou ainda estão ordenhando seu leite após a alta hospitalar precisam, indiscutivelmente, de acompanhamento, apoio e incentivo (BENGOZI et al., 2010).

As grandes melhorias em início precoce do AM e do estabelecimento do AME estiveram presentes quando aconselhamento ou educação foram ofertados simultaneamente em casa e na comunidade (SINHA et al., 2015).

O planejamento de alta da unidade deve ocorrer em colaboração com a família e os serviços de saúde da comunidade, além de incluir um plano para a transição para a alimentação oral completa, promoção do AM, que deve ser individualizado de acordo com a condição da criança (PIERREHUMBERT; ANSERMET; MULLER-NIX, 2011).

2.2.2.3 Código Internacional para Comercialização dos Substitutos de Leite Materno

As mulheres são induzidas ao uso de substitutos do leite materno e têm dúvidas sobre sua própria capacidade de amamentar. Elas, suas famílias e os profissionais da saúde não estão completamente convencidos dos benefícios da amamentação; a amamentação em público pode gerar constrangimento e até mesmo chegou a ser proibida, enquanto o uso de mamadeira causa pouca reação.

O Código Internacional para Comercialização dos Substitutos de Leite Materno, elaborado com apoio da OMS/Unicef, foi lançado em maio de 1981 com o objetivo de restringir práticas comerciais inadequadas, aplicadas no comércio de produtos para alimentação artificial, assegurando, desse modo, o uso apropriado de

substitutos do leite materno, quando estes forem necessários. O Código não é legislado, fiscalizado ou monitorado em todos os países, e a indústria de substitutos do leite materno tenta burlá-lo para proteger suas vendas (ROLLINS et al., 2016).

A fabricação de fórmulas lácteas tornou-se uma indústria de sucesso, notabilizando-se por um marketing agressivo dirigido ao público em geral, profissionais da saúde, enfermeiros, pediatras e afins. À medida que as mulheres, nos países industrializados, começaram a entrar no mercado de trabalho em grande número, o comércio para produtos alimentícios industrializados aumentou. A fórmula láctea passou a ser considerada como “moderna”, e os riscos associados à falta do AM foram compensados pelo isolamento de lactentes e pelo desmame precoce (LABBOK, 2007).

Sendo assim, buscou-se referenciais que dessem sustentação, sendo um diferencial deste novo programa, baseado pela transferência do conhecimento, a *Knowledge Translation*.

2.2.2.4 O marco conceitual "*Knowledge Translation*"

A fim de superar todas as críticas experimentadas pelas falhas de implementação do IHAC convencional – dado o complexo processo de mudanças de práticas –, esta pesquisa utilizou o marco conceitual *Knowledge Translation* (KT), guiado pelo modelo *Promoting Action on Research Implementation in Health Services* (PARIHS) e a estratégia multifacetada e interativa *Evidence-Based Practice Identification & Change* (EPIC) para implementar e testar a efetividade dos Três PN e Dez Passos para o Sucesso da Amamentação da IHAC-Neo.

Considerando as estratégias e práticas destinadas a estabelecer a amamentação entre os prematuros, deve-se capacitar a equipe multidisciplinar de saúde para o seu manejo. O método utilizado para a implementação é essencial para o engajamento efetivo dos profissionais de saúde ao adotar os Dez Passos e Três PN da IHAC-Neo, aderindo a eles, com a meta de promover a manutenção dessas práticas e assegurar que esse projeto seja bem-sucedido. A equipe de saúde necessita estar ativamente envolvida no processo de mudança. Isso inclui identificar as práticas, estruturas e rotinas nas unidades neonatais que requerem modificação

para adesão aos Dez Passos e Três PN, bem como no monitoramento das práticas para avaliar o impacto da IHAC-Neo nos serviços de saúde.

Para esse propósito, considera-se que uma implementação guiada por métodos e estratégias de KT – que se baseia em um processo coletivo e democrático – seja mais efetiva em lugar de uma mudança imposta, de forma vertical, de cima para baixo. O KT é um processo dinâmico e interativo que inclui a síntese, a troca e a aplicação do conhecimento das partes interessadas para acelerar os benefícios da inovação global e local no fortalecimento dos sistemas de saúde e melhorar a saúde das pessoas (EDMOND; BAHL, 2006; RYCROFT-MALONE et al., 2002). Essa abordagem encoraja os profissionais de saúde a voluntariamente tomarem a responsabilidade em implementar e sustentar a inovação na prática clínica.

O modelo PARIHS e a estratégia EPIC têm sido utilizados para estruturar e aprimorar a implementação de intervenções e mudanças das práticas na área de saúde (ESTABROOKS et al., 2009a; 2009b).

Esse modelo proporciona um método amplo para o KT, focado na relação entre a natureza da evidência, o contexto em que a mudança é implementada (por exemplo: valores organizacionais, sobrecarga de trabalho e qualidade de vida dos profissionais) e a forma em que a mudança é facilitada (RYCROFT-MALONE et al., 2002).

A estratégia EPIC é organizada em duas fases, que enfatizam a participação voluntária, domínio e responsabilidade dos profissionais de saúde nas atividades de KT (LEE et al., 2009). A fase de preparação envolve a formação voluntária do Conselho de Pesquisa e Prática (CPP), que estabelece um consenso sobre as práticas que requerem mudança, apoiado nos dados basais das práticas atuais relacionadas à amamentação na unidade e melhor evidência científica, aqui sintetizada na IHAC-Neo.

Os membros do conselho são os que tomam a liderança e podem influenciar a mudança na prática (agentes de mudança); possuem uma visão comum para a mudança. Na fase de Identificação e Implementação, os membros do conselho elaboram um plano para uma mudança da prática baseada no que foi acordado com a equipe, testam a mudança utilizando estratégias de KT (por exemplo: lembretes,

intervenções educativas e outros), analisam os resultados e elaboraram um plano de ação com base em um processo interativo.

O método inovador da transferência de conhecimento auxiliou na sistematização de práticas e abordagens específicas promovendo a participação ativa e responsável das mães/família junto da equipe multidisciplinar das unidades neonatais, fortalecendo a capacitação das famílias para cuidarem melhor de seus filhos prematuros.

O KT leva em consideração a utilização da melhor evidência científica disponível para o usuário, equipe, sistema e sociedade. Foi uma escolha pertinente utilizá-lo como norteador, uma vez que o IHAC-Neo está fundamentado em Três PN que visam ao CCF.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a efetividade da Iniciativa IHAC-Neo antes e após a implantação da estratégia, norteada pelo marco conceitual *Knowledge Translation*, em uma unidade neonatal.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar a adesão aos Três Princípios Norteadores, aos Dez Passos e ao Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno, na perspectiva dos profissionais de saúde, comparando antes e após a implantação da IHAC-Neo.
- Avaliar a adesão aos Três Princípios Norteadores, aos Dez Passos e ao Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno, na perspectiva das mães dos prematuros, comparando antes e após a implantação da IHAC-Neo.
- Avaliar a adesão aos Três Princípios Norteadores, aos Dez Passos e ao Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno, na perspectiva de avaliador externo, comparando antes e após a implantação da IHAC-Neo.
- Comparar os níveis de adesão geral à IHAC-Neo na perspectiva dos profissionais, das mães e do avaliador externo, antes e após a implantação.

4 MÉTODO

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de intervenção, com comparação pré e pós-intervenção, cujo objeto – a implantação da IHAC-Neo – conferiu-lhe caráter interventivo, prospectivo e longitudinal, sob abordagem quantitativa e analítica.

Os estudos de intervenção têm como objetivo investigar os efeitos de uma ação em que o pesquisador manipula o fator de exposição (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

O delineamento pré e pós-intervenção envolve a observação da variável dependente em dois momentos: antes e depois do tratamento (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A pesquisa quantitativa faz uso da quantificação, tanto na coleta quanto no tratamento das informações, utilizando técnicas estatísticas, objetivando resultados que evitem possíveis distorções de análise e interpretação, possibilitando maior margem de segurança (GIL, 2010).

A variável independente desta pesquisa foi a implantação da IHAC-Neo e as variáveis dependentes foram: adesão aos Três PN, aos Dez Passos e ao Código, na perspectiva dos profissionais de saúde, das mães e do avaliador externo, comparando antes e após a implementação da IHAC-Neo.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

Esta pesquisa faz parte de um projeto multicêntrico intitulado “Aleitamento materno em prematuros: impacto da IHAC para unidades neonatais”, financiado pela Fundação Bill & Melinda Gates / CNPq / Ministério da Saúde, com edital nº 05/2013 – Grandes Desafios / *Grand Challenges* Brasil.

Os dez hospitais/maternidades (5 como intervenção e 5 como controle) selecionados para participar no projeto têm as seguintes características: 1) são públicos ou conveniados ao Sistema Único de Saúde, 2) são referência regional na atenção ao parto e ao RN, 3) têm título de Hospital Amigo da Criança ou participam da estratégia Rede Cegonha do Ministério da Saúde, 4) apresentam altas taxas de

prematuridade, e 5) estão localizados nas cinco regiões do País: Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul.

Na região Sul, a pesquisa desenvolveu-se no Hospital Universitário de Londrina (HUL), cidade do Estado do Paraná.

Trata-se de um hospital universitário público, conveniado ao SUS, com 313 leitos hospitalares e referência regional na assistência ao parto ao e neonato de risco de cinco macrorregionais do norte paranaense: Apucarana, Londrina, Cornélio Procopio, Jacarezinho e Ivaiporã. Obteve o título de Hospital Amigo da Criança em dezembro de 2000. Possui Banco de Leite Humano desde 1988, ao qual se atribuiu, em 2009, o título de Honra ao Mérito, concedido pelo governo do Estado. Em 2012, contabilizou médias semestrais de 77 e 85 nascimentos por mês, totalizando 924 nascimentos no ano, 39% deles pré-termo. O número de partos vaginais foi de 25 por mês e 291 por ano; com relação ao parto cesáreo, ocorreram 50 por mês, perfazendo um total de 595 ao ano.

A unidade de estudo desta pesquisa foi a Unidade Neonatal do Hospital Universitário de Londrina. Os leitos da área materno-infantil estão distribuídos em: 7 de UTIN, 10 de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN), 17 de Alojamento Conjunto (AC) e 2 de Pré-Parto. O Método Canguru ainda não está implantado em todas as suas etapas na unidade. A equipe multidisciplinar que atua no serviço é composta por 14 médicos pediatras na UTIN, 4 na UCIN e 4 no AC; 4 enfermeiros na UTIN, 4 na UCIN e 4 no AC; 15 técnicos de enfermagem na UTIN, 15 na UCIN e 15 no AC; 3 fisioterapeutas na UTIN; 1 psicólogo; 1 fonoaudiólogo; 1 nutricionista e 1 assistente social na área materno-infantil. Possui ambulatórios de pré-natal de alto risco e de aleitamento e seguimento do prematuro. As visitas são liberadas aos pais do RN em todos os períodos. Avós e irmãos têm acesso facilitado a visitas. Possui espaço físico reservado para mães e familiares de prematuros cujas mães não estão internadas.

4.3 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada em dois momentos: **momento 1 (M1)**, antes da intervenção, sucedido pela intervenção, que foi a implantação da estratégia IHAC-Neo, e o **momento 2 (M2)**, que ocorreu após a intervenção.

Nos dois momentos, a coleta de dados se deu por meio da triangulação de dados, com entrevistas dos profissionais e mães, observações do cenário e revisão de documentos realizada por pesquisadores assistentes treinados quanto às técnicas de coleta.

4.3.1 Momento 1

Realizou-se a coleta dos dados basais relativos ao AM e às estratégias que os profissionais de saúde utilizavam para promover e apoiar a amamentação e avaliar a percepção das mães sobre todo esse processo.

Essa coleta foi utilizada para o diagnóstico situacional da unidade neonatal em estudo, levantando:

- o nível de adesão aos Três Princípios Norteadores, aos Dez Passos e ao Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno, na perspectiva dos profissionais de saúde;
- o nível de adesão aos Três Princípios Norteadores, aos Dez Passos e ao Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno, na perspectiva das mães dos prematuros, e
- a observação externa da unidade e revisão documental existente relacionada à política de AM da instituição para apreender as práticas de promoção, proteção e apoio ao AM de prematuros.

A aplicação dos questionários e observação no M1 ocorreram entre julho e outubro de 2014.

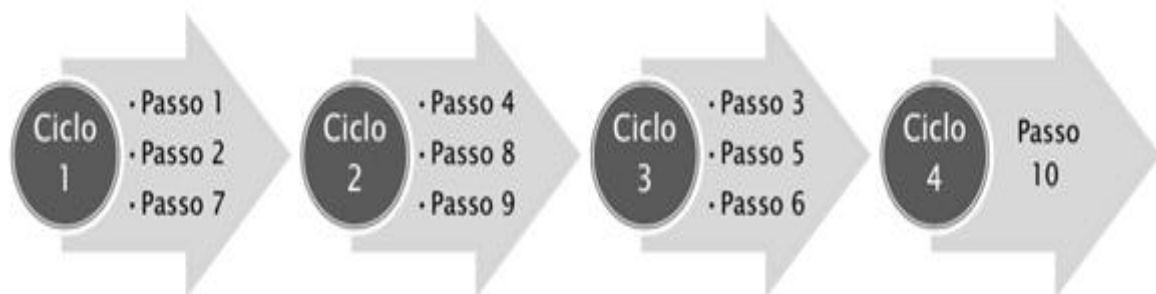
4.3.2 Implantação da estratégia IHAC-Neo

A implantação da IHAC-Neo, contemplando os Dez Passos, o Código e Três PN, foi norteada pelo modelo PARHIS do marco conceitual da KT e teve a duração de 15 meses, realizada no período de dezembro de 2014 a março de 2016.

Constituiu-se um CPP, que partindo do diagnóstico situacional, identificou as práticas e rotinas do serviço que eram realizadas e as mudanças potenciais necessárias. Para decidir quais mudanças práticas seriam implementadas, fez-se uma busca de evidência científica na literatura atual, levando-se também em consideração as evidências e a realidade local. O grupo reuniu-se em média a cada 15 dias, totalizando 26 encontros da equipe neonatal, além de 8 encontros com a equipe da maternidade.

O CPP planejou as mudanças desejadas na prática em 4 ciclos rápidos com duração de 3 a 4 meses cada. Cada ciclo envolveu o planejamento, implementação e avaliação das metas estabelecidas para as mudanças na prática, de acordo com os Dez Passos da IHAC-Neo. O ciclo 1 referiu-se aos Passos 1, 2 e 7, o ciclo 2 aos Passos 4, 8 e 9, o ciclo 3 aos Passos 3, 5 e 6; e o ciclo 4 ao Passo 10 (Figura 1).

Figura 1 - Ciclos rápidos de implementação para as mudanças na prática de acordo com os Dez Passos da IHAC-Neo.



Fonte: o próprio autor.

As estratégias da KT para mudança da prática da promoção, proteção e apoio do AM do prematuro desenvolveram-se por meio de ações efetivas e sustentáveis a fim de implantar os Dez Passos, Código e Três PN da IHAC-Neo, utilizando lembretes, material educacional, sensibilização, capacitações, vídeos, elaboração de protocolos, manuais, folders, realização de campanhas, auditoria e *feedback*. Não era objetivo desta pesquisa analisar a implantação da estratégia.

4.3.3 Momento 2

Esse momento circunscreveu-se à coleta dos dados pós-intervenção relativos ao AM, quando foram analisadas as estratégias que os profissionais de saúde utilizaram para promover e apoiar a amamentação e avaliar a percepção das mães sobre todo esse processo.

Nessa ocasião se fez coleta dos mesmos dados, seguindo a triangulação do M1, entrevistando os profissionais de saúde e as mães e realizando a observação da unidade com revisão documental existente relacionada à política de AM da instituição.

O M2 ocorreu entre os meses de abril e maio de 2016.

4.4 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi o *Neo-BFHI Assessment Tool*, originalmente desenvolvido no Canadá, com a finalidade de avaliar a adesão da instituição aos Dez Passos, Código e Três PN da IHAC-Neo, contemplando as peculiaridades do prematuro e/ou gravemente doente e o contexto das unidades neonatais. Os questionários passaram por teste-piloto em diversos países no mundo, inclusive no Brasil, onde também foram traduzidos e adaptados transculturalmente para a língua portuguesa e, depois, foram transcritos para a plataforma *IForm*, a fim de permitir que toda a coleta fosse realizada eletronicamente em um tablet.

Para a triangulação dos dados, utilizaram-se os seguintes questionários: na perspectiva dos profissionais de saúde, foram 2 questionários, sendo um para entrevistas com os integrantes da equipe de saúde/corpo clínico, com 61 questões, e outro para entrevista com o diretor/responsável pelo estabelecimento de saúde, com 22 questões; na perspectiva das mães de bebês internados em unidades neonatais, apenas um questionário com 80 questões e, na perspectiva do avaliador externo, utilizou-se o questionário de observação da unidade neonatal, com 21 questões, e revisão documental, com 100 questões, totalizando 284 questões.

Os questionários não foram anexados a esta pesquisa, pois tais instrumentos, de natureza confidencial, serão utilizados para a certificação das instituições pela IHAC-Neo, portanto não podem ser publicados. Todos os pesquisadores assinaram um termo de confidencialidade quanto ao instrumento, inclusive a autora (Apêndice 1).

4.5 POPULAÇÃO, AMOSTRA E MATERIAIS

- **Profissionais de saúde**

Para avaliar o nível de adesão dos profissionais de saúde à estratégia IHAC-Neo e seus conhecimentos sobre práticas para a promoção, proteção e apoio ao AM do prematuro, foram estabelecido como **critérios de inclusão**: vínculo efetivo com o hospital e atuação direta na assistência ao prematuro na unidade neonatal, incluindo médicos plantonistas, médicos e enfermeiros docentes, enfermeiros assistenciais, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionista, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, psicólogo, enfermeiros e médicos residentes, excluindo-se aqueles que estivessem de férias ou licença no período da coleta de dados.

Para avaliação de certificação do IHAC convencional, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) recomenda uma amostragem de 10 a 30 profissionais. Além de atender tal recomendação, o tamanho da amostra desta pesquisa, assim como o projeto multicêntrico, respeitou a proporcionalidade de, no mínimo, 30% do total de componentes da equipe, garantindo a representatividade da maioria das categorias profissionais.

Os profissionais elegíveis foram selecionados por sorteio aleatório, considerando a categoria de atuação, exceto as categorias profissionais em número muito reduzido, a exemplo da assistente social e nutricionista.

Do total de 58 profissionais de saúde da unidade, seguindo os critérios de inclusão, a amostra do estudo se constituiu de 23 profissionais de saúde entrevistados no momento da pré-intervenção (M1), sendo 1 enfermeira assistencial, 2 residentes de enfermagem neonatal, 11 auxiliares / técnicos de enfermagem, 3 médicos plantonistas, 1 médico residente em neonatal, 1 nutricionista, 1 fisioterapeuta e 1 assistente social, contando ainda com 2 chefias, 1 médico chefe e 1 enfermeira encarregada da unidade.

No M2, pós-intervenção, foram entrevistados os mesmos profissionais do M1. Embora as entrevistas tenham sido realizadas quase dois anos depois do momento da pré-intervenção, constatou-se apenas uma pequena perda: dois profissionais – 1 técnico de enfermagem e 1 nutricionista – já não faziam parte da equipe da unidade

no M2 da coleta de dados, em razão de aposentadoria e saída da instituição. A amostra constituiu-se, então, de 21 profissionais no M2.

Para a caracterização da população de estudo, os profissionais de saúde foram investigados quanto à categoria profissional, nível educacional, tempo de atuação profissional e área de experiência para o conhecimento quanto às particularidades da alimentação e práticas para AM do prematuro.

- **Mães dos bebês prematuros assistidos na unidade neonatal**

Para avaliar a percepção das mães sobre a assistência oferecida pela equipe com base no cuidado centrado na família, foi estabelecida uma amostra de, no mínimo, 21 mães, correspondendo a 7 mães de bebês internados em UTIN, 7 mães de bebês internados em UCIN e 7 mães de bebês que já tivessem recebido alta hospitalar.

Essa amostra também segue a recomendação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) ao entrevistar de 15 a 30 mães pós-parto e 5 a 10 mães de bebês internados em unidade neonatal, além de respeitar a amostragem do projeto multicêntrico.

Os **critérios de inclusão** das mães que poderiam participar da pesquisa foram: ter capacidade cognitiva para responder aos questionários, demonstrar desejo de amamentar, ter filho internado na unidade neonatal – excluindo-se aquelas com contra-indicação temporária ou definitiva para amamentar (como em casos de HIV positivo/aids, vírus linfotrópico da célula humana, sífilis e tuberculose sem tratamento, entre outros), além dos critérios do seu bebê: ser prematuro com idade gestacional menor que 37 semanas e ter internação na UTIN e/ou UCIN e/ou enfermaria Canguru por pelo menos 48 horas, excluindo-se aqueles com contra-indicação para o AM (como em casos de fístula gastroesofágica, fenilcetonúria, galactosemia, entre outros).

No caso das mães dos bebês prematuros que já tinham recebido alta hospitalar, fez-se contato via telefone, preferencialmente dentro da primeira quinzena após a alta e, no máximo, 30 dias após a alta do prematuro.

As mães entrevistadas foram caracterizadas segundo idade, estado civil, escolaridade, paridade e tipo de parto; seus bebês foram caracterizados segundo o sexo, idade gestacional em semanas ao nascer e peso ao nascer.

No M1, foram entrevistadas 27 mães; no M2, 21 mães.

- **Observação**

Houve observação em ambos os momentos nas UTIN, UCIN, área de trabalho de parto e parto, enfermarias de puerpério e Centro Cirúrgico da instituição, levantando a mudança do ambiente e das práticas de apoio ao AM do prematuro. Esse levantamento foi realizado pela autora desta pesquisa, que não apresenta vínculo empregatício com a instituição em estudo e foi treinada quanto à técnica de coleta.

Durante a observação da unidade, verificou-se: exposição em linguagem de fácil entendimento do resumo da política de AM para os integrantes da equipe e mães, permanência das mães, pais e/ou pessoas significativas da família na unidade; local de descanso das mães; poltronas perto de seus bebês; iluminação e ruídos do setor; instalações/espço e equipamentos adequados para demonstrações do preparo de fórmulas infantis e outras opções alimentares fora das vistas de mães lactantes, e a assistência prestada aos prematuros em aleitamento sob livre demanda e semi-demanda.

- **Revisão documental**

Para a revisão documental, foram levantados os documentos existentes e utilizados nesses locais, como a política de AM da unidade e os protocolos vigentes, normas e rotinas, antes e após a implementação da IHAC-Neo.

A política de AM vigente em M1 e M2 foi avaliada a respeito da inclusão de orientações sobre como cada um dos Três PN e Dez Passos e o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno deve ser implementado, e também a respeito do aconselhamento de mães HIV-positivo na alimentação do seu bebê.

Os registros dos treinamentos realizados foram avaliados quanto ao seu conteúdo e número de participantes, além de averiguar se os membros da equipe não clínica receberam treinamento adequado, dadas as suas funções, para proporcionar-lhes as competências e os conhecimentos necessários para apoiar as mães no sucesso da alimentação de seus bebês.

Os protocolos e rotinas foram avaliados segundo os princípios e critérios propostos na IHAC-Neo.

Além de cartilhas de orientação para gestantes e puérperas a respeito de AM do prematuro, outros materiais também foram considerados: informações por escrito disponíveis na unidade sobre leite materno e amamentação, incluindo ordenha manual e por bomba.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS

Para avaliar a efetividade da implantação da IHAC-Neo, foram comparados os níveis de adesão geral por Passo e aos Dez Passos, ao Código e aos PN, e a adesão parcial na perspectiva dos profissionais de saúde, das mães e do avaliador externo aos Dez Passos entre os dois momentos M1 (antes da implantação) e M2 (após a implantação). O método utilizado para compor o nível de adesão foi a triangulação dos dados, uma vez que se fez avaliação da mesma dimensão por três grupos diferentes: profissionais de saúde, mães e observação externa com revisão documental, o que permite identificar discrepâncias pelas diferentes visões.

A tipologia da triangulação apresentada permite clarear a realidade a partir de vários ângulos, com uma dinâmica de investigação que permite confluências, perguntas, dúvidas, numa discussão interativa e intersubjetiva na construção e análise dos dados (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005). Isso é relevante, porque os resultados são suscetíveis à parcialidade quando dependem de uma única fonte (HAIEK, 2011).

Cada um dos PN, cada um dos Passos e o Código possuem critérios, que variam de 5 a 18, sendo que cada critério foi mensurado por meio de uma ou mais questões (aberta ou semiestruturada) avaliada de acordo com a pertinência, na perspectiva dos profissionais, das mães e do avaliador externo (HAIEK, 2011). A Figura 2 mostra os 144 critérios, divididos em 104 para os Dez Passos, 16 para o

Código e 24 para os Princípios. Todos os 144 critérios foram avaliados, porém cinco deles não foram computados como critérios obrigatórios para pontuar a adesão no projeto multicêntrico e nesta pesquisa, sendo então considerados 139 critérios para avaliação da adesão. Destes, 34 foram respondidos pelos profissionais de saúde, 42 pelas mães, 21 referem-se à observação e 42 à revisão documental.

Considerou-se adesão satisfatória a cada critério a proporção de, no mínimo, 80% de respostas desejáveis, estabelecido arbitrariamente, assim como no IHAC convencional. Por exemplo, 80% das mães relataram que foram adequadamente orientadas quanto aos benefícios do início precoce do Cuidado Canguru, resultando duas possibilidades de escore: 0 (critério não completamente implementado) e 1 (critério implementado) (HAIEK, 2011).

Para sintetizar um Passo, somam-se os pontos obtidos em cada critério de um dado Passo, dividindo-se o resultado pelo número máximo de pontos que poderia ser obtido se todos os critérios desse Passo tivessem sido considerados plenamente implementados.

Figura 2 - Total de critérios por Passo, do Código e dos Três Princípios Norteadores. Londrina, 2016.

Passos	Critérios
<p>Passo 1 – Ter uma política escrita de AM que seja rotineiramente comunicada a todos da equipe de cuidado em saúde.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5 critérios <p>✓ Observação e análise documental – 5 critérios</p>	<p>1.1 – A unidade de saúde tem uma política escrita sobre amamentação/alimentação do bebê.</p> <p>1.2 – A revisão da política confirma que inclui orientações de como cada um dos "Três Princípios Norteadores e Dez Passos" e o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno devem ser implementados, e o aconselhamento de mães HIV-positivas sobre a alimentação do bebê.</p> <p>1.3 – A revisão da política afirma que todas as mães, independentemente da sua forma de alimentação, têm o apoio alimentar de que necessitam.</p> <p>1.4 – A observação confirma que uma cópia do resumo da política ou imagens visuais são exibidos em todas as áreas da unidade de saúde que atendem mulheres grávidas, mães, bebês e crianças pequenas.</p> <p>1.5 – A observação confirma que os resumos da política são exibidos no idioma(s) e escrito com redação mais comumente entendida pelas mães e pelo corpo clínico.</p>
<p>Passo 2 – Educação e treinamento de toda a equipe no conhecimento e habilidades específicas necessárias para implementar esta política.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 14 critérios <p>✓ Profissionais de saúde – 5 critérios</p> <p>✓ Observação e análise documental – 9 critérios</p>	<p>2.1 – O chefe dos serviços da maternidade relata que todos os membros da equipe de cuidados de saúde que tenham qualquer contato com gestantes, mães e/ou bebês, receberam orientação sobre a política de amamentação/alimentação do bebê. A orientação fornecida é suficiente.</p> <p>2.2 – Pelo menos 90% do corpo clínico selecionado aleatoriamente é capaz de identificar, no mínimo, cinco fatores importantes para o início precoce da produção de leite: início precoce (dentro de horas após o nascimento), ordenha frequente (ao menos seis vezes nas 24 horas/dia), ordenha do leite materno também durante a noite, instrução inicial da ordenha manual, acesso fácil e gratuito a uma bomba de ordenha.</p> <p>2.3 – Pelo menos 80% do corpo clínico selecionado aleatoriamente é capaz de responder adequadamente a, no mínimo, quatro das cinco perguntas (para questões relacionadas ao apoio e promoção da amamentação).</p> <p>2.4 – Uma cópia do programa ou curso apresentado para o treinamento na promoção da amamentação e apoio a vários tipos de funcionários está disponível para revisão.</p> <p>2.5 – A observação confirma que existe(m) pessoa(s) identificada(s) com conhecimento especial no AM e lactação na unidade, com responsabilidade especial pela amamentação e apoio à lactação e ao treinamento.</p> <p>2.6 – A documentação do treinamento também indica que os membros da equipe não clínica receberam treinamento adequado, dadas as suas funções, para proporcionar-lhes as competências e</p>

	<p>conhecimentos necessários para apoiar as mães no sucesso da alimentação de seus bebês.</p> <p>2.7 – Revisão da documentação de treinamento indica que 80% ou mais dos membros da equipe clínica que têm contato com as mães e/ou bebês e fazem parte da equipe há 6 meses ou mais receberam treinamento no hospital ou antes da chegada, por meio de curso bem supervisionado de autoestudos ou cursos <i>on-line</i>.</p> <p>2.8 – Revisão da documentação de treinamento indica que 80% ou mais dos membros do corpo clínico que têm contato com as mães e/ou bebês receberam prática clínica supervisionada como parte desse treinamento.</p> <p>2.9 – O material de treinamento abrange os Três Princípios Norteadores, todos os Dez Passos, o Código e as resoluções subsequentes da Assembleia Mundial da Saúde.</p> <p>2.10 – Pelo menos 80% do corpo clínico selecionado aleatoriamente relata que recebeu ao menos 20 horas de treinamento ou, se está no cargo há menos de 6 meses, no mínimo recebeu orientação sobre a política.</p> <p>2.11 – O treinamento sobre como fornecer suporte para as mães que não amamentam também é fornecido pela equipe. Uma cópia da sessão do curso apresentado para o treinamento em apoio às mães que não amamentam também está disponível para revisão.</p> <p>2.12 – O treinamento abrange temas-chave, tais como: capacidade de comunicação, riscos e benefícios das diversas opções de alimentação; ajudar a mãe que não amamenta escolher o que é aceitável, factível, acessível, sustentável e seguro (AFASS) nas suas circunstâncias; a forma segura e higiênica de preparação, alimentação e armazenamento de substitutos do leite materno; como ensinar a preparação das diversas opções de alimentação e como minimizar a probabilidade das mães que amamentam serem influenciadas a usar fórmula.</p> <p>2.13 – Pelo menos 80% do corpo clínico selecionado aleatoriamente pode descrever o que deve ser discutido com uma gestante se ela indicar que está pensando em dar ao seu bebê alguma coisa que não seja o leite materno antes dos seis meses.</p> <p>2.14 – O tipo e a porcentagem da equipe que recebera o treinamento são adequados, dadas as necessidades da instituição.</p>
<p>Passo 3 – Informar todas as gestantes hospitalizadas em risco de parto prematuro ou nascimento de bebê doente</p>	<p>3.1 – O chefe/diretor dos serviços de enfermagem pode confirmar que o corpo clínico da unidade neonatal visita as mulheres grávidas hospitalizadas que estão sob risco de ter o bebê admitido na unidade neonatal após o nascimento para oferecer informações sobre amamentação e lactação específicas para sua situação.</p> <p>3.2 – A política de amamentação determina que as mulheres grávidas hospitalizadas que estão sob risco</p>

<p>em relação ao manejo da lactação e AM e benefícios do AM.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5 critérios <p>✓ Profissionais de saúde – 2 critérios</p> <p>✓ Observação e análise documental – 4 critérios</p>	<p>de ter o bebê admitido na unidade neonatal após o nascimento sejam visitadas pelo corpo clínico para discutir que amamentação e lactação, amamentação/oferta de leite materno podem ser estabelecidas, dependendo da condição do bebê (critério não computado na adesão).</p> <p>3.3 – A informação para gestantes hospitalizadas com risco de o filho ser admitido em unidade neonatal, tanto nas entrelinhas como no material escrito, dá cobertura adequada para três dos sete itens das Normas 3a (A unidade neonatal abre acesso à política e importância da presença dos pais para o bem-estar da criança; a importância do estímulo precoce da produção láctea; informações práticas e específicas sobre como anda esse processo; os benefícios particulares da amamentação/oferta de leite materno para bebês prematuros/doentes e para suas mães; a importância do contato pele a pele com o bebê após o nascimento, o quanto antes; a importância de permitir que o bebê inicie a amamentação mais cedo; o fato de que os bebês muito e extremamente prematuros também possuem capacidade de sucção nutritiva no peito – no entanto isso pode ser afetado por sua condição clínica).</p> <p>3.4 – Pelo menos 80% do corpo clínico selecionado aleatoriamente, incluindo médicos, pode descrever, no mínimo, três dos sete itens das Normas 3a.</p> <p>3.5 – Há um resumo por escrito para a equipe com informações sobre amamentação que a gestante deve receber.</p> <p>3.6 – Estão disponíveis informações por escrito sobre leite materno, amamentação, incluindo ordenha manual e por bomba.</p>
<p>Passo 4 – Encorajar o contato pele a pele mãe-bebê (método mãe canguru) precoce, contínuo e prolongado, sem restrições injustificáveis.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 10 critérios <p>✓ Profissionais de saúde – 3 critérios</p> <p>✓ Mães – 6 critérios</p>	<p>4.1 – A unidade possui um protocolo, definindo Método Mãe Canguru (MMC), que inclui o início, a duração das sessões e a continuidade do MMC.</p> <p>4.2 – O protocolo MMC da unidade confirma que:</p> <p>O bebê estável que nasceu de parto vaginal ou cesariana sem anestesia geral deve ser colocado em contato pele a pele/posição canguru na mãe na sala de parto ou sala de operação o quanto antes possível, idealmente desde o nascimento, sem demora injustificada.</p> <p>O bebê estável que nasceu de cesariana sob anestesia geral deve ser colocado em contato pele a pele/posição canguru na mãe assim que a mãe estiver responsiva e alerta (quando a condição da mãe for considerada apropriada).</p> <p>Um bebê inicialmente instável deve ser colocado em contato pele a pele/posição canguru assim que ele tolerar a transferência de volta para a mãe.</p> <p>O pai e outras pessoas significativas podem prover o contato pele a pele/MMC como substituto da mãe.</p> <p>O transporte do bebê estável da sala de parto para a unidade neonatal pode ser feito em contato pele a pele/posição canguru no peito dos pais.</p>

<p>✓ Observação e análise documental – 3 critérios</p>	<p>4.3 – O protocolo MMC da unidade estabelece que um prematuro/bebê doente estável pode permanecer em pele a pele/posição canguru continuamente ou durante o tempo em que o pai/outra pessoa significativa for capaz e estiver disposto a continuar o cuidado pele a pele, sem restrições injustificadas.</p> <p>4.4 – Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente relatam que foram devidamente informadas sobre os benefícios do início precoce do contato pele a pele/MMC e a possibilidade de fornecer MMC 24h/7dias.</p> <p>4.5 – Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente, com bebês estáveis de parto vaginal ou cesarianas sem anestesia geral, confirmam que seus bebês foram colocados em contato pele a pele/posição canguru o mais cedo possível (de acordo com os níveis), de preferência a partir do nascimento, sem demora injustificada.</p> <ul style="list-style-type: none"> “ MMC iniciado imediatamente após o nascimento (durante os primeiros 5 minutos) (nível ***); “ MMC iniciado durante a primeira hora após o nascimento (depois dos cinco primeiros minutos, mas durante a primeira hora) (nível **); “ MMC iniciado entre a 2ª e 24ª horas de vida (depois da primeira hora após o nascimento, mas durante o primeiro dia de vida) (nível *). <p>4.6 – Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente, com bebês nascidos estáveis de cesariana sob anestesia geral, confirmam que seus bebês foram colocados em contato pele a pele/posição canguru o mais cedo possível (de acordo com os níveis), sem atrasos injustificados.</p> <ul style="list-style-type: none"> “ MMC iniciado dentro de poucos minutos após o bebê se tornar responsivo e alerta (durante os primeiros cinco minutos) (nível ***) “ MMC iniciado durante a primeira hora após o bebê se tornar responsivo e alerta (após os primeiros cinco minutos, mas durante a primeira hora) (nível **) “ MMC iniciado entre a 2ª e 24ª horas após o bebê se tornar responsivo e alerta (depois da primeira hora, mas durante o primeiro dia após se tornar responsivo e alerta) (nível *). <p>4.7 – Pelo menos 80% dos funcionários selecionados aleatoriamente confirmam que o contato pele a pele/posição canguru é iniciado em sua unidade assim que o bebê tolere a transferência de volta para da mãe.</p> <p>4.8 – Pelo menos 80% do corpo clínico selecionado aleatoriamente confirma que o transporte do bebê estável entre a sala de parto para a unidade neonatal pode ser feito em contato pele a pele/posição canguru no peito dos pais.</p> <p>4.9 – Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente cujos bebês toleram o contato pele a pele/MMC confirmam que seu bebê pode permanecer em contato pele a pele/posição canguru na unidade neonatal pelo tempo e quantas vezes por dia os pais são capazes e dispostos a permanecer</p>
--	--

	<p>(idealmente 24h/7d), sem restrições injustificadas.</p> <p>4.10 – Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente que se aproximam da alta relatam que elas (elas próprias ou se revezando com o pai/outra pessoa significativa) podem permanecer em contato pele a pele/MMC contínuo ou com curtas interrupções, ou durante o tempo que elas forem capazes e estiverem dispostas, durante toda a hospitalização, sem restrições injustificadas (critério não computado na adesão).</p> <p>4.11 – Pelo menos 80% dos funcionários selecionados aleatoriamente informam que incentivam o contato pele a pele/MMC contínuo ou com curtas interrupções, ou durante o tempo que os pais forem capazes e estiverem dispostos, sem restrições injustificadas.</p> <p>4.12 – Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente confirmam que foram informadas e incentivadas a realizar continuamente o contato pele a pele/MMC pelo tempo que o seu bebê necessitar para manter a temperatura (critério não computado na adesão).</p>
<p>Passo 5 – Apresentar às mães como iniciar e manter a lactação e estabelecer precocemente o AM com estabilidade do bebê como único critério.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 18 critérios <p>✓ Profissionais de saúde – 7 critérios</p> <p>✓ Mães – 7 critérios</p> <p>✓ Observação e análise documental – 4 critérios</p>	<p>5.1 – Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente que amamentam relatam que a equipe lhes ofereceu apoio com o posicionamento e pega de seus bebês para a primeira amamentação.</p> <p>5.2 – Pelo menos 80% do corpo clínico selecionado aleatoriamente relata que ensina às mães o posicionamento e pega corretos e descreve tanto o posicionamento quanto a pega correta ou, se não ensina, descreve a quem encaminhar as mães.</p> <p>5.3 – Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente que amamentam são capazes de descrever os sinais que indicam que seus bebês estão bem posicionados e têm uma boa pega.</p> <p>5.4 – Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente que amamentam relatam que tiveram acesso ao apoio à amamentação pela equipe durante a internação do bebê na unidade neonatal.</p> <p>5.5 – Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente que querem proporcionar leite materno aos seus bebês relatam que receberam informações, apoio e ajuda prática com o início da produção de leite em até 6 horas após o nascimento ou chegada do bebê à unidade (no caso de uma transferência), e lhes foi mostrado como ordenhar o seu leite manualmente ou por bomba. A informação foi dada oralmente ou por escrito/informação pictórica.</p> <p>5.6 – Pelo menos 80% dos relatórios do corpo clínico selecionado aleatoriamente podem descrever ou demonstrar como eles ensinam às mães uma técnica adequada para a ordenha manual, ou descrever a quem eles indicam a mãe para essa instrução.</p> <p>5.7 – Pelo menos 80% dos relatórios do corpo clínico selecionado aleatoriamente podem descrever ou demonstrar como eles ensinam às mães uma técnica adequada para utilizar a bomba de ordenha, ou descrever a quem eles indicam a mãe para essa instrução.</p>

	<p>5.8 – Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente que amamentam ou têm intenção de amamentar relatam que elas foram inicialmente informadas que amamentar ou ordenhar seu leite pelo menos 6 vezes a cada 24 horas, mesmo durante a noite, é recomendado para manter a produção de leite.</p> <p>5.9 – Pelo menos 80% do corpo clínico selecionado aleatoriamente descreve a estabilidade do bebê como único critério para início precoce da amamentação.</p> <p>5.10 – A política de amamentação descreve que a estabilidade do bebê é o único critério para início precoce da amamentação (nem a idade gestacional corrigida ou a idade pós-natal ou o peso atual, ou qualquer teste de força de sucção, ou treinamento para sugar).</p> <p>5.11 – A unidade fornece documentação que descreve as rotinas de acompanhamento da produção de leite das mães e para aconselhamento às mães com diminuição ou inadequada produção de leite.</p> <p>5.12 – Pelo menos 80% do corpo clínico selecionado aleatoriamente relata que discute com as mães como garantir uma produção de leite suficiente.</p> <p>5.13 – Pelo menos 80% do corpo clínico selecionado aleatoriamente relata que sabe quem é o principal responsável pelo aconselhamento sobre lactação (se essa função existir).</p> <p>5.14 – O protocolo de amamentação da unidade reconhece os bebês prematuros tardios (IG 34+0 até 36+6 semanas + dias) como prematuros e afirma que suas mães devem receber o mesmo apoio no estabelecimento da lactação e amamentação que as mães dos bebês mais imaturos.</p> <p>5.15 – A observação confirma que a equipe demonstra como preparar e alimentar o bebê com substitutos do leite materno de modo seguro para mães que decidiram por esta forma de alimentar, de maneira precisa, completa e inclui uma demonstração de retorno.</p> <p>5.16 – Pelo menos 80% do corpo clínico selecionado aleatoriamente relata que ensina às mães que não estão amamentando como preparar o leite e descreve adequadamente o que iria discutir ou, se não ensina, descreve a quem encaminha as mães.</p> <p>5.17 – Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente cujos bebês recebem fórmula relatam que o corpo clínico oferece ajuda na preparação e oferta do leite aos seus bebês e podem descrever os conselhos que lhes foram dados.</p> <p>5.18 – Pelo menos 80% das mães cujos bebês recebem fórmula relatam que o corpo clínico verificou a capacidade de elas prepararem o leite dos seus bebês pedindo-lhes para preparar sozinhas, após ser demonstrado como fazer.</p>
Passo 6 – Não oferecer ao	6.1 – A política de amamentação indica que os recém-nascidos não recebem outro tipo de alimento ou bebida que não seja o leite de suas próprias mães (no peito ou ordenhado), a menos que exista uma

<p>RN nenhum outro alimento ou líquido a não ser o leite materno, a menos que indicado pelo médico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 9 critérios <p>✓ Mães – 4 critérios</p> <p>✓ Observação e análise documental – 6 critérios</p>	<p>razão médica aceitável, e que as diretrizes AFASS são usadas quando apropriadas.</p> <p>6.2 – A observação confirma que pelo menos 80% dos bebês são alimentados apenas com leite materno (no peito ou ordenhado) ou leite do banco de leite humano ou, se recebem algo mais, é por razões médicas aceitáveis.</p> <p>6.3 – Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente relatam que seus bebês receberam somente leite materno (no peito ou ordenhado) ou leite do banco de leite humano ou, se receberam algo mais, foi por razões médicas aceitáveis.</p> <p>6.4 – A política de amamentação determina que, quando existem razões aceitáveis, as mães são orientadas e têm a opção de utilizar o leite do banco de leite humano para alimentar seus bebês – quando disponível, ou o bebê recebe substitutos do leite materno para prematuros (nessa ordem de prioridade).</p> <p>6.5 – Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente que decidiram não amamentar relatam que a equipe conversou com elas sobre os riscos e benefícios das várias opções de alimentação.</p> <p>6.6 – Quando existe um banco de leite/serviço similar: Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente relatam que receberam informações sobre a opção de utilizar o leite do banco de leite humano se as necessidades de leite materno de seus bebês não forem supridas.</p> <p>6.7 – A política de amamentação indica que a estratégia de alimentação apropriada para melhorar a ingestão de leite dos bebês é aplicada antes da introdução de fortificantes.</p> <p>6.8 – A observação confirma que o hospital possui uma estrutura/um espaço adequado e equipamento necessário para realizar demonstrações de como preparar a fórmula e outras opções de alimentação longe das mães que amamentam.</p> <p>6.9 – Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente que decidiram não amamentar ou cujos bebês estão recebendo fórmula relatam que o corpo clínico discutiu com elas as várias opções disponíveis para alimentação, os riscos e benefícios delas, e foram ajudadas a decidir qual a mais adequada na sua situação.</p> <p>6.10 – A documentação mostra que o hospital não aceita substitutos do leite materno de graça ou de baixo custo (critério não computado na adesão).</p>
<p>Passo 7 – Permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia.</p>	<p>7.1 – A política de amamentação confirma a prática de que a unidade é aberta às mães 24h/7d (de acordo com os níveis).</p> <ul style="list-style-type: none"> “ Irrestrito 24h/7d (nível ***) “ Irrestrito 24h/7d, exceto durante situações de emergência (nível **) “ Irrestrito 24h/7d, exceto durante visitas médicas (máximo de 2 horas por dia) (nível *)

<ul style="list-style-type: none"> • 8 critérios ✓ Mães – 4 critérios ✓ Observação e análise documental – 4 critérios 	<p>7.2 – A observação da unidade confirma a prática de que a unidade é aberta às mães 24h/7d (de acordo com os níveis).</p> <ul style="list-style-type: none"> .. Irrestrito 24h/7h (nível ***) .. Irrestrito 24h/7d, exceto durante situações de emergência (nível **) .. Irrestrito 24h/7d, exceto durante visitas médicas (máximo de 2 horas por dia) (nível *) <p>7.3 – A observação da unidade confirma que não existem sinais ou cartazes que transmitam restrições às mães de estarem junto com seus bebês.</p> <p>7.4 – Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente relatam que a unidade está aberta para mães 24h/7d (de acordo com os níveis).</p> <ul style="list-style-type: none"> .. Irrestrito 24h/7d (nível ***) .. Irrestrito 24h/7d, exceto durante situações de emergência (nível **) .. Irrestrito 24h/7d, exceto durante visitas médicas (máximo de 2 horas por dia) (nível *) <p>7.5 – Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente relatam que tiveram a oportunidade de estar no mesmo quarto onde seus bebês estavam internados na unidade neonatal sem separação (de acordo com os níveis) ou, se não, existia uma razão justificável (procedimentos nos quais a mãe não poderia estar presente, como cirurgia do bebê, ressonância magnética etc., doença/cirurgia/tratamento materno, necessidade da mãe de sair temporariamente da sua cama ou quarto pedindo para outra pessoa supervisionar o bebê, razões familiares etc.).</p> <ul style="list-style-type: none"> .. Irrestrito 24h/7h (nível ***) .. Irrestrito 24h/7d, exceto durante situações de emergência (nível **) .. Irrestrito 24h/7d, exceto durante visitas médicas (máximo de 2 horas por dia) (nível *) <p>7.6 – A observação mostra que pelo menos 80% das mães e dos bebês permanecem juntos ou, se não, possuem uma razão justificável para serem separados (de acordo com os níveis).</p> <p>7.7 – Pelo menos 80% das mães de bebês que estão de alta para casa, selecionadas aleatoriamente, confirmam que tiveram a oportunidade de dormir próximas de seus bebês (de acordo com os níveis).</p> <ul style="list-style-type: none"> .. Cama no mesmo quarto do seu bebê (nível ***) .. Cama em outro quarto, na mesma unidade (nível **) .. Cama em outra área do hospital (distância do bebê de 10 minutos andando ou menos) (nível *) <p>7.8 – Pelo menos 80% das mães de bebês que estão de alta para casa, selecionadas aleatoriamente, confirmam que tiveram a oportunidade de dormir próximas de seus bebês por um período de internação (de acordo com o nível).</p> <ul style="list-style-type: none"> .. Todo período de internação do bebê (nível ***) .. Pelo menos 50% da internação do bebê (nível **)
---	--

	" Pelo menos uma noite antes da alta do bebê para casa (nível *)
<p>Passo 8 - Encorajar a alimentação por demanda, e, quando necessário, alimentação semidemanda como uma estratégia de transição para prematuros e bebês doentes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 7 critérios <p>✓ Mães – 2 critérios</p> <p>✓ Observação e análise documental – 5 critérios</p>	<p>8.1 – A política de AM estabelece que a capacidade e estabilidade de cada criança indicam quando é possível terminar as mamadas programadas e a alimentação por sonda, não a idade corrigida ou a idade pós-natal ou o peso.</p> <p>8.2 – A(s) estratégia(s) para a transição de mamadas com horários regulares para alimentação semidemanda é (são) incluída(s) no protocolo de amamentação da unidade.</p> <p>8.3 – Bebês com alguma ingestão de leite no peito são amamentados de acordo com uma estratégia de alimentação por semidemanda.</p> <p>8.4 – Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente que pretendem amamentar relatam que estiveram envolvidas na escolha da estratégia para o estabelecimento de seu objetivo para amamentação, alimentação idealmente exclusiva no peito e estratégias alternativas para a redução do volume diário de leite dado por outro método de alimentação.</p> <p>8.5 – Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente afirmam que receberam orientação na observação dos sinais de fome do bebê e mudanças do estado comportamental para saber quando é apropriado posicionar o bebê no peito.</p> <p>8.6 – A observação confirma que a administração de rotina de leite dado por outros métodos após cada episódio de nutrição (para alcançar um certo volume de leite) só é realizada por razões médicas justificáveis.</p> <p>8.7 – A observação confirma que os medicamentos são administrados e os procedimentos são programados de modo a causar o mínimo possível de perturbação à amamentação.</p>
<p>Passo 9 - Usar alternativas à amamentação pelo menos até o AM estar bem estabelecido e somente usar chupetas e protetores de mamilos com razões justificáveis.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 13 critérios 	<p>9.1 – As observações na unidade indicam que pelo menos 80% dos bebês de mães que amamentam e mães que possuem a intenção de amamentar não estão usando mamadeira.</p> <p>9.2 – Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente que estão amamentando ou têm intenção de amamentar relatam que, até onde elas sabem, os seus bebês não foram alimentados utilizando mamadeira com bico artificial (protetores de mamilos), a menos que a mãe tenha solicitado explicitamente o uso.</p> <p>9.3 – Pelo menos 80% do corpo clínico selecionado aleatoriamente relata que não introduz mamadeira para bebês amamentados, a menos que existam razões justificáveis e, quando a mãe quer introduzir mamadeira, informa os riscos a ela.</p> <p>9.4 – O protocolo de amamentação da unidade afirma que a primeira experiência de sucção nutritiva para bebês de mães que pretendem alimentar diretamente no peito deve ser no peito.</p>

<p>✓ Profissionais de saúde – 4 critérios</p> <p>✓ Mães – 4 critérios</p> <p>✓ Observação e análise documental – 5 critérios</p>	<p>9.5 – O protocolo de amamentação da unidade inclui métodos alternativos à alimentação com mamadeira e descreve formas apropriadas e seguras para utilizar esses métodos.</p> <p>9.6 – Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente que estão amamentando ou que pretendam amamentar relatam que lhes foi ensinado como alimentar seu bebê com sonda, “suplementação nutricional”, ou um copo, se a suplementação foi exigida.</p> <p>9.7 – O protocolo de amamentação da unidade descreve razões justificáveis para o uso da chupeta.</p> <p>9.8 – Pelo menos 80% do corpo clínico selecionado aleatoriamente descreve ao menos duas razões justificáveis para o uso da chupeta (alívio da dor, estimulação da sucção, conforto, ajuda o bebê a dormir).</p> <p>9.9 – Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente que amamentam relatam que foram informadas sobre as razões justificáveis para o uso de chupeta na unidade neonatal e as razões pelas quais a chupeta pode reduzir a produção láctea durante a lactação.</p> <p>9.10 – Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente que amamentam relatam que foram informadas sobre formas alternativas de acalmar o bebê e como minimizar o uso da chupeta após a alta da unidade neonatal.</p> <p>9.11 – O protocolo de amamentação da unidade descreve razões justificáveis para o uso de protetores de mamilo.</p> <p>9.12 – Pelo menos 80% do corpo clínico selecionado aleatoriamente é capaz de descrever como usar o protetor de mamilo de forma adequada ou descrever quem referencia à mãe para receber essa instrução.</p> <p>9.13 – Pelo menos 80% do corpo clínico selecionado aleatoriamente é capaz de descrever ao menos duas razões justificáveis para o uso do protetor de mamilo, fora as seguintes: o bebê tem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dificuldades na pega, • dificuldades em manter a pega no peito, • demonstra sucção mínima e/ou melhora na ingestão de leite apesar da amamentação frequente, • necessidade da mãe para alívio da dor em razão dos mamilos feridos.
<p>Passo 10 – Preparar os pais para continuar o AM e assegurar acesso aos serviços de apoio/grupos depois da alta hospitalar.</p>	<p>10.1 – O chefe/diretor dos serviços de enfermagem afirma que a unidade de saúde estimula o estabelecimento da amamentação e/ou coordena grupos de apoio à amamentação ou redes e outros serviços da comunidade que oferecem suporte à amamentação/alimentação do bebê para mães, e pode descrever pelo menos uma maneira de como isso é feito.</p> <p>10.2 – Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente relatam que receberam informações de como elas podem começar a amamentação com suporte, se necessário, durante a hospitalização do bebê e após a alta, se disponível.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • 10 critérios ✓ Profissionais de saúde – 4 critérios ✓ Mães – 4 critérios ✓ Observação e análise documental – 3 critérios 	<p>10.3 – Uma revisão dos documentos indica que as informações por escrito distribuídas às mães incluem informações de como e onde elas podem encontrar apoio à amamentação, se disponível.</p> <p>10.4 – O chefe/diretor dos serviços de enfermagem afirma que as mães recebem informações de onde elas podem obter apoio se precisarem de ajuda na alimentação de seus bebês após o retorno para casa e é capaz de mencionar pelo menos uma fonte de informação.</p> <p>10.5 – O chefe/diretor dos serviços de enfermagem afirma que a alta dos bebês é planejada em colaboração com os serviços de saúde da comunidade e descreve como isso é feito.</p> <p>10.6 – Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente relatam que a alta do bebê é planejada em colaboração com a família.</p> <p>10.7 – Uma revisão dos documentos mostra que existe um plano para as mães estabelecerem a amamentação quando o bebê recebe alta antes que se tenha alcançado o objetivo de amamentação (exclusividade e duração).</p> <p>10.8 – Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente relatam que foram vistas logo após a alta (individualmente), de acordo com as condições do bebê) na unidade de saúde, ou na comunidade, por um profissional de apoio à amamentação, o qual avaliou a alimentação e deu o apoio necessário, ou estimulou a ver uma pessoa como suporte.</p> <p>10.9 – O chefe/diretor dos serviços de enfermagem afirma que a equipe estimula as mães e seus bebês a serem vistos logo após a alta (individualizadamente, de acordo com as condições do bebê) na unidade, ou na comunidade, por um profissional de apoio à amamentação que seja capaz de avaliar a alimentação e dar o suporte necessário e possa descrever um sistema de referência adequado e um momento apropriado para as visitas.</p> <p>10.10 – O protocolo de amamentação da unidade descreve um sistema de referência adequado para mães/bebês serem vistos logo após a alta.</p> <p>10.11 – Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente relatam que receberam informações verbais ou por escrito de onde elas podem/poderiam encontrar um profissional de apoio à amamentação se necessário após a alta na comunidade e mencionam pelo menos um tipo de ajuda disponível (critério não computado na adesão).</p>
<p>Código Internacional para Comercialização dos substitutos de leite materno</p>	<p>O chefe/diretor dos serviços de enfermagem afirma que:</p> <p>C.1 – Nenhum funcionário de fabricantes ou distribuidores de substitutos do leite materno, mamadeiras, bicos ou chupetas tem qualquer contato direto ou indireto com gestantes ou mães.</p> <p>C.2 – O hospital não recebe brindes, literatura não-científica, materiais ou equipamentos, dinheiro ou apoio para a educação em serviço ou eventos de fabricantes ou distribuidores de substitutos do leite</p>

<ul style="list-style-type: none"> • 16 critérios ✓ Profissionais de saúde – 4 critérios ✓ Mães – 3 critérios ✓ Observação e análise documental – 9 critérios 	<p>materno, mamadeiras, bicos ou chupetas.</p> <p>C.3 – Nenhuma mulher grávida, mães ou suas famílias recebem materiais de marketing ou amostras ou brindes pela unidade que incluem substitutos do leite materno, mamadeiras/bicos, chupetas, outros equipamentos de alimentação infantil ou cupons.</p> <p>A revisão da política de amamentação ou alimentação do bebê indica que ela defende o Código e as resoluções subsequentes da OMS, proibindo:</p> <p>C.4 – A afixação de cartazes ou outros materiais fornecidos pelos fabricantes ou distribuidores de substitutos do leite materno, mamadeiras, bicos e chupetas ou quaisquer outros materiais que promovam o uso desses produtos.</p> <p>C.5 – Qualquer contato direto ou indireto entre os funcionários desses fabricantes ou distribuidores e gestantes ou mães na unidade.</p> <p>C.6 – Distribuição de amostras ou brindes com substitutos do leite materno, mamadeiras ou bicos ou de materiais de marketing para esses produtos para as mulheres grávidas ou mães ou membros das suas famílias.</p> <p>C.7 – Aceitação de brindes (incluindo alimentos), literatura, materiais ou equipamentos, dinheiro ou apoio para a educação em serviço ou eventos desses fabricantes ou distribuidores pelo hospital.</p> <p>C.8 – Demonstrações de preparo de fórmulas infantis para qualquer um que não precise delas.</p> <p>C.9 – Aceitação gratuita ou de baixo custo do leite materno ou suprimentos.</p> <p>A revisão dos registros e recibos indica que:</p> <p>C.10 – Quaisquer substitutos do leite materno, incluindo fórmulas especiais e outros suprimentos, são comprados pela unidade de saúde pelo preço de atacado ou mais (fortificantes são considerados medicamento, e não substitutos do leite materno).</p> <p>Observações na unidade neonatal indicam que:</p> <p>C.11 – Nenhum material que promova substitutos do leite materno, mamadeiras, bicos ou chupetas, ou outros produtos designados por leis nacionais, é apresentado ou distribuído para mães, gestantes ou funcionários.</p> <p>C.12 – O hospital mantém latas de fórmulas infantis e frascos de pré-preparados de fórmula fora de vista, a menos que estejam em uso.</p> <p>Pelo menos 80% da equipe clínica selecionada aleatoriamente é capaz de indicar duas razões pelas quais:</p> <p>C.13 – É importante não dar amostras grátis de empresas de fórmulas para mães (fortificantes são considerados medicamento, e não substituto do leite materno).</p> <p>Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente relatam que:</p>
--	---

	<p>C.14 – Elas não receberam uma demonstração da preparação de fórmula se não precisava dela.</p> <p>C.15 – Elas não observaram cartazes ou outros materiais fornecidos por fabricantes ou distribuidores de substitutos do leite materno, mamadeiras, bicos e chupetas ou quaisquer outros materiais que promovam o uso desses produtos.</p> <p>C.16 – Elas não receberam nenhum material de marketing ou amostras ou brindes pela unidade que incluem substitutos do leite materno, mamadeiras, bicos, chupetas, outros equipamentos de alimentação infantil ou cupons.</p>
<p>Princípio Norteador 1 - A atitude da equipe para com as mães deve focar nas necessidades individuais de cada mãe e no seu contexto.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 6 critérios <p>✓ Mães – 5 critérios</p> <p>✓ Observação e análise documental – 1 critério</p>	<p>PN1.1 – Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente informam que foram tratadas com sensibilidade pelo corpo clínico (ou seja, a equipe foi receptiva ao que a mãe comunicou).</p> <p>PN1.2 – Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente informam que foram tratadas com empatia pelo corpo clínico.</p> <p>PN1.3 – Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente informam que foram tratadas pelo corpo clínico com respeito pelo seu papel de mãe.</p> <p>PN1.4 – Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente informam que foram apoiadas pelo corpo clínico na tomada de suas próprias decisões sobre produção de leite, amamentação e alimentação do bebê.</p> <p>PN1.5 – A política de AM define que as mães (famílias) devem ser consideradas como particularmente "vulneráveis" e ter apoio individualizado que objetive a produção de leite, amamentação e alimentação do bebê.</p> <p>PN1.6 – Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente que não amamentam ou não amamentam exclusivamente relatam que o corpo clínico respeita a sua decisão de dar fórmula para seus bebês.</p>
<p>Princípio Norteador 2 - A unidade deve prover cuidado centrado na família, apoiado pelo ambiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 10 critérios <p>✓ Mães – 4 critérios</p>	<p>PN2.1 – A política de AM afirma que se permite a presença do pai/membro da família ou outras pessoas significativas na enfermaria (de acordo com os níveis).</p> <ul style="list-style-type: none"> “ Sem restrições 24h/7d (nível ***) “ No máximo, restrito por 2 horas/24 horas (nível **) “ Restrições durante a noite e, no máximo, 2 horas restrito durante o dia (nível *) <p>PN2.2 – Confirmação pela observação que se permite a presença do pai/membro da família ou outras pessoas significativas na enfermaria (de acordo com os níveis).</p> <ul style="list-style-type: none"> “ Sem restrições 24h/7d (nível ***) “ No máximo, restrito por 2 horas/24 horas (nível **)

<p>✓ Observação e análise documental – 6 critérios</p>	<p>“ Restrições durante a noite e, no máximo, 2 horas restrito durante o dia (nível *)</p> <p>PN2.3 – A política de AM estabelece a transferência precoce dos cuidados com o bebê aos pais após o nascimento.</p> <p>PN2.4 – Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente informam que começaram a participar na realização de cuidados do bebê nas primeiras 24 horas após o nascimento, a menos que houvesse razões justificáveis para não fazê-lo, como condição da mãe e da criança e cuidados médicos.</p> <p>PN2.5 – Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente informam que o pai/membro da família ou outra pessoa significativa foi incentivado e apoiado a participar no cuidado do bebê nas primeiras 24 horas após o nascimento, se estivesse presente.</p> <p>PN2.6 – Confirmação pela observação que todas as mães dos bebês na unidade neonatal têm acesso a um lugar para descansar ao lado do leito do seu bebê (de acordo com o nível).</p> <p>“ Cama / colchão (nível ***)</p> <p>“ Poltrona reclinável (nível **)</p> <p>“ Cadeira sem apoio de braço (nível *)</p> <p>PN2.7 – Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente informam que elas puderam comer não muito longe da unidade neonatal (de acordo com os níveis).</p> <p>“ Comer na unidade (nível ***)</p> <p>“ Perto da unidade (5 minutos andando ou menos) (nível **)</p> <p>“ Não muito longe da unidade (6 a 10 minutos de distância andando) (nível *)</p> <p>PN2.8 – Confirmação pela observação que a iluminação é individualizada, os olhos dos bebês prematuros não estão expostos diretamente à luz, e o nível de som é baixo (conversas são mantidas em voz baixa, alarmes são programados em volumes baixos e silenciados imediatamente, e outras fontes de ruídos ocorrem com pouca frequência).</p> <p>PN2.9 – Pelo menos 80% das mães relatam que o ambiente é apropriado para a sua presença e para a amamentação em relação a luz, som, nível de atividade e privacidade.</p> <p>PN2.10 – Confirmação pela observação que a unidade proporciona quartos para cuidados familiares / individualizados com camas / poltronas reclináveis / colchões que dão aos pais a oportunidade de permanecer 24h/7d.</p>
<p>Princípio Norteador 3 - O sistema de saúde deve assegurar a continuidade do</p>	<p>PN3.1 – A continuidade do cuidado é abordada na política de AM.</p> <p>PN3.2 – Todos os protocolos ou normas clínicas do hospital relacionados à lactação, amamentação e apoio à alimentação de prematuros e bebês doentes indicam que as normas da unidade neonatal estão de acordo com a IHAC e diretrizes atuais baseadas em evidências.</p>

<p>cuidado, ou seja, a continuidade do cuidado pré, peri e pós-natal e após a alta hospitalar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 8 critérios <ul style="list-style-type: none"> ✓ Profissionais de saúde – 3 critérios ✓ Mães – 2 critérios ✓ Observação e análise documental – 3 critérios 	<p>PN3.3 – O chefe/diretor dos serviços de enfermagem neonatais/pediátricos relatam que a unidade tem uma pessoa identificada responsável pelo trabalho com a continuidade do cuidado em relação à lactação, amamentação e apoio à alimentação durante cada estágio da prestação de cuidado de saúde.</p> <p>PN3.4 – Pelo menos 80% do corpo clínico selecionado aleatoriamente pode nomear uma pessoa responsável por trabalhar com a continuidade dos cuidados relacionados à lactação, amamentação e apoio à alimentação.</p> <p>PN3.5 – Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente informam que recebem informações coerentes sobre lactação, amamentação e apoio à alimentação do seu bebê durante toda a continuidade dos cuidados.</p> <p>PN3.6 – Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente informam que o corpo clínico sabe o que se passou antes com seus filhos e que elas não têm que repetir a história do estado de saúde do seu bebê e atual plano de cuidados (incluindo lactação atual, AM e estratégia de apoio à alimentação) aos cuidadores envolvidos no cuidado do seu bebê.</p> <p>PN3.7 – As informações sobre a situação atual e plano para a lactação, amamentação e apoio alimentar estão incluídas no relatório fornecido pela unidade neonatal quando o cuidado do bebê é transferido para a próxima fase do atendimento.</p> <p>PN3.8 – Pelo menos 80% do corpo clínico selecionado aleatoriamente confirma que as informações sobre a situação atual e plano para a lactação estão incluído no relatório fornecido pela unidade neonatal quando o cuidado do bebê é transferido para a próxima fase do atendimento.</p>
--	---

Fonte: NYQVIST et al. (2015). Traduzido e adaptado (2015).

4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Foram analisadas as proporções do nível de adesão geral por Passo e aos Dez Passos, ao Código e aos Princípios, além do nível de adesão parcial, na perspectiva dos profissionais de saúde, das mães de bebês prematuros e do avaliador externo, aos Dez Passos antes e após a implantação IHAC-Neo.

Para verificar a homogeneidade entre as mães entrevistadas no M1 e M2, foram utilizados os testes t-Student para as variáveis contínuas e o teste Qui-quadrado e Teste Exato de Fisher para as variáveis categóricas.

Com o objetivo de verificar se houve diferenças entre as proporções do nível de adesão nos dois momentos, antes e após a intervenção, fez-se o Teste Z para comparar as proporções, e os respectivos p-valores encontrados consideraram o nível de significância $\alpha=0,05$. Os intervalos de confiança construídos para a diferença entre as proporções foram de 95%.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - EERP/USP; sob o CAAE nº 23975813.7.1001.5393 (Anexo 1), com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos profissionais (Anexo 2) e mães (Anexo 3) e mantido o sigilo e anonimato dos participantes.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram apresentados e discutidos no Manuscrito 1, intitulado **“AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DA INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA PARA UNIDADES NEONATAIS”**

5.1 MANUSCRITO 1

AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DA INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA PARA UNIDADES NEONATAIS

BABY-FRIENDLY HOSPITAL INITIATIVE EFFECTIVENESS' EVALUATION AT NEONATAL WARDS

Ariane Thaise Alves Monteiro¹; Edilaine Giovanini Rossetto²; Sarah Nancy Deggau Hegeto de Souza³; Mariana Ragassi Urbano⁴; Carmen Gracinda Silvan Scochi⁵

1. Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Universidade Estadual de Londrina (UEL).
Email: arianethaise@gmail.com
2. Enfermeira. Doutora em Ciências. Orientadora. Professor Adjunto. UEL.
3. Enfermeira. Doutora em Ciências. Professor Adjunto. UEL.
4. Professor Adjunto do Departamento de Estatística. UEL.
5. Professor Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.

Resumo

Introdução: A expansão da Iniciativa Hospital Amigo da Criança para unidades neonatais (IHAC-Neo) é uma estratégia para atender às necessidades e complexidade do aleitamento materno (AM) do prematuro. **Objetivo:** Avaliar a efetividade da implantação da IHAC-Neo, norteando-se pelo marco conceitual *Knowledge Translation* (KT) antes e após sua implantação em uma unidade neonatal. **Método:** Estudo de intervenção do tipo “pré e pós”. A coleta de dados foi realizada em dois momentos: antes da intervenção (M1), sucedido pela implantação da IHAC-Neo, e após a implantação (M2). A coleta das informações se fez pela triangulação de dados segundo a perspectiva dos profissionais de saúde, das mães de bebês prematuros e pela observação da realidade com revisão documental por avaliador externo. O instrumento utilizado foi o *Neo-BFHI Assessment Tool* traduzido e adaptado transculturalmente para a língua portuguesa, utilizado para avaliação do nível de adesão aos Três Princípios Norteadores, aos Dez Passos da IHAC-Neo e ao Código Internacional para Comercialização dos Substitutos de Leite Materno. **Resultados:** O escore geral de adesão aos Dez Passos praticamente dobrou quando comparado M1 com M2. O cumprimento ao código não apresentou diferença

estatística quando comparado os dois momentos, pois já apresentava boa adesão em M1. O nível de adesão parcial aos Três Princípios Norteadores, Dez Passos e ao Código, na perspectiva dos profissionais, mães e avaliador externo, apresentaram aumento estatisticamente significativo. **Conclusão:** Considerou-se que a implantação da IHAC-Neo, guiada pelo KT se constituiu em uma inovadora e efetiva estratégia para a mudança da prática de promoção, apoio e proteção do AM em prematuros.

Palavras-chave: Enfermagem Neonatal. Prematuro. Aleitamento Materno. Prática Clínica Baseada em Evidências. Avaliação de Serviços de Saúde. Efetividade.

Abstract

Introduction: The expansion of the Baby Friendly Hospital Initiative to neonatal units (BFHI-Neo) is a strategy to meet the needs and complexity of breastfeeding a premature. **Objective:** To evaluate the effectiveness of the BFHI-Neo implementation, guiding by the conceptual framework Knowledge Translation (KT) before and after its implementation in a neonatal unit. **Method:** intervention study of the "before and after". Data collection was performed in two stages: before the intervention (M1), followed by the BFHI-Neo implementation, and after implementation (M2). Data collection was performed by triangulation of data collected by the health professionals perspective, mothers of premature babies and the observation of reality with document review by external evaluator. The instrument used was the Neo-BFHI Assessment Tool translated and culturally adapted into Portuguese, used to evaluate the level of adherence to the Three Guiding Principles, the Ten Steps BFHI-Neo and the International Code for Marketing of Breast-milk Substitutes. **Results:** The overall score of adherence to the Ten Steps has almost doubled when compared M1 with M2. Compliance with the code no statistical difference when the two moments are compared, because it already had good adhesion in M1. The level of partial adherence to the Three Guiding Principles, Ten Steps and the Code, from the perspective of professionals, mothers and external evaluator showed a statistically significant increase. **Conclusion:** It was considered that the implementation of the BFHI-Neo, led by KT was formed in an innovative and effective strategy to change the practice of promotion, support and protection of breastfeeding in preterm infants.

Key words: Neonatal Nursing. Premature. Breastfeeding. Evidence-Based Practice. Health Services Evaluation. Effectiveness.

Introdução

Diante da vulnerabilidade dos prematuros, o aleitamento materno (AM) é uma das principais estratégias para reduzir a morbimortalidade desta população, pois, além de proporcionar nutrição e imunização ao recém-nascido (RN), possibilita um crescimento e desenvolvimento saudável, auxilia na maturação gastrointestinal,

reduzindo os riscos de enterocolite necrotizante¹, protege da retinopatia da prematuridade², previne alergias alimentares, doenças cardiovasculares, sobrepeso e obesidade³⁻⁴, infecções neonatais⁵ e pode influenciar diretamente no desenvolvimento cognitivo das crianças⁶, além de favorecer a construção e o fortalecimento do vínculo afetivo entre a mãe e o bebê⁷⁻⁸.

Amamentar um prematuro, entretanto, não é tarefa fácil, em razão de sua imaturidade fisiológica e neurológica, dificuldade na coordenação e controle de sucção, deglutição e respiração⁹, o que pode interferir na amamentação. Outros fatores também podem levar ao desmame precoce, como: técnica inadequada de alimentação, falta de estímulo e orientação, manejo inadequado pelos profissionais e fatores institucionais^{8,10}.

Entre as políticas e ações de promoção do AM, a adoção da estratégia Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), que propõe o alcance dos Dez Passos para o Sucesso do AM, tem contribuído expressivamente no aumento das taxas de aleitamento materno exclusivo (AME) e sua duração¹¹⁻¹². Todavia, o RN prematuro frequentemente é privado desse benefício, e a IHAC tem sido considerado ineficaz para atender às necessidades e à complexidade da amamentação desses bebês¹³⁻¹⁶.

Diante das baixas taxas de AME, difícil manutenção do AM durante a internação do prematuro e após sua alta da unidade neonatal, um grupo de pesquisadores dos países nórdicos e do Canadá expandiram o programa IHAC para unidades neonatais (IHAC-Neo) para atender essa população com necessidades especiais, tendo como base Três Princípios Norteadores (PN)¹⁷ e considerando o envolvimento de toda a equipe multiprofissional como condição essencial para o sucesso das mudanças das ações e a melhoria da qualidade da assistência¹⁸, esta pesquisa utilizou o *Knowledge Translation* (KT) como marco conceitual para orientar toda a sua implementação, uma vez que se tratava de modificar a prática clínica com base em evidências científicas.

À vista disso, o objetivo desta pesquisa foi avaliar a efetividade da IHAC-Neo antes e após sua implantação, norteadada pelo marco conceitual KT, em uma unidade neonatal.

Método

Trata-se de um estudo interventivo, com comparação pré e pós-intervenção, parte de um projeto multicêntrico intitulado “Aleitamento materno em prematuros: impacto da IHAC para unidades neonatais”*, realizado na unidade neonatal de um hospital universitário do norte do Paraná, certificado com o título Hospital Amigo da Criança há mais de 15 anos, referência em gestação de alto risco e com altas taxas de prematuridade.

Fez-se a coleta de dados em dois momentos: momento 1 (M1), antes da intervenção, sucedido pela intervenção, que foi a implantação da estratégia IHAC-Neo, e o momento 2 (M2), que ocorreu após a intervenção.

A coleta das informações se deu pela triangulação de dados segundo entrevistas dos profissionais de saúde e mães dos bebês internados na unidade, observações do cenário e revisão de documentos realizada por auxiliares da pesquisa, que foram treinados quanto às técnicas de coleta.

Foram coletados dados relativos ao AM, pelo nível de adesão aos Três PN, aos Dez Passos e ao Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno, na perspectiva dos três atores envolvidos para apreensão das práticas de promoção, proteção e apoio ao AM de prematuros existente nos períodos de julho a outubro de 2014 (M1) e abril e maio de 2016 (M2).

A implantação da IHAC-Neo, contemplando os Três PN, os Dez Passos e o Código, foi guiada pelo marco conceitual KT, utilizando-se do modelo *Promoting Action on Research Implementation in Health Services* (PARIHS) e da estratégia *Evidence-Based Practice Identification & Change* (EPIC), com duração de 15 meses, realizada no período de dezembro de 2014 a março de 2016. As estratégias do KT para mudança da prática da promoção, proteção e apoio do AM do prematuro se desenvolveu por meio de ações efetivas e sustentáveis, fazendo uso de lembretes, material educacional, sensibilização, capacitações, elaboração de protocolos, manuais, cartilhas, campanhas, auditoria e *feedback*.

O instrumento adotado para a coleta de dados foi o *Neo-BFHI Assessment Tool*, traduzido e adaptado transculturalmente para a língua portuguesa e, posteriormente, transcrito para a plataforma *IForm*, para permitir que toda a coleta fosse realizada eletronicamente em um *tablet*.

*Projeto financiado pela Fundação Bill & Melinda Gates / CNPq / Ministério da Saúde - edital nº 05/2013 – Grandes Desafios / *Grand Challenges* Brasil.

Para a triangulação dos dados, na perspectiva dos profissionais de saúde, utilizaram-se dois questionários, sendo um para entrevistas com os integrantes da equipe de saúde/corpo clínico, com 61 questões, e outro para entrevista com o diretor/responsável pelo estabelecimento de saúde, com 22 questões. Na perspectiva das mães, utilizou-se um questionário com 80 questões, e na perspectiva do avaliador externo, o questionário de observação da unidade neonatal, com 21 questões e revisão documental com 100 questões, totalizando 284 questões.

O tamanho da amostra respeitou a recomendação da IHAC convencional: de 10 a 30 profissionais¹⁹ com a proporcionalidade de, no mínimo, 30% do total de componentes da equipe, garantindo a representatividade de grande parte das categorias. Os profissionais foram selecionados por sorteio aleatório, considerando a categoria de atuação, exceto aquelas em número muito reduzido, como de assistente social e nutricionista. Do total de 58 profissionais de saúde da unidade, seguindo os critérios de inclusão – vínculo efetivo com o hospital e atuação direta na assistência ao prematuro na unidade neonatal –, a amostra do estudo consistiu em 23 profissionais de saúde entrevistados no M1, sendo 1 enfermeira assistencial, 2 residentes de enfermagem neonatal, 11 auxiliares / técnicos de enfermagem, 3 médicos plantonistas, 1 médico residente em neonatologia, 1 nutricionista, 1 fisioterapeuta e 1 assistente social, contando ainda com 2 chefias, 1 médico chefe e 1 enfermeira encarregada da unidade. No M2 foram entrevistados os mesmos profissionais que em M1, com perda de apenas duas por já não estarem atuando na unidade no momento pós-intervenção.

Para avaliar a percepção das mães sobre a assistência oferecida pela equipe, estabeleceu-se uma amostra de, no mínimo, 21 mães, respeitando novamente a recomendação da IHAC convencional (entrevista com 15 a 30 mães no pós-parto e de 5 a 10 mães de bebês internados em unidade neonatal)¹⁹, sendo 7 mães de bebês internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), 7 mães de bebês internados em Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN) e 7 mães de bebês que já tivessem recebido alta hospitalar.

Os critérios de inclusão foram: mãe de bebê prematuro com idade gestacional menor que 37 semanas internado na unidade neonatal, com capacidade cognitiva para responder aos questionários, que demonstrasse desejo de amamentar;

excluídas aquelas com contraindicação temporária ou definitiva para amamentar ou se o bebê tinha contraindicação para o AM. Mães de bebês prematuros que já tinham recebido alta hospitalar foram contatadas via telefone, preferencialmente dentro da primeira quinzena, e, no máximo, 30 dias após a alta. No M1, foram entrevistadas 27 mães; no M2, 21.

Para a observação da realidade, estabeleceu-se um avaliador externo, ou seja, um profissional com formação e experiência na área pediátrica e/ou de AM que não tivesse vínculo com a unidade em estudo. As unidades observadas em ambos os momentos foram: UTIN, UCIN, área de trabalho de parto e parto, enfermarias de puerpério, alojamento conjunto e Centro Cirúrgico da instituição, seguindo o roteiro proposto no instrumento, a fim de avaliar as mudanças do ambiente e das práticas de apoio ao AM do prematuro.

Para a revisão documental, foram identificados os documentos existentes e utilizados nesses locais, tais como a política de AM da unidade e os protocolos vigentes, normas e rotinas, antes e após a implantação da IHAC-Neo.

Cada um dos PN, Passos e o Código possuem critérios, que variam de 5 a 18, sendo cada critério mensurado por meio de uma ou mais questões (abertas ou semiestruturadas), avaliadas de acordo com a pertinência, na perspectiva dos profissionais, mães e avaliador externo, totalizando 139 critérios.

A proporção considerada como adesão satisfatória a cada critério foi de, no mínimo, 80% de respostas desejáveis, estabelecida arbitrariamente, assim como na IHAC convencional, porém esses critérios poderiam ser flexíveis e considerados de acordo com a realidade, o contexto da unidade e os protagonistas que vivenciam a prática. Cada critério poderia resultar em duas possibilidades de escore: 0 (critério não completamente implementado) e 1 (critério implementado)²⁰.

Para sumarizar um Passo, somam-se os pontos obtidos em cada critério implementado de um dado Passo, cujo total é dividido pelo número máximo de pontos que poderia ser obtido naquele Passo, se todos os critérios tivessem sido alcançados.

A homogeneidade da amostra de mães entrevistadas em M1 e M2 foi analisada por meio dos testes t-Student para as variáveis contínuas e o teste Qui-quadrado e Teste Exato de Fisher para as variáveis categóricas.

Foram analisadas e comparadas as proporções do nível de adesão geral por Passo e aos Dez Passos, ao Código e aos PN, além do nível de adesão parcial na perspectiva dos profissionais de saúde, das mães e do avaliador externo antes e após a implantação da IHAC-Neo. Na comparação dos níveis de adesão nos dois momentos, fez-se o Teste Z com nível de significância $\alpha < 0,05$ e intervalo de confiança de 95%.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - EERP/USP; sob o CAAE nº 23975813.7.1001.5393, seguindo os preceitos éticos, com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos profissionais e mães e mantido sigilo e anonimato dos participantes.

Resultados

Foram entrevistados 23 profissionais de saúde em M1 e 21 em M2. A maioria deles tinha escolaridade acima de 11 anos (86%), com especialidade na área materno-infantil ou em outras áreas, além de dois com mestrado e um com doutorado. Praticamente metade da equipe entrevistada trabalhava tanto no turno da manhã como da tarde (47,6%) e quase 30% trabalhava à noite. Apenas 23,8% dos profissionais tinham outro vínculo de trabalho. O tempo de trabalho na unidade neonatal variou de dois a 32 anos, com média de 13 anos. Somente um profissional relatou não ter realizado curso sobre AM.

Foram entrevistadas 48 mães, 27 delas abordadas em M1 e 21 em M2, cuja a idade média foi 27 anos, a maioria com nove anos de estudo ou mais, era casada ou vivia em união estável, teve gestação única e parto cesáreo (Tabela 1). Observou-se homogeneidade entre o grupo de mães entrevistadas em M1 e M2, considerando valor $p < 0,05$ para a diferença, o que permitiu a comparação entre os grupos.

Caracterizados os prematuros das mães entrevistadas, cuja amostra foi de 29 prematuros em M1 e 22 em M2, em razão de gemelaridade, os dois grupos também se apresentaram semelhantes nas três variáveis analisadas: sexo do neonato, idade gestacional e peso ao nascer (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização das mães entrevistadas e seus recém-nascidos prematuros internados na unidade neonatal em estudo na fase pré e pós-intervenção. Londrina, 2016.

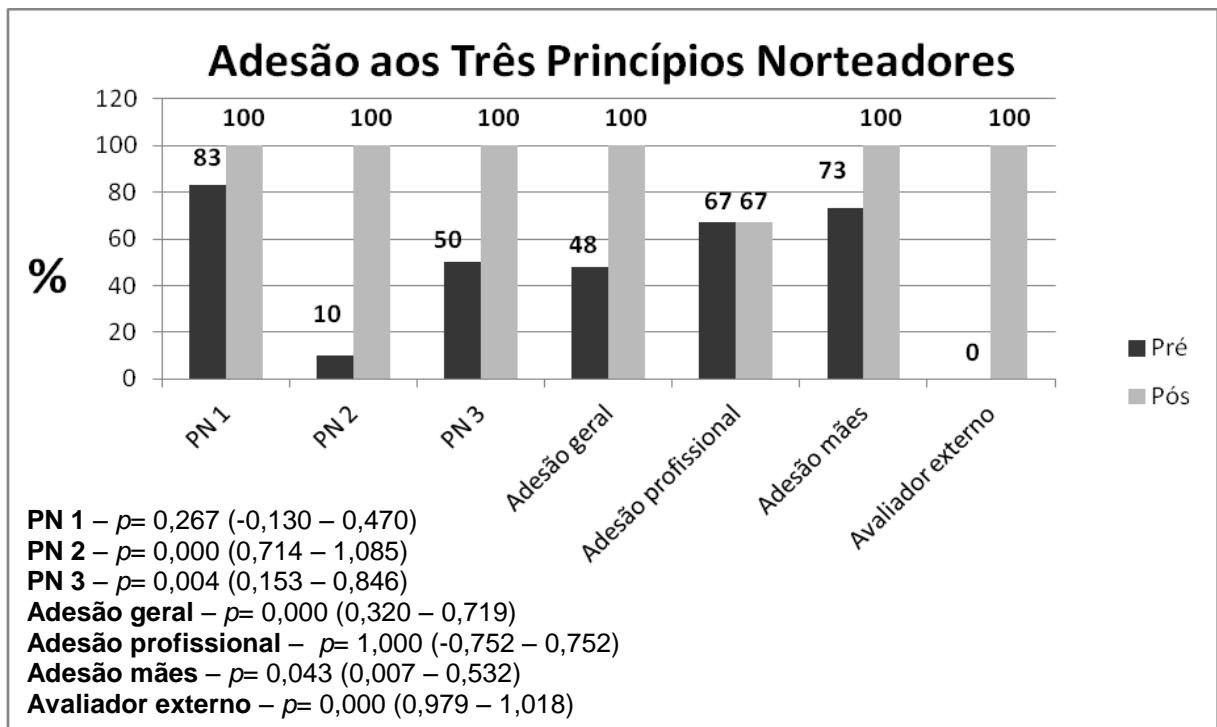
Caracterização das mães	Pré-intervenção		Pós-intervenção		Valor <i>p</i>
	n=27 mães		n=21 mães		
Idade da mãe	16 - 40 anos (média 27 anos)		15 - 40 anos (média 26 anos)		0,794*
	n	%	n	%	
Escolaridade					
< 9 anos	04	14,8	05	23,8	0,477***
≥ 9 anos	23	85,2	16	76,2	
Companheiro					
Casada /União estável	25	92,6	18	75,0	0,641**
Solteira	02	7,4	03	25,0	
Primípara	10	37,0	12	57,1	0,165**
Tipo de gestação					
Único	25	92,6	20	95,2	1,000***
Duplo	02	7,4	01	4,8	
Tipo de parto					
Vaginal	04	14,8	07	33,3	0,174***
Cesárea	23	85,2	14	66,7	
Caracterização dos prematuros	n=29 prematuros		n=22 prematuros		Valor <i>p</i>
	n	%	n	%	
Sexo do RN					
Feminino	14	48,3	12	54,5	0,657**
Masculino	15	51,7	10	45,5	
IG ao nascer	25 - 36 sem (média 31 sem)		25 - 36 sem (média 30 sem)		0,370*
Peso ao nascer	740g – 2.740g (média 1.612g)		715g – 2.645g (média 1.552g)		0,713*

*Teste t-Student; **Teste Qui-quadrado; *** Teste Exato de Fisher

Fonte: O próprio autor.

A adesão geral aos Três PN (Figura 1) mais que dobrou quando comparado M1 (48%) com M2 (100%), diferença esta estatisticamente significativa ($p=0,000$), principalmente pelo aumento do PN 2, segundo o qual as ações devem facilitar o cuidado centrado na família, e do PN 3, que assegura a continuidade do cuidado no período de internação e após a alta hospitalar. Houve aumento expressivo também na adesão na perspectiva do avaliador externo e na perspectiva das mães.

Figura 1 – Adesão aos Três Princípios Norteadores da IHAC-Neo, adesão geral e adesão parcial na perspectiva dos profissionais de saúde, das mães e do avaliador externo nos momentos pré e pós-intervenção. Londrina, 2016.



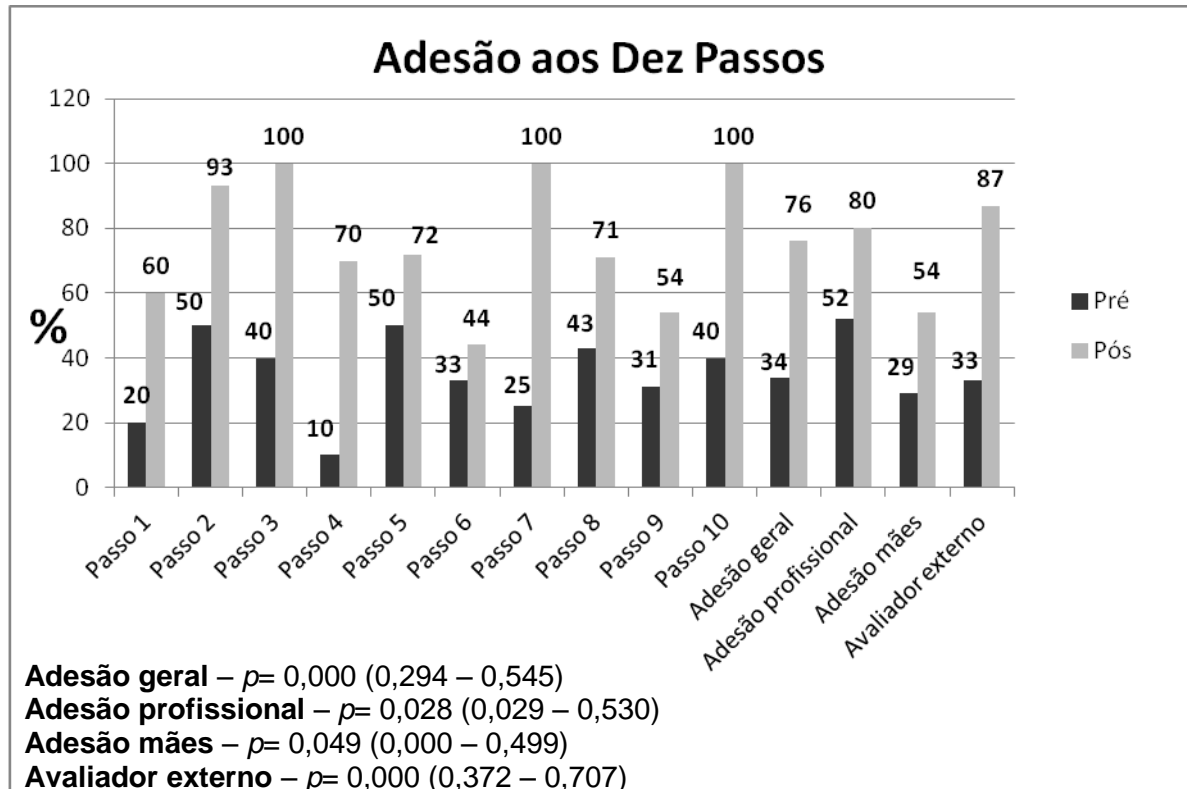
Fonte: O próprio autor.

Nenhum dos Passos apresentava adesão maior que 50% à IHAC-Neo em M1 (Figura 2). Todos os Passos tiveram aumento na adesão em M2, em especial, cinco deles cuja diferença foi estatisticamente significativa: Passos 2, 3, 4, 7 e 10, tendo alcançado pelo menos 70% Em M2, sete deles alcançaram pelo menos 70% de adesão, a saber: Passo 2 – educação e treinamento da equipe; Passo 3 – informações a gestantes de risco sobre AM; Passo 4 – contato pele a pele precoce; Passo 7 – mãe e bebê juntos 24 horas por dia e Passo 10 – preparo dos pais disponibilizando serviços de apoio após a alta.

Os Passos que não apresentaram diferença significativa foram: Passo 1 – política de AM, Passo 5 – estabilidade clínica do prematuro como único critério para início da amamentação, Passo 8 – amamentação sob livre demanda ou semi-demanda e Passo 9 – uso de alternativas à amamentação somente com razões justificáveis, até que o AM esteja bem estabelecido. Somente o Passo 6, que se refere a não oferecer outro leite ao prematuro, exceto se prescrito por motivos justificáveis, manteve-se abaixo de 50% na pré e pós-intervenção, mesmo tendo aumentado 11% em M2.

A adesão geral aos Dez Passos, ao considerar a triangulação de dados bem com as perspectivas isoladas dos profissionais de saúde, das mães e do avaliador externo aumentaram significativamente em M2.

Figura 2 – Adesão aos Dez Passos da IHAC-Neo, adesão geral e adesão parcial na perspectiva dos profissionais de saúde, das mães e do avaliador externo nos momentos pré e pós-intervenção. Londrina, 2016.



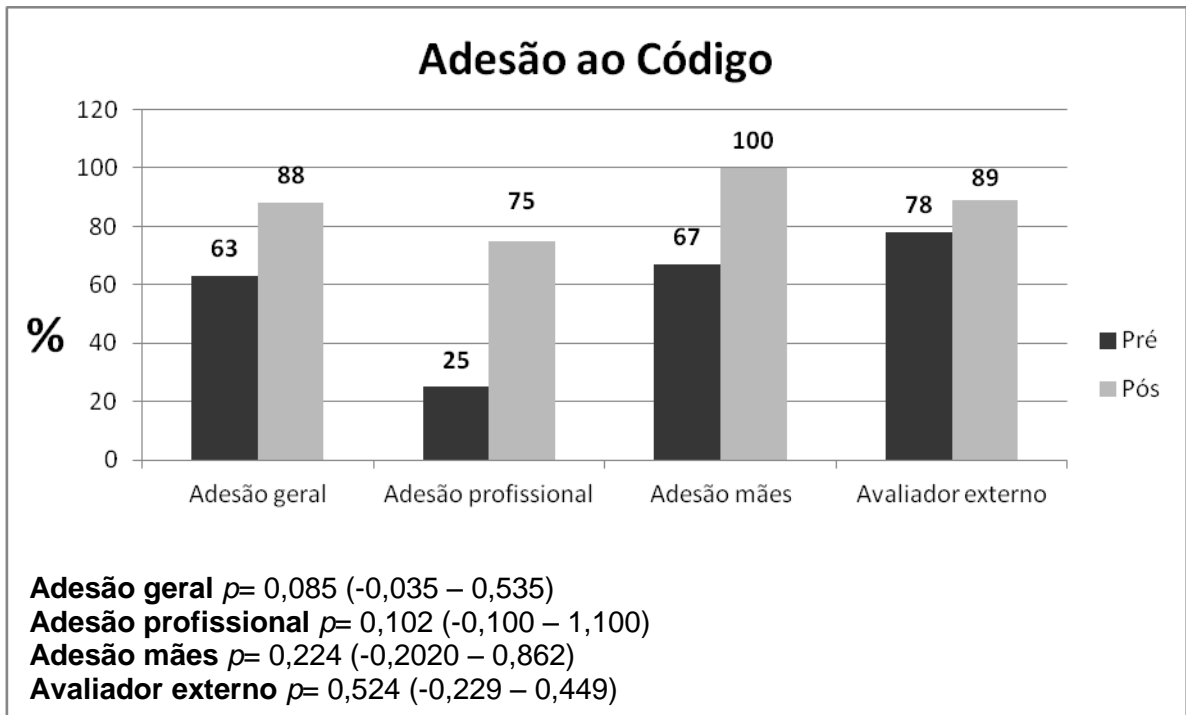
Passo 2*; **Passo 3***; **Passo 4***; **Passo 7***; **Passo 10***.

*Passos com significância estatística

Fonte: O próprio autor.

A adesão geral ao Código Internacional para Comercialização dos Substitutos de Leite Materno não apresentou diferença estatisticamente significativa (Figura 3), obtendo-se nível de adesão em M1 superior àqueles obtidos nos Dez Passos, apreendida a partir dos relatos dos profissionais, mães e avaliador externo. Embora não mostrando significância, vale destacar a diferença no aumento de adesão na perspectiva dos profissionais da saúde, que foi de 25% para 75%.

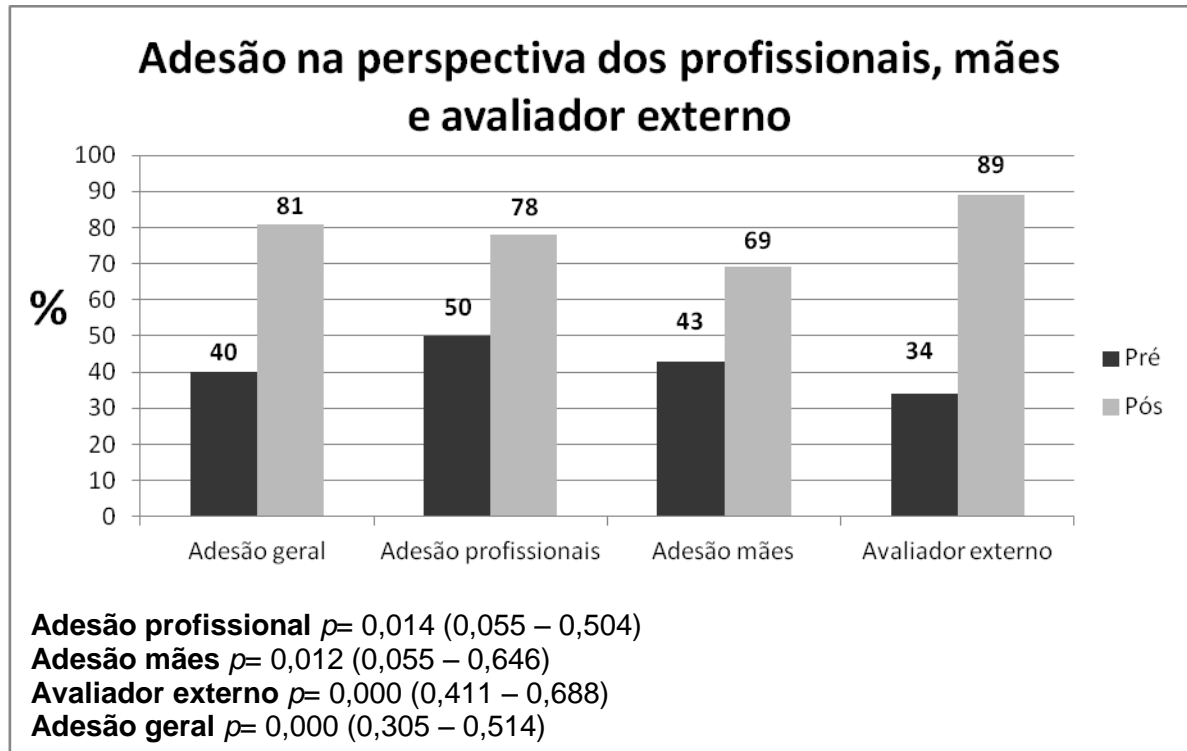
Figura 3 – Adesão ao Código da IHAC-Neo, adesão geral e adesão parcial na perspectiva dos profissionais de saúde, das mães e do avaliador externo nos momentos pré e pós-intervenção. Londrina, 2016.



Fonte: O próprio autor.

O nível de adesão ao IHAC-Neo congregando os Três PN, Dez Passos e o Código apresentou diferença significativa na perspectiva da triangulação realizada nesta pesquisa (Figura 4). A adesão geral ao IHAC-Neo atingiu o nível recomendado (80%) em M2, em especial pela perspectiva do avaliador externo.

Figura 4 – Adesão geral aos Três Princípios Norteadores, aos Dez Passos e ao Código da IHAC-Neo e adesão parcial na perspectiva dos profissionais de saúde, das mães e do avaliador externo nos momentos pré e pós-intervenção. Londrina, 2016.



Fonte: O próprio autor.

Discussão

Ressalta-se o ineditismo nacional e internacional deste trabalho, por avaliar a efetividade da IHAC-Neo pelo KT e mensurada por meio de adesão aos Três PN, aos Dez Passos e ao Código, dados colhidos e processados eletronicamente.

Adesão diz respeito a aprovação; consentimento ou admiração por algo; apoio ou reconhecimento em relação a algo²¹. Isso não é apenas apoio à amamentação, mas sim uma mudança de paradigma da equipe com relação à forma de inserir e tratar a família. Por isso, diferentemente da IHAC convencional, a expansão e adaptação dos Dez Passos para o Sucesso do AM apoiam-se nos Três PN, que propõem um cuidado centrado na família¹⁶⁻¹⁷. Os pais frequentemente encontram e identificam o ambiente da UTIN como uma barreira à sua presença e isso precisa ser modificado pela atuação dos profissionais em relação a eles, de maneira que todos entendam que o seu cuidado é importante para a recuperação do filho prematuro²².

A baixa adesão em geral encontrada antes da implantação (M1) evidenciou que a IHAC convencional não consegue realmente atender às especificidades e demandas do complexo processo de amamentar prematuros internados em unidade neonatal²³⁻²⁵.

Ser Hospital Amigo da Criança já demonstrou ter efeitos positivos na prevalência do AM do RN saudável^{12,26-27}. Assim sendo, a prevalência do AM dos prematuros poderia ser o principal indicador de eficácia para a implantação do programa, mas será apresentada pelo projeto multicêntrico – do qual este estudo faz parte –, não constituindo objetivo da presente pesquisa.

Desse modo, tão importante quanto a pesquisa para a produção primária de conhecimento, é a pesquisa sobre maneiras eficazes de transferi-la para a prática. A ciência da implementação envolve a investigação e a intervenção sobre os principais nós críticos que impedem a implementação eficaz das intervenções cientificamente comprovadas para impacto na saúde pública por meio da identificação, compreensão e superação de barreiras²⁸.

A implantação da estratégia IHAC-Neo, norteada pelo marco conceitual KT, trouxe um impacto satisfatório quando comparada aos dados basais, considerando que já se tratava de uma instituição certificada como IHAC convencional há bastante tempo e foi reavaliado há menos de dois anos, mantendo seu título.

A escolha do marco conceitual KT, guiado pelo modelo PARIHS e pela estratégia EPIC para promover e apoiar as mudanças necessárias, deu-se por ele estar fundamentado em três pilares – a natureza da evidência, o contexto em que a mudança é implementada e a forma em que a mudança é facilitada²⁹ –, os quais se mostraram favoráveis na presente proposta. O contexto da unidade estudada foi considerado um ponto forte, pois ter o título de Hospital Amigo da Criança facilitou muito a implementação da IHAC-Neo, considerando que a cultura de AM existente na instituição contribuiu de modo a requerer somente ajustes específicos relacionados à condição da prematuridade, não tendo sido necessário trabalhar a sensibilização a respeito da importância do tema para a equipe.

O nível de adesão ao Código pode ilustrar essa circunstância quando comparados M1 e M2, que não foram estatisticamente diferentes – provavelmente pelo fato de que esses critérios já se encontravam quase totalmente implementados em M1, por tratar-se de Hospital Amigo da Criança há mais de 15 anos, pois,

independentemente do contexto, essas questões são bem semelhantes às da IHAC convencional.

Tratou-se, além disso, de um processo construído coletivamente, com engajamento de uma equipe multidisciplinar para a implementação de inovações na prática clínica que fossem sustentadas por evidências científicas, considerando a realidade e o contexto do serviço. Deve-se salientar que o envolvimento de toda a equipe multiprofissional é condição essencial para o sucesso das ações e a melhoria da qualidade da assistência¹⁸.

Acredita-se que, a partir do momento em que as pessoas são levadas a refletir sobre o seu trabalho e o significado dele, a probabilidade de mudanças pessoais aumenta, repercutindo em transformações na sociedade e em conquistas de muitos desafios assistenciais³⁰.

Outro mérito deste estudo foi a triangulação de dados, metodologia utilizada para avaliar a efetividade da estratégia implantada. Deve-se levar em conta que o nível de adesão a essas práticas foi dimensionado por meio da tipologia da triangulação apresentada, permitindo clarear a realidade a partir de vários ângulos, com uma dinâmica de investigação que permite confluências, perguntas, dúvidas, numa discussão interativa e intersubjetiva na construção e análise dos dados³¹. Considerar a perspectiva dos profissionais de saúde, das mães dos prematuros e, ainda, do avaliador externo, que observou a realidade da unidade e fez a análise documental, possibilitou atestar a coerência dos resultados pela agregação de múltiplos pontos de vista complementares e ainda verificar o entrelaçamento entre o que se fala e o que se faz³¹. Isso é relevante, porque os resultados são suscetíveis à parcialidade quando dependem de uma única fonte²⁰.

Acresça-se, ainda, que o *Neo-BFHI Assessment Tool* congrega um conjunto abrangente de critérios de qualidade dessas práticas relacionados aos Três PN, aos Dez Passos da IHAC-Neo e ao Código, que, além de fundamentados em evidências científicas, são coletados não somente sob a perspectiva de diferentes participantes (profissionais, mães e avaliador externo), mas também por meio de diferentes técnicas (entrevista, observação e análise documental), e cujo percentual / escore de adesão é calculado mediante uso de métodos quantitativos²⁰.

Sobre os participantes da pesquisa, merece destaque a diversidade de vivências das mães no processo de amamentação, incluindo mães de bebês

internados em UTIN e em UCIN, bem como outras, cujo filho prematuro já tinha recebido alta hospitalar. Quanto aos profissionais de saúde entrevistados, sobressai a diversificação de categoriais profissionais, o tempo de atuação naquela unidade e os turnos de trabalho, proporcionando a representatividade de toda a equipe de saúde com atuação direta na assistência ao prematuro na unidade neonatal.

A adesão geral aos Três PN foi satisfatória, passando de menos da metade antes da implantação da IHAC-Neo para total adesão em M2, com diferença estatisticamente significativa em PN2 e PN3. Isso era essencial, quando se considera que os PN são a base de todos os Passos, de maneira que estes são o desdobramento e cumprimento da operacionalização dos PN na prática. O PN1, que prevê que as mães (famílias) sejam consideradas como particularmente "vulneráveis" e tenham apoio individualizado focado na amamentação e alimentação do bebê, entendendo as necessidades individuais de cada mãe no seu contexto, não apresentou diferença estatisticamente significante, provavelmente por já estar mais bem implementado em M1, dado o projeto de apoio às famílias prematuras que a unidade possui há dez anos. O PN2 postula que todas as ações devem facilitar a abordagem do cuidado centrado na família. A política de AM deve explicitar que a presença do pai / membro da família ou outras pessoas significativas seja permitida dentro da unidade e estabelece a transferência precoce dos cuidados com o bebê aos pais após o nascimento, tão logo que possível. O PN3 propõe meios para assegurar a continuidade do cuidado entre os períodos pré, peri e pós-natal, bem como após a alta hospitalar.

Sobre o escore geral de adesão aos Dez Passos, o aumento foi coerentemente uma resultante de todas as evoluções constatadas pelos profissionais, pelas mães, pelo avaliador externo na observação da unidade e na revisão documental. Cabe destacar que a observação com revisão documental pelo avaliador externo apresentou aumento de adesão em praticamente todos os Passos em M2, com exceção do Passo 6, que se manteve igual ao M1. Para essa forma de avaliação, deve-se reforçar a importância da existência de uma política de AM detalhada, com protocolos específicos para dar sustentabilidade às mudanças das práticas que apoiam a amamentação do prematuro.

O Passo 1, que postula a política e construção de protocolos, triplicou sua adesão (de 20% para 60%) em M2. A política da IHAC-Neo na unidade de pesquisa

foi construída e exposta em forma de *banners*, a fim de fundamentar as ações de apoio ao AM do prematuro e redelinear as práticas de promoção e proteção em questão, além dos encontros presenciais para discussão e sensibilização com as equipes de todos os turnos. Foi um processo que envolveu a equipe multidisciplinar, visto que ter uma política que oriente e sustente a prática, respeitando as particularidades do serviço, considerando o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos, é primordial para o estímulo dos profissionais atuantes na unidade neonatal, além de ser um requisito importante para a avaliação do programa. Diretrizes claras são essenciais para apoiar a implementação da IHAC em unidades neonatais²⁴.

Não foi um processo fácil, uma vez que a política e os protocolos foram baseados em evidências científicas e, por se tratar de um processo multidisciplinar, houve muitas idas e vindas, alterações, aprovação e reprovação, mas, ao final, constituiu-se em documentos legítimos e respeitados pela equipe. Uma ampla variedade de práticas contribuiu para aumentar o início precoce, a duração e a exclusividade da amamentação em unidades neonatais, que devem ser padronizadas em políticas, protocolos, manuais, de acordo com a realidade e disponibilidade dos serviços de saúde, com o intuito de fortalecer as práticas na unidade e fornecer sustentabilidade ao programa³².

A expansão dos Dez Passos para a unidade neonatal se particulariza quando indica práticas específicas não contempladas na IHAC convencional, até mesmo com redação diferente nos Passos 3, 4, 5, 8 e 9, enquanto os demais Passos se diferenciam essencialmente pela aplicação no contexto próprio dos prematuros.

Dentre eles, o Passo 7, que se refere à permanência das mães junto aos seus bebês 24 horas por dia, teve o melhor aumento, sendo quatro vezes maior em M2 que em M1, apresentando mudança em todas as dimensões. A permanência das mães elevou-se expressivamente com a viabilização e estímulo para ficarem 24 horas por dia, podendo dormir na unidade, a fim de facilitar o estabelecimento do AM, que foi a principal ação modificada.

Antes da implantação, apenas 14% das mães entrevistadas, quando já estavam no domicílio com seus filhos, confirmaram que tiveram a oportunidade de dormir próximas de seus bebês quando internadas, comparando com 100% em M2. Se para bebês a termo é necessário que mãe e filho estejam alojados para o

estabelecimento da amamentação, ainda mais importante é a presença da mãe na unidade neonatal para aumentar a prevalência do AM em prematuros³³.

Para viabilização desse Passo, foram realizadas campanhas e rifas para arrecadação de recursos financeiros e doação de poltronas para melhor acomodar as mães – a alimentação já era fornecida, para não se ausentarem do setor. A instituição conta igualmente com uma casa de apoio para hospedar mães de cidades vizinhas, com o auxílio do serviço social. A aquisição das poltronas modificou a realidade, ainda que tenha sido necessário trabalhar a visão da equipe sobre essa questão, porque também se trata de mudança de hábitos, cultura, papel da família, ou seja, é o paradigma do cuidado ampliado para a família.

Seguido do Passo 7, o Passo 3, que corresponde à orientação profissional sobre amamentação das gestantes hospitalizadas que estão sob risco de ter o bebê admitido na unidade neonatal após o nascimento, foi um dos Passos que apresentou o maior nível de adesão, passando de 40% em M1 para completa adesão (100%) em M2.

Para esse efeito, foi necessário desenvolver algumas ações também na maternidade da instituição, e não só na unidade neonatal. Além do Conselho Prática-Pesquisa (CPP) criado na unidade neonatal, formou-se um CPP pela equipe da maternidade que identificou os problemas da unidade e programou as capacitações e mudanças nas práticas e rotinas do serviço, considerando as evidências e realidade local, mudando também o panorama da gestante de alto risco, orientada desde a maternidade, impactando no futuro do AM após o nascimento do seu bebê prematuro internado na unidade neonatal.

Visando à superação dessa série de problemas, a equipe da unidade neonatal elaborou uma cartilha para as gestantes hospitalizadas com risco de parto prematuro com informações sobre: a importância da presença dos pais na unidade neonatal para o bem-estar da criança, como estimular a produção de leite, ordenha manual do leite materno o mais cedo possível após o nascimento do bebê, ordenha elétrica, os benefícios específicos da amamentação do prematuro e do leite da mãe de prematuro, as propriedades do colostro e a importância do contato pele a pele com o bebê após o nascimento, ou o mais cedo possível.

Além de retomar as reuniões com os grupos de gestantes na maternidade, instituiu-se uma visita guiada para a gestante internada na unidade neonatal. A

gestante de risco tem, assim, a oportunidade de conhecer o ambiente para onde seu bebê pode ser encaminhado e a equipe que vai recebê-lo e informar-se sobre as principais rotinas da unidade, explorar suas fantasias, curiosidades, além de presenciar boas experiências, como a presença dos pais com seus filhos internados e o contato pele a pele. Dessa forma, a mãe se sensibiliza e se prepara emocionalmente para esse processo, como se fosse uma pré-programação que muda absolutamente a disposição futura da mulher para o enfrentamento da situação.

O Passo 10, que trata da continuidade do AM e assegura acesso a grupos/serviços de apoio após a alta hospitalar, também apresentou um aumento bem satisfatório, mais que dobrou sua adesão em M2.

Todas as mães relataram que receberam informações de como podiam começar a amamentação durante a hospitalização do bebê e após a alta. Esse fato foi confirmado pelos profissionais de saúde ao informarem as mães sobre onde elas poderiam obter apoio se precisassem de ajuda na alimentação de seus bebês após o retorno para casa.

Após a alta hospitalar, todas as mães (100%) em M2, contra 57% em M1, referiram ter sido acompanhadas pelos profissionais de saúde da instituição ou pela atenção primária. Esse acompanhamento se deu por visita domiciliar, retorno no ambulatório de amamentação ou ambos, ainda na primeira semana após alta. Essa continuidade do cuidado, mantendo a contrarreferência com a unidade de saúde, ficou assegurada pelo relatório fornecido pela unidade neonatal quando o bebê tem alta, constante na nova política de AM da unidade.

Tendo em vista que as mães enfrentam muitos obstáculos para continuar amamentando o filho prematuro após a alta hospitalar, é imprescindível que elas recebam o apoio necessário após a alta, uma vez que a transição para a casa costuma ser um desafio, mesmo se a amamentação estiver bem estabelecida³⁴. No entanto, recomenda-se que sejam os profissionais de saúde que atendem diretamente os prematuros e suas mães a fazer isso, pois estariam melhor capacitados para orientar as famílias a antecipar e resolver efetivamente as limitações da lactação em casa³⁵.

Vale destacar que os residentes de enfermagem na unidade neonatal do hospital em estudo assistem os RN pré-termo e suas famílias, auxiliando e apoiando

o AME, por meio do programa “Uma Rede de Apoio à Família Prematura”, criado em 2007, antes mesmo da intervenção IHAC-Neo³⁴. As atividades são desenvolvidas desde o nascimento, durante todo o processo de hospitalização, no domicílio e no ambulatório, após a alta hospitalar, com a finalidade de atender e apoiar as necessidades das famílias de prematuros nascidos no hospital. Além disso, dispõe da atuação do Banco de Leite Humano no apoio às mães dos prematuros para ordenha mamária e manutenção da produção láctea, setor que as mães podem procurar mesmo após a alta hospitalar. Entretanto, com a implantação da IHAC-Neo, criou-se um ambulatório específico de AM, com frequência de três vezes por semana, que prevê o acompanhamento da amamentação até que a família esteja bem segura de seu estabelecimento, o que melhorou muito o apoio que a mulher precisa para a manutenção do AME depois que vai para casa.

O Passo 2, que se refere à equipe capacitada, também quase dobrou após a intervenção. Destaca-se que mais de 80% dos membros da equipe clínica receberam treinamento teórico e prático no hospital e o conteúdo desses treinamentos abrangia os Três PN, os Dez Passos e o Código, além de temas-chave, tais como: capacidade de comunicação, riscos e benefícios das diversas opções de alimentação, a forma segura e higiênica de preparação, alimentação e armazenamento de substitutos do leite materno e como minimizar a probabilidade de as mães que amamentam serem influenciadas a usar fórmula.

Essas são habilidades comprovadamente essenciais para o apoio do aleitamento do prematuro e o aconselhamento, dada a vulnerabilidade e insegurança em que essas mães geralmente se encontram. As UTIN deveriam ter um plano de educação permanente para todos os novos membros da equipe, independentemente da categoria profissional, para assegurar que toda a equipe tenha uma abordagem adequada para o incentivo ao AM no prematuro³⁶.

Em se tratando de prematuros e apoio em AM, o bebê e sua família carecem de uma equipe capacitada e experiente no manejo do AM, porém a alta rotatividade de profissionais e de pessoal de saúde em alguns hospitais, sobretudo nos hospitais universitários, onde existe alto fluxo de estudantes de enfermagem e medicina, internos e residentes, pode prejudicar o andamento da unidade. O cumprimento constante desse passo é importante e desafiador para assegurar as mudanças nas

práticas hospitalares que visem à promoção, a proteção e o apoio à amamentação e garantir sua sustentação³⁷.

O Passo 4, que diz respeito ao contato pele a pele precoce também teve aumento significativo de adesão. Vale ressaltar uma das conquistas concretas que a unidade apresentou constatada pela revisão documental em M2, com um novo protocolo para nortear e assegurar o contato pele a pele. Elaborou-se um protocolo composto por critérios de início e segurança para o procedimento, técnica, duração das sessões e continuidade do método. A utilização desse protocolo colaborou muito para que aumentasse a prática do contato pele a pele, ao iniciá-lo o quanto antes possível, de modo contínuo e prolongado, diante de razões injustificadas, sobrepujando, por exemplo, a insegurança e falta de disposição de alguns profissionais.

Há evidências de que o Cuidado Canguru se constitui em uma intervenção eficaz na promoção do AM, produzindo prevalências geralmente mais altas que o cuidado convencional, pois o contato pele a pele estimula a produção láctea, aumenta a duração da amamentação, proporciona maior ganho de peso, diminui o tempo de hospitalização e favorece o vínculo afetivo³⁸⁻⁴¹.

Corroboram tais evidências o fato de o Brasil ter adotado o Método Canguru como uma política instituída há mais de dez anos e a instituição pesquisada ter sido credenciada como uma unidade que participa desse programa. Diante de um possível questionamento de que o Método Canguru seria suficiente para promoção do AM do prematuro, observou-se que a IHAC-Neo é uma estratégia que tem um potencial mais abrangente para contemplar as determinações socioculturais e organizacionais que interferem no processo multidimensional da amamentação do prematuro, as quais ultrapassam a política do Método Canguru. Afinal, o contato pele a pele é um dos métodos incluídos na IHAC-Neo que contribui para aumentar a prevalência do AM do prematuro, portanto, essas estratégias se complementam, auxiliando na consolidação de práticas tão dificilmente realizadas.

O Passo 5, que trata da orientação quanto ao início precoce da estimulação da produção de leite, ordenha manual até seis horas após o parto, informação quanto ao uso da bomba elétrica e, sem dúvida, o apoio no manejo do aleitamento quanto ao posicionamento e pega corretos, foi adequadamente relatado nas entrevistas, tanto pelas mães, quanto pelos profissionais de saúde, o que resultou

em adesão aproximada de 80% em M2. Destaca-se que este passo apresentou a maioria dos critérios implementados em M2, alguns dos quais já estavam implantados em M1, o que justifica a diferença não ter sido estatisticamente significativa.

Em M2, todas as mães (100%) que amamentavam eram capazes de descrever os sinais que indicam que seus bebês estão bem posicionados e têm boa pega, o que não aconteceu em M1 na sua totalidade (72%). Outra evolução importante foi que, ainda na maternidade ou na unidade neonatal, as mães relataram que receberam informações, apoio e ajuda prática com o início da produção de leite em até seis horas após o nascimento ou chegada do bebê na unidade e que lhes foi mostrado como ordenhar o seu leite manualmente ou por bomba, sendo 47,6% em M2, contra 7,4% em M1, conforme uma das questões da entrevista que compõe um dos critérios deste Passo.

Pelo menos 75% dos profissionais entrevistados descreveram a estabilidade do bebê como único critério para início precoce da amamentação em M2, comparado a 36% em M1, contrastando com o peso e/ou idade gestacional do prematuro, por muito tempo tradicionalmente utilizados como únicos parâmetros indicativos¹⁶. Modificar esse paradigma tem sido, portanto, um desafio para a equipe de saúde, que deve reconhecer o momento ideal e seguro para o início da amamentação entre os prematuros.

O Passo 8, que se refere ao aleitamento materno em livre demanda, ou, quando necessário, em semi-demanda de amamentação, como uma estratégia transicional para prematuros ou bebês doentes, também teve adesão de 71%, embora a análise de observação e revisão documental tenha dobrado de 40% para 80%.

Mesmo assim, nenhuma das mães que pretendia amamentar relatou ter sido envolvida na escolha da estratégia para o estabelecimento de seu objetivo para a amamentação. Há uma diversidade de maneiras a empregar para essa transição, em virtude da dificuldade de se manejar essa fase na prática; não obstante, estimular a amamentação o mais precocemente possível tem sido considerado o processo mais fisiológico e favorável para o desenvolvimento de todo o processo com eficácia e duração prolongada do AME em prematuros^{16,23}.

O Passo 9, em que postula se o uso de bicos ou chupetas, apesar de maior que a metade, ainda permaneceu abaixo de 60% em M2. Importante destacar que a nova política de AM, que afirma que a primeira experiência de sucção deve ser no peito, contempla métodos alternativos à alimentação, como mamadeira, em situações especiais e, se necessário, expõe formas apropriadas e seguras para utilizar esses métodos, além das razões justificáveis para o uso da chupeta e protetores de mamilos, o que não era previsto na IHAC convencional.

As mães que estavam amamentando – 60% em M2 contra 35% em M1 – confirmaram que também lhes foi ensinado como alimentar seu bebê com sonda, “suplementação nutricional” ou copinho. Nenhuma das mães entrevistadas relatou ter sido informada sobre as razões justificáveis para o uso de chupeta e as razões pelas quais a chupeta pode reduzir a produção láctea durante a lactação. Do mesmo modo, não sabiam informar sobre maneiras alternativas de acalmar o bebê e como minimizar o uso da chupeta após a alta da unidade neonatal.

Pesquisas constataram associação estatisticamente significativa entre o desmame e o uso de chupeta e mamadeira. Crianças amamentadas até um mês de idade, que usavam chupeta, tiveram chance 2,8 vezes maior de serem desmamadas até o sexto mês⁴². Outros autores também apontam o uso de chupeta e mamadeira como fatores culturais que levam ao desmame precoce⁴²⁻⁴⁴.

Em um estudo longitudinal realizado em Londrina com 278 neonatos prematuros até o sexto mês de vida, o uso de chupeta foi associado a um risco aumentado de quase duas vezes na interrupção do AME⁴⁵.

Sobre a utilização de protetores de mamilos, um estudo evidenciou o aumento em duas a três vezes do risco de não AME na alta, assim como o uso de chupeta⁴⁶. No entanto, o uso de chupeta para bebês prematuros ou gravemente doentes que necessitam de cuidados especiais pode ser defendido por várias razões. A sucção não nutritiva alivia a dor durante procedimentos dolorosos, reduz o estresse e ansiedade e torna o bebê menos agitado e mais relaxado durante a alimentação por sonda. A chupeta deve ser oferecida quando a amamentação não é possível e quando a mãe não está disponível para o AM⁴⁷. Por isso a estratégia IHAC-Neo contempla essa possibilidade, pois os prematuros são muitas vezes expostos a inúmeros procedimentos invasivos e dolorosos, além da manipulação excessiva.

Um protetor de mamilo ultrafino pode ser útil para prematuros e recém-nascidos doentes, se utilizado criteriosamente e por período delimitado, já que pode compensar a pressão intraoral fraca, dá uma pressão negativa contínua que apoia a transferência para o leite e estimula a sucção⁴⁸.

O Passo 6, em que se recomenda não oferecer alimentos ou outras bebidas a não ser leite humano aos recém-nascidos – exceto se houver indicação médica –, apresentou o mais baixo escore de adesão geral, e mesmo que alguns critérios já tivessem 100% de adesão desde antes da implantação (M1), indicou-se queda de dois critérios em M2. Um dos critérios com pior adesão a este Passo referiu-se à falta de conhecimento das mães em relação ao tipo de leite que seus bebês estavam recebendo, com redução de adesão de 72% em M1 para 37% em M2. Observou-se que, por mais que as práticas tenham se modificado, permanece, em paralelo, uma certa dificuldade de incluir a família de maneira mais profunda, com orientações mais detalhadas que lhe permitam cada vez mais estar inteirada de todo o processo e sentir-se capaz de participar das decisões clínicas e do encaminhamento de condutas. Esse é um dos princípios fundamentais do cuidado centrado na família⁴⁹, entendendo que mais difícil que modificar as práticas organizacionais é ainda mudar os modelos de atenção há tanto tempo predominantes.

Um outro contexto que merece reflexão juntamente com outras medidas, principalmente no que diz respeito à adesão ao Código, é o cenário nacional. Embora a amamentação seja profundamente valorizada no Brasil e o governo e a sociedade civil tenham investido em seu apoio, o consumo de substitutos do leite materno por bebês tem um aumento projetado de 6,8% entre 2014 e 2019, colocando o Brasil entre as taxas de crescimento mais altas no mundo. Esse aumento talvez se deva ao crescimento do poder de compra e substituição do leite animal localmente disponível por substitutos do leite materno. Não obstante, o Brasil é o décimo maior mercado para fórmulas infantis, e a projeção é de que atinja 951 milhões de dólares em 2019⁵⁰. Considerando a vulnerabilidade dessa população ao não estabelecimento da amamentação ou ao desmame precoce em razão das dificuldades inerentes anteriormente discutidas, mais uma vez se reitera a importância e urgência da estratégia IHAC-Neo para reforçar a atenção nesse ponto, elevando seu potencial para tornar-se uma futura política de apoio ao AM do

premature, em âmbito nacional bem como internacional, vistos os benefícios que este programa demonstrou efetivamente na mudança das práticas de promoção, proteção e apoio ao AM de prematuros.

Recomenda-se ainda a realização de novos estudos especificamente para avaliação dos prematuros denominados tardios, que habitualmente são alojados com suas mães na maternidade e, por serem prematuros, não deveriam receber o mesmo nível de cuidados como se fossem RN a termo, e sim beneficiar-se da proposta desta estratégia, que, espera-se, não se restrinja às unidades neonatais.

CONCLUSÃO

O nível geral de adesão aos Três PN e aos Dez Passos após a intervenção dobrou quando comparado ao período antes da implantação da IHAC-Neo. Apenas o cumprimento ao Código não apresentou diferença estatisticamente significativa quando confrontados os dois momentos, pois já apresentava boa adesão em M1, visto que a instituição em estudo já possuía o título de Hospital Amigo da Criança.

Esse aumento, estatisticamente significativo, deu-se tanto na perspectiva dos profissionais de saúde, como das mães e do avaliador externo, visto que se empregou a triangulação de dados para a avaliação da efetividade da estratégia.

Evidenciou-se ainda que a IHAC convencional não atendia às demandas e especificidades do prematuro internado na unidade neonatal do estudo e conclui-se que a implantação da estratégia IHAC-Neo, guiada pelo KT, mostrou um impacto satisfatório após a sua implantação, podendo ser considerada uma estratégia inovadora, complementar e efetiva para a mudança das práticas de promoção, proteção e apoio ao AM dos prematuros.

Nesta pesquisa, considerou-se a hipótese de que a estratégia IHAC-Neo, norteada pelo marco conceitual KT, pode aumentar as práticas de promoção, proteção e apoio ao AM de prematuros e provocar mudanças de comportamento profissional e institucional.

Quadro - Resumo das recomendações para a Prática e Pesquisa de Aleitamento Materno de prematuros. Londrina, 2016.

Resumo das recomendações para a Prática e Pesquisa	
O que sabemos:	<ul style="list-style-type: none"> - o AM é uma das principais estratégias para reduzir a morbimortalidade de recém-nascidos prematuros; - a importância e necessidade de aumentar as prevalências de AME do prematuro, - amamentar um prematuro não é tarefa fácil, por sua imaturidade fisiológica e neurológica, dificuldade na coordenação e controle de sucção, deglutição e respiração, além das barreiras comumente encontradas nos serviços de saúde; - considerando o contexto do nascimento de um prematuro, as dificuldades para o estabelecimento da amamentação e as barreiras organizacionais, o prematuro e sua família precisam de apoio especializado para estabelecer o aleitamento materno, e a IHAC convencional não atende às demandas e especificidades dessa população tão vulnerável; - novas estratégias precisam ser implantadas para a superação desta realidade.
O que precisa ser estudado:	<ul style="list-style-type: none"> - A Iniciativa Hospital Amigo da Criança para unidades neonatais (IHAC-Neo) como uma nova e eficaz estratégia para atender essa população com necessidades especiais; - Métodos eficazes para implantar a estratégia, entre eles, o <i>Knowledge Translation (KT)</i>, como marco conceitual para alcançar com vantagens as mudanças das ações e melhoria da qualidade da assistência; - Avaliar o potencial dessa nova estratégia para a

	superação da realidade desfavorável do AM para prematuros.
Considerando estritamente o uso desta evidência, o que podemos fazer hoje que iria orientar cuidadores na configuração das práticas:	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar as evidências existentes para adoção de novas práticas e políticas públicas com vistas ao incentivo e apoio ao AM do prematuro e, assim, aprimorar a qualidade da assistência prestada ao prematuro e sua família. - Implantar a estratégia IHAC-Neo propriamente dita e verificar sua eficácia sobre as taxas de AME nos prematuros; - Mensurar a adesão à estratégia IHAC-Neo para diagnóstico situacional de sua unidade no que diz respeito a incentivo e apoio ao AM do prematuro; - Verificar a efetividade das novas práticas e ações de apoio e promoção ao AM do prematuro, mesmo em situação de alojamento conjunto, e não somente em unidades neonatais.

Fonte: O próprio autor.

Referências

1. Sullivan S, et al. An exclusively human milk based diet is associated with a lower rate of necrotizing enterocolitis than a diet of human milk and bovine milk based products. *J Pediatr*, 2010; 156(4): 562-7.
2. Sanches MTC, et al. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo de lactentes com baixo peso assistidos na atenção básica. *Cad. Saúde Pública*, 2011; 27(5): 953-65.
3. Black ER, et al. Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: a systematic analysis. *Lancet.*, 2010.
4. Horta BL, Victora CG. Long-term effects of breastfeeding: A systematic review. Organização Mundial da Saúde: Genebra. 2013.
5. Assunção AAB. Incentivo ao aleitamento materno e a promoção da alimentação complementar saudável, às crianças de zero a dois anos de idade na ESF Vila Educacional do município de Fátima do Sul. Pós-graduação (Atenção Básica e

Saúde da Família) - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2011.

6. Mandy B. Infant feeding and childhood cognition at ages 3 and 7 years: effects of breastfeeding duration and exclusivity. *JAMA Pediatr*, 2013; 167(9): 836-44.
7. Eidelman AI, Schanler RJ. Section on breastfeeding executive committee. breastfeeding and the use of human milk: policy statement. *Pediatrics*, 2012;129: e827-41.
8. Gubert JK, et al. Avaliação do aleitamento materno de recém-nascidos prematuros no primeiro mês após a alta. *Cienc Cuid Saude*, 2012; 11(1): 146-55.
9. Scheeren B, et al. Condições iniciais no aleitamento materno de recém-nascidos prematuros. *J Soc Bras Fonoaudiol*, 2012; 24(3): 199-204.
10. Demari L. et al. Estratégias para promoção do aleitamento materno em recém-nascidos pré-termo: estudo bibliográfico. *Pediatria, São Paulo*, 2011; 33(2): 89-96.
11. Sampaio PF, et al. Hospital Amigo da Criança: fator de proteção ao aleitamento materno? *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2011; 7(7): 1349-61.
12. Figueredo SF, Mattar MJG, Abrão ACFV. Iniciativa Hospital Amigo da Criança – uma política de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. *Acta Paul Enferm*, 2012; 25(3): 459-63.
13. Gomes JLGC. The prevalence of breastfeeding in prematures with very low birth weight – a systematic review. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 2009; 8(2): 1-8.
14. Azevedo M, Cunha MLC. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em prematuros no primeiro mês após a alta hospitalar. *Rev HCPA, Porto Alegre*, 2013; 33 (1):40-9.
15. Martins EL, et al. Caracterização de recém-nascidos de baixo peso internados em uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Enferm UFSM, Santa Maria*, 2013; 3(1):155-63.
16. Nyqvist KH, et al. Expansion of the baby-friendly hospital initiative ten steps to successful breastfeeding into neonatal intensive care: expert group recommendations. *J Hum Lact*, 2013; 29(3): 300-9.
17. Nyqvist KH, et al. Expansion of the ten steps to successful breastfeeding into neonatal intensive care: expert group recommendations for three guiding principles. *J Hum Lact*, 2012; 28(3): 289-96.
18. Grimshaw JM, et al. Knowledge translation of research findings. *Implementation Science*, 2012; 7(50):1-17.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Baby-Friendly Hospital Initiative [electronic resource]: revised, updated and expanded for integrated care. 2006 -- Preliminary version for

country implementation. World Health Organization e Unicef. Traduzido Marina Ferreira Rea, 2008.

20. Haiek LN. Measuring compliance with the Baby-Friendly Hospital Initiative. *Public Health Nutrition*, 2011; 15(5): 894–905.

21. Ferreira ABH. *Miniaurélio Século XXI: O minidicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2000.

22. O'Brien K, et al. A pilot cohort analytic study of family integrated care in a Canadian neonatal intensive care unit. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2013; 13(1):S12,1-8.

23. Nyqvist KH, Kylberg E. Application of the Baby Friendly Hospital Initiative to neonatal care: Suggestions by Swedish mothers of very preterm infants. *J Hum Lact*, 2008; 24 (3): 252-62.

24. Taylor C, et al. Staff perceptions and experiences of implementing the Baby Friendly Initiative in neonatal intensive care units in Australia. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 2011; 40(1):25-34. doi: 10.1111/j.1552-6909.2010.01204.x. Epub.

25. Merewood, Anne. Stepping Up the Baby-Friendly NICU. *J Hum Lact*, 2013; 29(3): 287-88.

26. Howe-Heyman A, Lutenbacher M. The Baby-Friendly Hospital Initiative as an intervention to improve breastfeeding rates: a review of the literature. *J Midwifery Womens Health*, 2016; 61:77-102.

27. Pérez-Escamilla R, Martinez, JL, Segura-Pérez S. Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review. *Matern Child Nutr*, 2016; 29.doi:10.1111/mcn.12294.

28. Sturke R, et.al. A Multi-Disciplinary Approach to Implementation Science: The NIH-PEPFAR PMTCT Implementation Science Alliance. *JAIDS*, 2014; 67:163-7.

29. Rycroft-Malone J, et al. Ingredients for change: revisiting a conceptual framework. *Qual Saf Health Care*, 2002; 11: 174-80.

30. Vannuchi MTO, Monteiro CA, Réa MF. Implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança em um hospital universitário. *Cienc Cuid Saude*, 2012; 11(suplem.): 102-7.

31. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadoras. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 244 p, 2005.

32. Renfrew MJ, et al. Breastfeeding promotion for infants in neonatal units: a systematic review and economic analysis. *Health Technol Assess*, 2009; 13(40): 1-146.

33. Aquino RR, Osório MM. Alimentação do recém-nascido pré-termo: métodos alternativos de transição da gavagem para o peito materno. *Rev Bras Saúde Mater. Infant*, 2008; 8(1):11-6.
34. Bengozi TM, et al. Uma rede de apoio à família do prematuro. *Cienc Cuid Saude*, 2010; 9 (1): 155-160.
35. Briere CE, et al. An integrative review of factors that influence breastfeeding duration for premature infants after NICU hospitalization. *JOGNN*, 2014; 43: 272-81.
36. Hannula L, Kaunonen M, Tarkka M.T. A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. *J Clin Nurs*, 2008; 17(9): 1132-43.
37. Araujo MFM, Otto AFN, Schmitz BAS. Primeira avaliação do cumprimento dos "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno" nos hospitais amigos da criança do Brasil. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. Recife*, 2003; 3 (4):411-9.
38. Almeida H, et al. Impacto do método canguru nas taxas de aleitamento materno exclusivo em recém-nascidos de baixo peso. *J. Pediatr*, 2010; 86 (3): 250-3.
39. Nyqvist KH, et al. Towards universal kangaroo mother care: recommendations from the first European Conference and seventh International Workshop on Kangaroo Mother Care. *Acta Paediatr*, 2010; 99(6): 820-6.
40. Blomqvist YT. et al. Initiation and extent of skin-to-skin contact at two Swedish neonatal intensive care units. *Acta Paediatr*, 2013; 102(1):22–28.
41. Conde-Agudelo A, Díaz-Rossello JL. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants (Review). *The Cochrane Library*, 2014; Issue 4:1-137.
42. Soares MEM, et al. Uso de chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. *J. Pediatr*, Rio de Janeiro, 2003; 79(4):309-16.
43. Araújo OD, et al. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. *Rev. bras. enferm.*, 2008; 61(4): 487-92.
44. França MCT, et al. Uso de mamadeira no primeiro mês de vida: determinantes e influência na técnica de amamentação. *Rev Saúde Pública*, 2008; 42(4): 607-14.
45. Oliveira M, et al. Feeding patterns of brazilian preterm infant during the first 6 months of life, Londrina, Paraná, Brazil. *J Hum Lact.*, 2007; 23 (3): 269-74.
46. Maastrup R, et al. Factors associated with exclusive breastfeeding of preterm infants. Results from a prospective national cohort study. *PLoS ONE*, 2014; 9(2): e89077, 1-10.

47. Cignacco E, et al. The efficacy of nonpharmacological interventions in the management of procedural pain in preterm and term neonates. A systematic literature review. *Eur J Pain*, 2007; 11(2): 139-52.
48. Chertok IR. Reexamination of ultra-thin nipple shield use, infant growth and maternal satisfaction. *J Clin Nurs*, 2009; 18(21):2949-55.
49. Jolley J, Shields L. The evolution of Family Centered Care. *J Pediatr Nurs.*, 2009; 24(2):164-70.
50. Rollins NC, et al. Why invest, and what it Will take to improve breastfeeding practices? *Lancet*, 2016; 387:491–504.

6 CONCLUSÃO

A implantação da estratégia IHAC-Neo trouxe um impacto muito satisfatório observado pela comparação dos dados basais coletados antes da intervenção, evidenciando que o IHAC convencional não atendia às demandas e especificidades do prematuro internado na unidade neonatal do estudo.

O escore geral de adesão aos Dez Passos praticamente dobrou quando comparado do M1 para o M2, com significância estatística. A adesão geral dos profissionais, mães e avaliação externa com revisão documental aos Dez Passos e aos Três PN apresentaram aumento que foi estatisticamente significativa. Apenas o cumprimento ao Código não apresentou diferença estatística quando comparados os dois momentos, pois já apresentava boa adesão em M1, justificada pelo fato de se tratar de Hospital Amigo da Criança há mais de 15 anos.

Nenhum dos Passos cumpria os critérios considerados satisfatórios pela IHAC-Neo em M1, que seria, no mínimo, 80% de adesão. Em M2, todos os Passos apresentaram aumento contextualmente importante do nível de adesão, sendo que a diferença entre os dois momentos não foi estatisticamente significativa em 5 Passos. Os Passos 2, 3, 7 e 10 mostraram maior evolução, cumprindo o critério desejado de, no mínimo, 80% de adesão em M2. Os Passos 1, 4, 5, 8 e 9 não alcançaram adesão de, pelo menos, 80% em M2, porém mostraram-se acima de 50%. Somente o Passo 6 se manteve inferior a 50%.

Merece reforçar a importância da existência de uma política de AM detalhada e de protocolos para dar sustentabilidade às mudanças das práticas que apoiam a amamentação do prematuro, assim como a necessidade de frequentes capacitações da equipe.

Cartilha de orientação da gestante sobre AM do prematuro, visita guiada da gestante com risco de nascimento de um bebê prematuro para conhecer o ambiente da UTIN, retorno do grupo de gestantes à maternidade, adequação e aquisição de mais poltronas para conforto da mãe e permissão para sua permanência na unidade neonatal por mais tempo possível foram algumas das ações que emergiram do CPP e foram colocadas em prática, resultando em impacto positivo na implantação da IHAC-Neo.

Dessa forma, considerou-se que a implantação da IHAC-Neo, norteada pela KT, constituiu-se em uma inovadora e efetiva estratégia para a mudança das práticas de promoção, proteção e apoio ao AM dos prematuros, com grande potencial para se tornar uma política pública brasileira complementar a fim de minimizar os desafios tão complexos e multifatoriais de amamentar um prematuro.

Confirmou-se, portanto, a hipótese desta pesquisa de que a implantação da IHAC-Neo promoveu mudança significativa no nível de adesão aos Três PN e aos Dez Passos. A adesão ao Código não diferiu significativamente, embora tenha ocorrido aumento relevante.

O método utilizado para a implementação foi essencial e apropriado para o envolvimento efetivo e comprometimento necessário da equipe multiprofissional ao aderir aos Dez Passos e aos Três PN da IHAC-Neo, provocando a mudança de comportamento quanto as práticas de apoio ao AM do prematuro, incluindo a promoção de vínculo pais-bebês e aumento da participação da família em uma unidade neonatal.

Considerando o contexto do nascimento de um prematuro e as dificuldades para o estabelecimento da amamentação, as barreiras comumente encontradas nos serviços de saúde, a importância e necessidade de aumentar a prevalência de AME do prematuro, a rotatividade de pessoal, a escassez de recursos humanos acrescida da superlotação das unidades neonatais, enfatiza-se a necessidade de avaliação contínua e sistemática da promoção e suporte ao AM do prematuro a fim de aprimorar e assegurar a sustentabilidade das práticas conquistadas.

7 REFERÊNCIAS

- ABOUELFETTOH, A.M. et al. Cup versus bottle feeding for hospitalized late preterm infants in Egypt: a quasi-experimental study. **Int Breastfeed J**, v. 3, n. 27, p. 1-11, 2008.
- AJETUNMOBI, O.M. et al. Breastfeeding is associated with reduced childhood hospitalization: evidence from a Scottish birth cohort (1997-2009). **J Pediatr**, v. 166, p.620-5, 2015.
- ALAM, M.U.; RAHMAN, M.; RAHMAN, F. Effectiveness of Baby Friendly Hospital Initiative on the promotion of exclusive breastfeeding among the Dhaka city dwellers in Bangladesh. **Mymensingh Med J**, v. 11, p. 94-9, 2002.
- ALFAYA, C; SCHERMANN, L. Sensibilidade e aleitamento materno em díades com recém-nascidos de risco. **Estud. Psicol.**, Natal, v. 10, n. 2, p. 279-85, ago. 2005.
- ALMEIDA, H. et al. Impacto do método canguru nas taxas de aleitamento materno exclusivo em recém-nascidos de baixo peso. **J. Pediatr**, v. 86, n. 3, p. 250-3, 2010.
- AQUINO, R.R.; OSÓRIO, M.M. Alimentação do recém-nascido pré-termo: métodos alternativos de transição da gavagem para o peito materno. **Rev Bras Saúde Mater. Infant**, v. 8, n. 1, p. 11-6, 2008.
- ARAÚJO, M.F.M.; OTTO, A.F.N.; SCHMITZ, B.A.S. Primeira avaliação do cumprimento dos "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno" nos hospitais amigos da criança do Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant**. Recife, v. 3 n. 4, p. 411-9, dez, 2003.
- ARAÚJO, O.D. et al. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. **Rev. bras. enferm.**, v. 61, n. 4, p. 487-92, 2008.
- ARSLANOGLU, S. et al. Presence of human milk bank is associated with elevated rate of exclusive breastfeeding in VLBW infants. **J Perinat Med.**, v. 41, n. 2, p. 129-31, mar, 2013.
- ASSUNÇÃO, A.A.B. **Incentivo ao aleitamento materno e a promoção da alimentação complementar saudável, às crianças de zero a dois anos de idade na ESF Vila Educacional do município de Fátima do Sul.** Pós-graduação (Atenção Básica e Saúde da Família) - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2011.
- AZEVEDO, D.S. et al. Conhecimento de primíparas sobre os benefícios do aleitamento materno. **Rev. Rene**. Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 53-62, 2010.
- AZEVEDO, M.; CUNHA, M.L.C. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em prematuros no primeiro mês após a alta hospitalar. **Rev HCPA**, Porto Alegre, v. 33, 1, p. 40-9, 2013.

- AZEVEDO, M.; MENDES, E.N.W. Manutenção da lactação: um desafio para mães de prematuros hospitalizados. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 68-75, 2008.
- BAKER, B.J.; MCGRATH, J. Parent education: the cornerstone of excellent neonatal nursing care. **Newborn Infant Nurs Rev**, v. 11, n. 1, p. 6-7, 2011.
- BARBOSA, M.B. et al. Fatores de risco associados ao desmame precoce e ao período de desmame em lactentes matriculados em creches. **Rev Paul Pediatr**, v. 27, n. 3, p. 272-81, 2009.
- BARTICK, M.; REINHOLD, A. The burden of suboptimal breastfeeding in the United States: a pediatric cost analysis. **Pediatrics**, v. 125, n. 5, p. e1048-56, may 2010.
- BECK, S.A. et al. Room for family-centred care - a qualitative evaluation of a neonatal intensive care unit remodeling project. **Journal of Neonatal Nursing**, v. 15, n. 3, p. 88-99, 2009.
- BELO, M.N.M. et al. Aleitamento materno na primeira hora de vida em um hospital Amigo da Criança: prevalência, fatores associados e razões para sua não ocorrência. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 14, n. 1, p. 65-72, jan-mar. 2014.
- BENGOZI, T.M. et al. Uma rede de apoio à família do prematuro. **Cienc Cuid Saude**, v. 9, n. 1, p. 155-160, 2010.
- BLACK, E.R. et al. Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: a systematic analysis. **Lancet.**, 2010.
- BLOMQVIST, Y.T. et al. Initiation and extent of skin-to-skin contact at two Swedish neonatal intensive care units. **Acta Paediatr**, v. 102, n. 1, p. 22-28, 2013.
- BOCCOLINI, C.S. et al. Breastfeeding during the first hour of life and neonatal mortality. **J Pediatr**, v. 89, p. 131-6, 2013.
- BOCCOLINI, C.S. et al. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. **Rev Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 69-78, 2011.
- BRAGA, D.F.; MACHADO, M.M.T.; BOSI, M.L.M. Amamentação exclusiva de recém-nascidos prematuros: percepções e experiências de lactantes usuárias de um serviço público especializado. **Rev. Nutr**, v. 21, n. 3, p. 293-302, 2008.
- BRAGA, P.P.; ALMEIDA, C.S.; LEOPOLDINO, I.V. Percepção materna do aleitamento no contexto da prematuridade. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 2, n. 2, p. 151-8, mai-ago. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Baby-Friendly Hospital Initiative [electronic resource]: revised, updated and expanded for integrated care.** 2006 -- Preliminary version for country implementation. World Health Organization e Unicef. Traduzido Marina Ferreira Rea, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Estatística Vitais**. Dados 2013. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>>. Acesso em: 31 mai. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa de prevalência de aleitamento materno em municípios brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

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 (DF): Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

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, 2009b.

BRIERE, C.E. et al. An integrative review of factors that influence breastfeeding duration for premature infants after NICU hospitalization. **JOGNN**, v. 43, p. 272-81, 2014.

CASTELLOTE, C. et al. Premature delivery influences the immunological composition of colostrums and transitional and mature human milk. **J Nutr.**, v. 141, p. 1181-7, 2011.

CHERTOK, I.R. Reexamination of ultra-thin nipple shield use, infant growth and maternal satisfaction. **J Clin Nurs**, v. 18, n. 21, p. 2949-55, 2009.

CIGNACCO, E. et al. The efficacy of nonpharmacological interventions in the management of procedural pain in preterm and term neonates. A systematic literature review. **Eur J Pain**, v. 11, n. 2, p. 139-52, 2007.

COLAIZY T.T.; MORRISS, F.H. Positive effect of NICU admission on breastfeeding of preterm US infants in 2000 to 2003. **Journal of Perinatology**, v. 28, p. 505-10, 2008.

COLLINS, C.T. et al. Avoidance of bottles during the establishment of breast feeds in preterm infants. **Cochrane Database Syst Rev**, v. 4, 2008, CD005252. doi:10.1002/14651858.CD005252.pub2.

CONDE-AGUDELO, A.; DÍAZ-ROSSELLO, J.L. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants (Review). **The Cochrane Library**, Issue 4, p. 1-137, 2014.

CRUZ, M.C.C.; ALMEIDA, J.A.G.; ENGSTROM, E.M. Práticas alimentares no primeiro ano de vida de filhos de adolescentes. **Rev. Nutr.**, v. 23, n. 2, p. 201-10, mar./abr., 2010.

D'ARTIBALE, E.F.; BERCINI, L.O. Early contact and breastfeeding in a baby friendly hospital. **Online braz j nurs** [Internet], v. 12, Suppl: 587-90, oct, 2013.

DAVIN, R.M.B.; ENDERS, B.C.; SILVA, R.A.R. Sentimentos de mães ao amamentarem seus bebês prematuros em sistema de alojamento conjunto. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 44, n. 3, p. 713-18, 2010.

DEMARI, L. et al. Estratégias para promoção do aleitamento materno em recém-nascidos pré-termo: estudo bibliográfico. **Pediatria**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 89-96, 2011.

DIOGO, E.F; SOUZA, T; ZOCICHE, D.A. Causas do desmame precoce e suas interfaces com a condição socioeconômica e escolaridade. **Enfermagem em Foco**, v. 2, n. 1, p. 10-3, 2011.

EDMOND, K.; BAHL, R. **Optimal feeding of low-birth-weight infants. Technical review**. Geneva: World Health Organization, 2006. p. 121. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9789241595094_eng.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2016.

EIDELMAN, A.I.; SCHANLER, R.J. Section on breastfeeding executive committee. breastfeeding and the use of human milk: policy statement. **Pediatrics**, v. 129, p. e827-41, 2012.

ESTABROOKS, C.A. et al. A guide to knowledge translation theory. **J Contin Educ Health Prof**, v. 26, p. 25-36, 2006.

ESTABROOKS, C.A. et al. Study protocol for the translating research in elder care (TREC): building context - an organizational monitoring program in long-term care project (project one). **Implement Sci**, v. 4, n. 52, p. 1-13, 2009a.

ESTABROOKS, C.A. et al. Translating research in elder care: an introduction to a study protocol series. **Implement Sci**, v. 4, n. 51, p. 1-8, 2009b.

FERRARI, R.A.P. et al. Associação entre assistência pré-natal e mortes neonatais, 2000-2009, Londrina-PR. **Rev Bras Enferm**, v. 67, n. 3, p. 354-9, 2014.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Miniaurélio Século XXI**: O minidicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2000.

FIGUEREDO, S.F.; MATTAR, M.J.G.; ABRÃO, A.C.F.V. Iniciativa Hospital Amigo da Criança – uma política de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n. 3, p. 459-63, 2012.

FLACKING, R. et al. Trustful bonds: A key to “becoming a mother” and to reciprocal breastfeeding. Stories of mothers of very preterm infants at a neonatal unit. **Social Science & Medicine**, v. 62, p. 70-80, 2006.

FLACKING, R.; EWALD, U.; STARRIN, U. ‘I wanted to do a good job’: Experiences of ‘becoming a mother’ and breastfeeding in mothers of very preterm infants after discharge from a neonatal unit. **Social Science & Medicine**, p. 2405-16, 2007.

FLACKING, R.; EWALD, U.; WALLIN, L. Positive effect of kangaroo mother care on long-term breastfeeding in very preterm infants. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.** v. 40, n. 2, p. 190-7, mar-apr. 2011.

FLAMINGO, B.O; LISBOA, B.C.F; BASSO, N.A.S. A prática do aleitamento materno entre mães adolescentes na cidade de Dois Córregos, estado de São Paulo. **Scientia Medica**, v. 22, n. 2, p. 81-5, 2012.

FRANÇA, M.C.T. et al. Uso de mamadeira no primeiro mês de vida: determinantes e influência na técnica de amamentação. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 607-14, 2008.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 184p.

GOMES, J.L.G.C. et al. The prevalence of breastfeeding in prematures with very low birth weight – a systematic review. *Online Brazilian Journal of Nursing*, v. 8, n. 2, p. 1-8, 2009.

GRIMSHAW, J.M. et al. Knowledge translation of research findings. **Implementation Science**, v. 7, n. 50, p. 1-17, 2012.

GUBERT, J.K. et al. Avaliação do aleitamento materno de recém-nascidos prematuros no primeiro mês após a alta. **Cienc Cuid Saude**, v. 11, n. 1, p. 146-55, jan-mar. 2012.

HAIEK, L.N. Measuring compliance with the Baby-Friendly Hospital Initiative. **Public Health Nutrition**, v. 15, n. 5, p. 894–905, 2011.

HANNULA, L.; KAUNONEN, M.; TARKKA, M.T. A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. **J Clin Nurs**, v. 17, n. 9, p. 1132-43, 2008.

HANSEN, M.N. et al. Challenges and Successes: The Baby-Friendly Initiative in Norway. **J Hum Lact**, v. 28, n. 3, p. 285-88, 2012.

HAUCK, Y.L. et al. Western Australian women’s perception of conflicting advice around breast feeding. **Midwifery**, v. 27, p. 49-57, 2010.

HEIDARZHADEH, M. et al. The effect of kangaroo mother care (KMC) on breast feeding at the time of NICU discharge. **Iran Red Crescent Med J**, v. 15, n. 4, p. 302-6, apr. 2013.

HORTA, B.L.; VICTORA, C.G. **Long-term effects of breastfeeding: A systematic review**. Organização Mundial da Saúde: Genebra. 2013.

HOWE-HEYMAN, A.; LUTENBACHER, M. The Baby-Friendly Hospital Initiative as an intervention to improve breastfeeding rates: a review of the literature. **J Midwifery Womens Health**, v. 61, p. 77-102, 2016.

ISAACSON, L.J. Steps to successfully breastfeed the premature infant. **Neonatal Netw.**, v. 25, n. 2, p. 77-86, mar-apr, 2006.

JOLLEY, J.; SHIELDS, L. The evolution of Family Centered Care. **J Pediatr Nurs.**, v. 24, n. 2, p. 164-70, 2009.

LABBOK, M. Breastfeeding and Baby-Friendly Hospital Initiative: more important and with more evidence than ever. **J Pediatr**, v. 83, n. 2, p. 99-101, 2007.

LAMOUNIER, J.A. et al. Iniciativa Hospital Amigo da Criança, mais de uma década no Brasil: repensando o futuro. **Rev Paul Pediatr**, v. 26, n. 2, p. 161-9, 2008.

LAMOUNIER, J.A. Promoção e incentivo ao aleitamento materno: Iniciativa Hospital Amigo da Criança. **J Pediatr**. Rio de Janeiro, v. 72, n. 6, p. 363-8, 1996.

LEE, R-Y; LIU, T-T; KUO, S-H. The experience of mothers in breastfeeding their very low birth weight infants. **Journal of Advanced Nursing**, v. 65, n. 12, p. 2523-31, 2009.

LEE, S.K. et al. Improving the quality of care for infants: a cluster randomized controlled trial. **CMAJ**, v. 81, n. 8, p. 469-76, 2009.

LIMA, A.P.E.; JAVORSKI, M.; VASCONCELOS, M.G.L. Práticas alimentares no primeiro ano de vida. **Rev Bras Enferm**, v. 64, n. 5, p. 912-8, set-out. 2011.

MAASTRUP, R. et al. Breastfeeding support in neonatal intensive care: a national survey. **J Hum Lact**, v. 28, n. 3, p. 370-9, 2012.

MAASTRUP, R. et al. Factors associated with exclusive breastfeeding of preterm infants. results from a prospective national cohort study. **PLoS ONE**, v. 9, n. 2: e89077, p. 1-10, 2014.

MACHADO, M.M.T.; BOSI, M.L.M. Compreendendo a prática do aleitamento exclusivo: um estudo junto a lactantes usuárias da rede de serviços em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** [online], v. 8, n.2, p. 187-96, 2008.

MANDY, B. Infant feeding and childhood cognition at ages 3 and 7 years: effects of breastfeeding duration and exclusivity. **JAMA Pediatr**, v. 167, n. 9, p. 836-44, 2013.

MARTINS, E.L. et al. Caracterização de recém-nascidos de baixo peso internados em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev Enferm UFSM**, Santa Maria, v. 3, n. 1, p. 155-63, jan-abr. 2013.

MEIJSEN, D. et al. Maternal attachment representations after very preterm birth and the effect of early intervention. **Infant Behavior and Development**, v. 34, n. 1, p. 72-80, 2010.

MELO, L.M. et al. Prematuro: experiência materna durante amamentação em unidade de terapia intensiva neonatal e pós-alta. **Rev Rene**, v. 14, n. 3, p. 512-20, 2013.

MEREWOOD, A. et al. Breastfeeding rates in us baby-friendly hospitals: results of a national survey. **Pediatrics**, v. 116, p. 628-34, 2005.

MEREWOOD, A. et al. Maternal birthplace and breastfeeding initiation among term and preterm infants: a statewide assessment for Massachusetts. **Pediatrics**, v. 118, n. 4, p. e1048-54, 2006.

MEREWOOD, Anne. Stepping Up the Baby-Friendly NICU. **J Hum Lact**, v. 29, n. 3, p. 287-88, 2013.

MERIGHI, M.A.B. et al. Cuidar do recém-nascido na presença de seus pais: vivência de enfermeiras em unidade de cuidado intensivo neonatal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 6:[07 telas], nov-dez. 2011.

MERTEN, S.; DRATVA, J.; ACKERMANN-LIEBRICH, U. Do baby-friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level? **Pediatrics**, v. 116, p. 702-8, 2005.

MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R.; organizadoras. **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 244 p, 2005.

NYQVIST, K.H. Early attainment of breastfeeding competence in very preterm infants. **Acta Paediatr**, v. 97, p. 776-81, 2008.

NYQVIST, K.H. et al. Early oral behaviour in preterm infants during breastfeeding: an electromyographic study. **Acta Paediatr**, v. 90, p. 658-63, 2001.

NYQVIST, K.H. et al. Expansion of the baby-friendly hospital initiative ten steps to successful breastfeeding into neonatal intensive care: expert group recommendations. **J Hum Lact**, v. 29, n. 3, p. 300-9, 2013a.

NYQVIST, K.H. et al. Expansion of the ten steps to successful breastfeeding into neonatal intensive care: expert group recommendations for three guiding principles. **J Hum Lact**, v. 28, n. 3, p. 289-96, 2012.

NYQVIST, K.H. et al. **Neo-BFHI: The Baby-friendly Hospital Initiative for Neonatal Wards**. External Assessment Tool for Neo-BFHI designation. Nordic and Quebec Working Group, 2015.

NYQVIST, K.H. et al. Towards universal kangaroo mother care: recommendations from the first European Conference and seventh International Workshop on Kangaroo Mother Care. **Acta Paediatr**, v. 99, n. 6, p. 820-6, 2010.

NYQVIST, K.H. et al. What is the purpose of the Baby-Friendly Hospital Initiative for neonatal wards? commentary to a letter by Adik Levin in Birth, 40:2. **Birth**, v. 40, n.4, p. 315-6, 2013b.

NYQVIST, K.H.; ENGVALL, G. Parents as their infant's primary caregivers in a neonatal intensive care unit. **J Pediatr Nurs**, v. 24, n. 2, p. 153-63, 2009.

NYQVIST, K.H.; KYLBERG, E. Application of the Baby Friendly Hospital Initiative to neonatal care: Suggestions by Swedish mothers of very preterm infants. **J Hum Lact**, v. 24, n. 3, p. 252-62, 2008.

O'BRIEN, K. et al. A pilot cohort analytic study of family integrated care in a Canadian neonatal intensive care unit. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 13, n. 1, S12, p. 1-8, 2013.

OLIVEIRA, L.S.; ESPÍRITO SANTO, A.C.G. O processo de avaliação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança sob o olhar dos avaliadores. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, v. 13, n. 4, p. 297-307, 2013.

OLIVEIRA, M. et al. Feeding patterns of brazilian preterm infant during the first 6 months of life, Londrina, Paraná, Brazil. **J Hum Lact.**, v. 23, n. 3, p. 269-74, 2007.

PALLAS-ALONSO, C.R. et al. Parental involvement and kangaroo care in European neonatal intensive care units: a policy survey in eight countries. **Pediatr Crit Care Med**, v. 13, n. 5, p. 568-77, 2012.

PASSINI JR, R. et al. **Estudo multicêntrico de investigação em prematuridade (EMIP): prevalência e fatores associados com parto prematuro espontâneo**. Hospital da Mulher Prof. Dr José Aristodemo Pinotti. Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde (PPSUS-SP), p. 79, 2014.

PECHLIVANI, F. et al. Prevalence and determinants of exclusive breastfeeding during hospital stay in the area of Athens, Greece. **Acta Paediatr**, v. 94, n. 7, p. 928-34, jul. 2005.

PÉREZ-ESCAMILLA, R.; MARTINEZ, J.L.; SEGURA-PÉREZ, S. Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review. **Matern Child Nutr**, 29.doi:10.1111/mcn.12294, 2016.

- PERRINE, C.G. et al. Baby-Friendly Hospital practices and meeting exclusive breastfeeding intention. **Pediatrics**, v. 130, n. 1, p. 1-7, 2012.
- PHILIPP, B.L. et al. Baby-Friendly Hospital Initiative improves breastfeeding initiation rates in a US hospital setting. **Pediatrics**, v. 108, p. 677-81, 2001.
- PIERREHUMBERT, B.; ANSERMET, F.; MULLER-NIX, C. Prematurity, maternal posttraumatic stress and consequences on the mother infant relationship. **Early Hum Dev**, v. 87, n. 1, p. 21-6, 2011.
- POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Artmed: Porto Alegre, 2004.
- QUELUZ, M.C. et al. Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de Serrana, São Paulo, Brasil. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n.3, p. 537-43, 2012.
- RAJU, T.N. et al. Optimizing care and outcome for late-preterm (near-term) infants: a summary of the workshop sponsored by the National Institute of Child Health and Human Development. **Pediatrics**, v. 118, p. 1207-14, 2006.
- RAMOS, H.A.C.; CUMAN, R.K.N. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 13, 2, p. 297-304, abr-jun. 2009.
- RENFREW, M.J. et al. Breastfeeding promotion for infants in neonatal units: a systematic review and economic analysis. **Health Technol Assess**, v. 13, n. 40, p. 1-146, 2009.
- RODRIGUES, A.P. et al. Manutenção do aleitamento materno de recém-nascidos pré-termo: revisão integrativa da literatura. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [S.l.], v. 15, n. 1, p. 253-64, mar. 2013.
- RODRIGUES, N.A.; GOMES, A.C.G. Aleitamento materno: fatores determinantes do desmame precoce. **Enferm. Rev** v. 17, n. 1, jan-abr. 2014.
- ROLLINS, N.C. et al. Why invest, and what it Will take to improve breastfeeding practices? **Lancet**, v. 387, p. 491–504, 2016.
- RONNESTAD, A. et al. Late-onset septicemia in a Norwegian national cohort of extremely premature infants receiving very early full human milk feeding. **Pediatrics**, v. 115, n. 3 p. e269-76, 2005.
- ROSSETTO, E.G. **O uso da translação para o aleitamento materno de bebês nascidos muito prematuros: ensaio clínico randomizado**. 2010. [tese de doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP; 2010.
- ROSSI, E; FERNANDES, R.A.Q. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. **Rev Bras Enferm**, v. 67, n. 1, p. 22-7, jan-fev. 2014.

RYCROFT-MALONE, J. et al. Ingredients for change: revisiting a conceptual framework. **Qual Saf Health Care**, v. 11, p. 174-80, 2002.

SAMPAIO, P.F. et al. Hospital Amigo da Criança: fator de proteção ao aleitamento materno? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 7, p. 1349-61, jul. 2011.

SANCHES, M.T.C. et al. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo de lactentes com baixo peso assistidos na atenção básica. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 5, p. 953-65, 2011.

SANTANA, M.C.C.P. et al. Aleitamento materno em prematuros: atuação fonoaudiológica baseada nos pressupostos da educação para promoção da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, n. 2, p. 411-17, 2010.

SANTOS, T.A.S.; DITZ, E.S.; COSTA, P.R. Práticas favorecedoras do aleitamento materno ao recém-nascido prematuro internado na unidade de terapia intensiva neonatal. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 2, n. 3, p. 438-50, set-dez. 2012.

SASSA, A.H. et al. Bebês pré-termo: aleitamento materno e evolução ponderal. **Rev Bras Enferm**, v. 67, n. 4, p. 594-600, jul-ago, 2014.

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, jul-dec, 2013.

SAUNDERS, R.P. et al. Evaluation and development of potentially better practices for improving family-centered care in neonatal intensive care units. **Pediatrics**, v. 111, p. e437-449, 2003.

SCHEEREN, B. et al. Condições iniciais no aleitamento materno de recém-nascidos prematuros. **J Soc Bras Fonoaudiol**, v. 24, n. 3, p. 199-204, 2012.

SCOCHI, C.G.S. et al. Alimentação láctea e prevalência do aleitamento materno em prematuros durante internação em um hospital amigo da criança de Ribeirão Preto-SP, Brasil. **Cienc Cuid Saude**, v. 7, n. 2, p. 145-54, abr/jun. 2008.

SCOCHI, C.G.S. et al. Transição alimentar por via oral em prematuros de um Hospital Amigo da Criança. **Acta Paul Enferm**, v. 23, n. 4, p. 540-5, 2010.

SEKYIA, S.R.; LUZ, T.R. Mudança organizacional: implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15 (Supl. 1), p. 1263-73, 2010.

SHAPIRO-MENDOZA, C.K. et al. Effect of late-preterm birth and maternal medical conditions on newborn morbidity risk. **Pediatrics**, v. 121, p. e223-32, 2008.

SILVA, L.M.; TAVARES, L.A.M.; GOMES, C.F. Dificuldades na amamentação de lactentes prematuros. **Distúrb Comun**, v. 26, n. 1, p. 50-9, 2014.

SILVA, T.R. et al. A Incidência de Reinternações entre prematuros de muito baixo peso e suas associações. **Revista Varia Scientia**, v. 1, p. 119-29, 2015.

SILVA, W.F.; GUEDES, Z.C.F. Tempo de aleitamento materno exclusivo em recém-nascidos prematuros e a termo. **Rev. CEFAC**, v. 15, n. 1, p. 160-71, jan-fev. 2013.

SINHA, B. et al. Interventions to improve breastfeeding outcomes: a systematic review and meta-analysis. **Acta Paediatrica**, v. 104, p. 114–35, 2015.

SOARES, J.P.O. et al. Amamentação natural de recém-nascidos pré-termo sob a ótica materna: uma revisão integrativa. **Rev. CEFAC**, v. 18, n. 1, p. 232-41, jan-fev. 2016.

SOARES, M.E.M. et al. Uso de chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. **J. Pediatr**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 4, p. 309-16, 2003.

STRAUS, S.E, TETROE J.; GRAHAM, I. Defining knowledge translation. **CMAJ**, v. 181, n. 3-4, p. 165-81, ago. 2009.

STURKE, R. et.al. A Multi-Disciplinary Approach to Implementation Science: The NIH-PEPFAR PMTCT Implementation Science Alliance. **JAIDS**, v. 67, p. 163-7, nov. 2014.

SULLIVAN, S. et al. An exclusively human milk based diet is associated with a lower rate of necrotizing enterocolitis than a diet of human milk and bovine milk based products. **J Pediatr**, v. 156, n. 4, p. 562-7, 2010.

SYMINGTON, A. Non-nutritive sucking for promoting physiologic stability and nutrition in preterm infants. **Cochrane Database Syst Rev**. v. 19, n. 4, 2005, CD001071.

TAYLOR, C. et al. Staff perceptions and experiences of implementing the Baby Friendly Initiative in neonatal intensive care units in Australia. **Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing**, v. 40, n. 1, p. 25-34. doi: 10.1111/j.1552-6909.2010.01204.x. Epub, 2011.

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, supl, p. 199-208, ago. 2015.

VALETE, C.O. et al. Alimentação de prematuros em maternidade pública. **Rev. Nutr., Campinas**, v. 22, n. 5, p. 653-9, set-out. 2009.

VANDENPLAS, Y. et al. Probióticos e prebióticos na prevenção e no tratamento de doenças em lactentes e crianças. **J. Pediatr.** Rio de Janeiro, v. 87, n. 4, p. 292-300, jul-ago. 2011.

VANNUCHI, M.T.O.; MONTEIRO, C.A.; RÉA, M.F. Implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança em um hospital universitário. **Cienc Cuid Saude**, v. 11(suplem.), p. 102-7, 2012.

VENANCIO, S.I. et al. The Baby-Friendly Hospital Initiative shows positive effects on breastfeeding indicators in Brazil. **J Epidemiol Community Health**, v. 66, p. e914-e918, 2012.

VICTORA, C.G. et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **Lancet**, v. 387, p. 475-90, 2016.

VIEIRA, T.O. et al. Duration of exclusive breastfeeding in a Brazilian population: new determinants in a cohort study. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 14, p. 175, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Born too soon**: the global action report on preterm birth. Geneva: WHO; 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Every newborn action plan**: Progress Report. Geneva: WHO, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. United Nations Children's Foundation. **Innocenti Declaration**. Florença: UNICEF/WHO, 1990.

ZULIN, N. E. et al. Vivência de mães de prematuros no processo de translactação. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 36, n. 1, supl, p. 363-72, ago. 2015.

APÊNDICE

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Confidentiality Agreement

The NEO-BFHI: The Baby-Friendly Hospital Initiative Expanded For Neonatal Intensive Care

The Neo-BFHI is a project being proposed by the Nordic and Quebec Working Group. The active members of the group are listed below. You can find more information about the project in the ICLA website (<http://www.ilca.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=4214>). This document contains a confidentiality agreement in the context of the pilot testing undertaken by the Working Group. It will be done by or in collaboration with the BFHI Country Coordinators.

The general objectives of the project are:

- To develop and adapt existing BFHI criteria to protect, promote and support breastfeeding in the neonatal ward. These expanded criteria are included in a Core document.
- To develop assessment, self-assessment and monitoring tools to measure compliance with the standards outlined in the Neo-BFHI Core document. The assessment tool is for certification purposes and is CONFIDENTIAL.
- To conduct an evaluation of the feasibility, acceptability and comprehensibility of using the assessment tool, and validate its appropriateness for use in certification of neonatal wards.

The final version of the confidential Assessment Tools will be sent to BFHI Country Coordinators after being revised for use and adaptation in each of their countries.

As a participant in the pilot testing of the Assessment Tool expanded to include the Neo-BFHI,

I ARIANE THAISE ALVES MONTEIRO (print name) agree to:

1. Keep all the draft documents received during the pilot testing confidential by not discussing or sharing the information in any form or format with anyone other than the Nordic and Quebec Working Group or BFHI Country Coordinators;
2. Keep all draft documents in any form or format secure while they are in my possession;
3. Return all information in any form or format to the Nordic and Quebec Working Group or BFHI Country Coordinators when I have completed the pilot testing tasks;
4. After performing the pilot test, erase or destroy all draft documents in any form or format that are not returnable to the Nordic and Quebec Working Group or BFHI Country Coordinators (e.g. information stored on a USB or computer hard drive).

Participant:

ARIANE THAISE ALVES MONTEIRO (Print name) Ariane Thaise A. Monteiro (Signature)

Mestre (Titles/positions) State University of Londrina, Brazil (Institutions)

27 / October / 2014 (Date)

If you have any questions or concerns about this study, please contact any of the active members of the Nordic and Quebec Working Group. The contact information is in the next page.

ANEXO

ANEXO 1 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Aleitamento materno em prematuros: impacto da IHAC para unidades neonatais

Pesquisador: Carmen Gracinda Silvan Scochi

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 23975813.7.1001.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO
Departamento de Ciência e Tecnologia

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 553.935

Data da Relatoria: 12/02/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de avaliação de pendências apontadas em reunião anterior do CEP.

Objetivo da Pesquisa:

Não houve alterações.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não houve alterações.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

As pesquisadoras esclareceram os itens pendentes do projeto de pesquisa: forma de adaptação cultural do IHAC e realização dos testes piloto para validação de instrumentos. Em adição, revisaram o cronograma de atividades relativo a tais fases.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As pesquisadoras reformularam o TCLE apresentado anteriormente conforme solicitado e apresentaram novo TCLE, direcionado para profissionais de saúde que participarão da fase de validação de instrumento.

Recomendações:

Não há.

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3602-3386

E-mail: cep@eerp.usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP



Continuação do Parecer: 553.935

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências foram atendidas adequadamente.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer apreciado na 176a reunião ordinária.

RIBEIRÃO PRETO, 12 de Março de 2014

Assinador por:

**Claudia Benedita dos Santos
(Coordenador)**

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3602-3386

E-mail: cep@eerp.usp.br

ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - INTEGRANTES DA EQUIPE E GERENTE

Título da pesquisa: “Aleitamento materno em prematuros: impacto da IHAC para unidades neonatais”

Prezado Profissional de saúde,

Por meio deste termo, você esta sendo convidado (a) a participar da pesquisa que se chama “Aleitamento materno em prematuros: impacto da IHAC para unidades neonatais”, em desenvolvimento junto à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sob a responsabilidade da Profa. Dra. Carmen Gracinda Silvan Scochi e colaboradores.

Seu apoio e participação são muito importantes para a realização deste estudo, que tem como objetivo geral implementar e testar a efetividade da Iniciativa Hospital Amigo da Criança recém-adaptada para as unidades neonatais (IHAC-Neo) no aumento das taxas de aleitamento materno exclusivo (AME).

Sua participação nesta pesquisa se dará por meio de respostas a questionários com questões objetivas. Na primeira fase, as questões referem-se à sua formação e atuação profissional, a organização do trabalho e os valores organizacionais, e na outra parte refere-se ao seu conhecimento acerca do manejo da amamentação do prematuro e as práticas utilizadas por você para promover, apoiar mães desses neonatos no contexto do aleitamento materno. O tempo previsto para o preenchimento destes questionários não excederá meia hora e será realizado em sala reservada.

Você poderá aceitar ou não a participar da pesquisa e pode desistir a qualquer momento se assim desejar. Caso aceite participar da pesquisa, os dados coletados serão mantidos sob nossa responsabilidade e garantimos que seu nome não será divulgado em nenhum momento. Sua participação será completamente voluntária, não havendo custo nem riscos adicionais para você e nem pagamento pela sua participação.

Não haverá divulgação dos dados de forma pessoal às chefias desta instituição. Você terá a garantia de receber respostas a qualquer pergunta sobre este trabalho em qualquer momento, não somente durante a entrevista. Quando terminarmos esta pesquisa, os resultados finais serão divulgados em revistas científicas e apresentados em eventos científicos. Os resultados deste estudo irão contribuir para melhores condições de saúde dos prematuros relacionadas ao AME e para aprimorar as práticas profissionais para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno em nessas crianças.

Esta pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP EERP/USP) e da UEL, que tem a finalidade de proteger eticamente o participante da pesquisa para a sua realização.

Após todos os esclarecimentos, caso você concorde em participar, por favor, assine duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Uma via ficará com você e a outra com a pesquisadora. Se tiver alguma dúvida, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UEL, na Avenida Robert Koch, nº 60, no telefone (43)33712490 ou por e-mail: cep268@uel.br, dias úteis, em horário comercial.

Agradecemos a sua colaboração.

Participante

Edilaine Giovanini Rossetto
E-mail: ediluzrossetto@gmail.com
Telefones de contato: (43) 33712249
(43) 88376610

Londrina, _____ de _____ de 201__.

ANEXO 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - MÃES

Título da pesquisa: “Aleitamento materno em prematuros: impacto da IHAC para unidades neonatais”

Prezada senhora,

Por meio deste termo, você está sendo convidada a participar da fase _____ da pesquisa que se chama “Aleitamento materno em prematuros: impacto da IHAC para unidades neonatais”, em desenvolvimento junto à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sob a responsabilidade da Profa. Dra. Carmen Gracinda Silvan Scochi e colaboradores.

Seu apoio e participação são muito importantes para a realização deste estudo, que tem como objetivo geral implementar e testar a efetividade da Iniciativa Hospital Amigo da Criança recém-adaptada para as unidades neonatais (IHAC-Neo) no aumento das taxas de aleitamento materno exclusivo. Para tal, a pesquisa será dividida em três fases: Fase 1: Avaliar o quanto os prematuros são amamentados exclusivamente no peito, e a quantidade de infecções relacionadas ao AM em prematuros internados neste hospital; Identificar o que os profissionais de saúde e as mães/família fazem para apoiar o aleitamento materno em prematuros neste hospital; Identificar as barreiras e facilitadores para o estabelecimento do aleitamento materno de prematuros neste hospital; Fase 2: Implementar práticas que facilitem o aleitamento materno em prematuros neste hospital e Fase 3: Examinar o quanto este hospital adotou a essas novas práticas implantadas nesta instituição e o quanto as mães/família ficaram satisfeitas com essas práticas; Avaliar o quanto os prematuros são amamentados durante a internação três meses após a implementação dessas práticas; Medir a infecções relacionadas ao AM.

Para o cumprimento das fases 1 ou 3, sua participação se dará por meio da busca de dados no prontuário do seu filho para analisarmos a situação de saúde dela (a) e a alimentação durante a internação e de uma entrevista guiada por um questionário com questões fechadas. Este questionário tem a intenção de avaliar o quanto você está satisfeita com as práticas realizadas nesse hospital e o apoio recebido pela equipe para que você e seu bebê consigam iniciar e manter o aleitamento materno. O tempo previsto para esta entrevista que será realizado em sala reservada, será no máximo de meia hora. Para o cumprimento da fase 2, contaremos com sua participação em grupos de trabalho de profissionais de saúde para discussão em sala reservada nesta instituição sobre práticas de promoção e apoio ao aleitamento materno ao prematuro, discussões essas que terão entre meia hora e quarenta minutos de duração. Essas atividades serão organizadas de acordo com a disponibilidade dos participantes e terão uma frequência de no máximo três encontros realizados ao longo de 12 meses.

Informamos que, caso aceite participar da pesquisa os dados coletados serão mantidos sob nossa responsabilidade e garantimos que seu nome não será divulgado em nenhum momento, e você poderá aceitar ou não a participar da pesquisa. Os possíveis riscos do estudo se referem a alguns desconfortos que você pode ter no momento em que for responder ao questionário (fases 1 ou 3), ou durante as reuniões grupais (fase 2) porém, poderá interromper sua participação a qualquer momento. Faremos o possível para auxiliá-la caso o desconforto ocorra, esclarecendo-a ou tranquilizando-a. Sua participação será completamente voluntária, não havendo custo para você e nem pagamento pela sua participação. Caso em algum momento, você se sinta lesada por algo que possa acontecer durante a pesquisa, você terá o direito de recorrer à indenização segundo as leis do país.

Você terá a garantia de receber respostas a qualquer pergunta sobre este trabalho em qualquer momento, não somente durante a entrevista. Quando terminarmos esta pesquisa, os resultados finais serão divulgados em revistas científicas e apresentados em eventos científicos. Os resultados deste estudo irão contribuir para melhores condições de saúde dos prematuros relacionadas ao aleitamento materno exclusivo e para incrementar as práticas profissionais para que se estabeleça o aleitamento materno exclusivo nessas crianças. (benefícios)

Esta pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP EERP/USP), que tem a finalidade de proteger eticamente o participante da pesquisa para a sua realização.

Após todos os esclarecimentos, caso você concorde em participar, por favor, assine duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Uma via ficará com você e a outra com a pesquisadora. Se tiver alguma dúvida, poderá entrar em contato com o CEP-EERP-USP na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Avenida Bandeirantes, 3900 Bairro: Monte Alegre - Campus Universitário, Ribeirão Preto – SP, CEP: 14040-902, telefone (16) 3602-3386, dias úteis, em horário comercial.

Agradecemos a sua colaboração.

Participante

Edilaine Giovanini Rossetto Email: ediluizrossetto@gmail.com
Telefones de contato: (43) 3371-2249

Responsável (se a mãe for menor de idade)

Londrina, _____ de _____ de 20__.