



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

GEISA MARCELA PERDIGÃO

**ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM FLUXOGRAMA POR
PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA O MANEJO CLÍNICO DO
ALEITAMENTO MATERNO EM RECÉM-NASCIDOS
PREMATUROS**

Londrina
2022

GEISA MARCELA PERDIGÃO

**ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM FLUXOGRAMA POR
PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA O MANEJO CLÍNICO DO
ALEITAMENTO MATERNO EM RECÉM-NASCIDOS
PREMATUROS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, para obtenção do título de Doutora em Enfermagem. Linha de pesquisa: O cuidado de Enfermagem nas fases do ciclo vital e nos diversos níveis assistenciais.

Orientadora: Profa. Dra. Edilaine Giovanini Rossetto

Londrina
2022

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

P433e Perdigão, Geisa Marcela.

Elaboração e validação de um fluxograma por profissionais de saúde para o manejo clínico do aleitamento materno em recém-nascidos prematuros / Geisa Marcela Perdigão. - Londrina, 2022.
147 f.

Orientador: Edilaine Giovanini Rossetto.

Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências Biológicas, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2022.

Inclui bibliografia.

1. Fluxograma - . 2. Aleitamento Materno - . 3. Recém-nascido Prematuro - . I. Rossetto, Edilaine Giovanini. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências Biológicas. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

GEISA MARCELA PERDIGÃO

**ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM FLUXOGRAMA POR
PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA O MANEJO CLÍNICO DO
ALEITAMENTO MATERNO EM RECÉM-NASCIDOS
PREMATUROS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, para obtenção do título de Doutora em Enfermagem. Linha de pesquisa: O cuidado de Enfermagem nas fases do ciclo vital e nos diversos níveis assistenciais.

BANCA EXAMINADORA

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

Prof^a. Dr^a. Adriana Valongo Zani
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof^a. Dr^a. Mauren T. G. Mendes Tacla
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof^a. Dr^a. Adriana Moraes Leite
Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto -
USP

Prof^a. Dr^a. Sueli M. Tsukuda Ichisato
Universidade Estadual de Maringá - UEM

Londrina, 17 de Maio de 2022.

Dedicatória

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

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

(Luís Alberto Mussa Tavares)

Pensamento

*“Não há lugar para a sabedoria
onde não há paciência.”*

(Santo Agostinho)

Apresentação

Desenvolver a pesquisa sobre o tema Aleitamento Materno (AM) com o prematuro, foi um grande desafio. São muitas as incertezas referentes ao manejo do AM do recém-nascido prematuro (RNPT). A prematuridade e os longos períodos de internação são importantes fatores associados à menor prevalência do AM.

Durante a graduação em Enfermagem, já me identifiquei pela área materno infantil. No terceiro ano do curso, ao realizar o estágio curricular em saúde da mulher e saúde da criança, me apaixonei por esse mundo materno infantil.

Quando conclui a graduação, no ano de 2004, meu primeiro emprego foi como enfermeira no Hospital Evangélico de Londrina. Atuei no setor de internação adulto de moléstias infecciosas. No ano de 2005, iniciei a pós-graduação em Assistência Multiprofissional a Agravos Crônicos a fim de aprofundar meu conhecimento e prestar uma assistência de maior qualidade.

No entanto, sempre mostrei interesse no setor materno-infantil. Dois anos depois, em 2006, fui convidada assumir o setor de Pediatria e também a Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCI), onde atuei por dois anos.

Em seguida, no ano de 2008, fui convidada a assumir o Serviço de Auditoria em Enfermagem do hospital, onde atuei por dois anos e também me especializei com o curso de pós-graduação em Auditoria de Enfermagem.

Por não me identificar muito com a área administrativa da auditoria, solicitei voltar ao setor materno-infantil. Então, no ano de 2010 assumi a maternidade do hospital e, em 2012 iniciei minha terceira pós-graduação na área de Obstetrícia.

Nesse mesmo ano de 2012, um novo convite surgiu e assumi parte da gerência de enfermagem ficando responsável por todo o processo seletivo, contratação e de educação em serviço da equipe de enfermagem do hospital. Nesse período percebi que precisava me aprofundar mais nos estudos, realizando outras especializações na área de enfermagem: em Urgência e Emergência, Didática no Ensino Superior e também na área de Saúde Coletiva.

Em 2012 também comecei a ministrar aulas no curso de Enfermagem da Faculdade Pitágoras de Londrina, conciliando os dois empregos.

Casei em 2015 e em 2016 tive meu filho, Miguel. Após a maternidade optei em permanecer com apenas um vínculo e decidi pela docência.

A atuação na docência me fez buscar outras qualificações profissionais, e, em 2016, entrei programa de Pós-graduação Mestrado em Enfermagem pela Universidade estadual de Londrina (UEL)

No mestrado trabalhei sob a orientação da Professora Dra Edilaine Giovanni Rossetto com o tema: Elaboração e Validação de um Fluxograma de Manejo Clínico em AM para o RNPT.

Defendi minha dissertação em 2018 e logo consegui ser aprovada no programa de Pós-Graduação Doutorado em Enfermagem pela UEL. Assim, optei por dar continuidade à minha pesquisa, agora trabalhando o tema: Elaboração e validação de um fluxograma por profissionais de saúde no manejo clínico do aleitamento materno em recém-nascidos prematuros, novamente com a Professora Dra Edilaine.

Concomitante ao doutorado trabalhei como docente dos cursos de graduação de duas Universidades: Pitágoras e também na Universidade Estadual de Londrina – UEL. Sou extremamente grata às duas instituições de ensino que prezam em formar grandes profissionais de Enfermagem.

Hoje continuo atuando como docente na Faculdade Pitágoras de Londrina e recentemente assumi o Pronto Socorro Obstétrico (PSO) do HU/UEL como enfermeira.

PERDIGÃO, Geisa Marcela. **Elaboração e Validação de um fluxograma por profissionais de saúde para o manejo clínico do aleitamento materno em recém-nascidos prematuros.** 2022. 150 f. Tese (Doutorado em enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2022.

RESUMO

Introdução: Recém-nascidos prematuros hospitalizados em unidades neonatais por tempo prolongado se enquadram num grupo de risco para o início e manutenção do aleitamento materno, pois, quanto menor a idade gestacional, maior a dificuldade em iniciar e estabelecer a amamentação. **Objetivo:** Elaborar um fluxograma e validar sua utilização por profissionais de saúde no manejo clínico do aleitamento materno em recém-nascidos prematuros. **Método:** Pesquisa metodológica de abordagem quantitativa, realizado no período de 2016 a 2021. Seguiu-se três etapas: Primeiro, a elaboração do fluxograma e sua validação aparente por meio do teste piloto na prática clínica por cinco enfermeiras. Em seguida, sua validação de conteúdo, utilizando a técnica Delphi com um grupo multiprofissional de 29 juízes. Na segunda etapa foi realizado um estudo randômico, tipo *crossover*, com e sem o uso do fluxograma com 127 profissionais de saúde na área de aleitamento materno em prematuros. Na terceira etapa, com 89 profissionais de saúde, foi avaliado sua aplicabilidade, através do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) adotando valores superiores a 80% de concordância como consenso desejável. **Resultados:** O processo de validação resultou em uma taxa de concordância geral de 93,8%. Apresentou IVC geral de 97,8%. Os resultados demonstraram que as ações de avaliação ($p=0,000$), hipótese diagnóstica ($p=0,028$) e possibilidades de condutas foram diferentes quando comparados com e sem o uso do fluxograma pelos profissionais de nível superior. No grupo de técnicos, observou-se manejo diferente em duas das três dimensões avaliadas: hipótese diagnóstica e nas condutas ($p<0,001$). **Conclusão:** O uso do fluxograma foi avaliado pela equipe profissional com ótima aplicabilidade, considerando-o de forma clara e simples aplicação. O fluxograma norteou diferentemente a equipe tanto nas ações de avaliação e diagnóstico como na tomada de decisão para o manejo clínico do aleitamento materno de recém-nascidos prematuros. O uso do fluxograma auxiliou a equipe especialmente no manejo das principais dificuldades com o aleitamento do RNPT. Há que se testar a validade de uso desse fluxograma também para o RN a termo. Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos: RBR-3tzxg2.

Palavras-chave: aleitamento materno; aleitamento materno exclusivo; prematuro; UTI neonatal; ensaio clínico controlado randomizado.

PERDIGÃO, Geisa Marcela. **Elaboration and validation of a flowchart by health professionals in the clinical management of breastfeeding in premature newborns.** 2022. 150 p. Thesis (Doctorate in Nursing) - Londrina State University, Londrina, 2022.

ABSTRACT

Introduction: Preterm newborns hospitalized in neonatal units for a long time are in a risk group for the initiation and maintenance of breastfeeding, because the lower the gestational age, the greater the difficulty in initiating and establishing breastfeeding. **Objective:** To develop a flowchart and validate its use by health professionals in the clinical management of breastfeeding in premature newborns. **Method:** Methodological research with a quantitative approach, carried out from 2016 to 2021. There were three steps: First, the elaboration of the flowchart and its apparent validation through a pilot test in clinical practice by five nurses. Then, its content validation, using the Delphi technique with a group of 29 multidisciplinary judges. In the second stage, a randomized crossover study was carried out, with and without the use of the flowchart, with 127 health professionals in the area of breastfeeding in premature infants. In the third stage, with 89 health professionals, its applicability was evaluated through the Content Validity Index (CVI), adopting values above 80% of agreement as a desirable consensus. **Results:** The validation process resulted in an overall agreement rate of 93.8%. It presented an overall CVI of 97.8%. The results showed that the evaluation actions ($p=0.000$), diagnostic hypothesis ($p=0.028$) and possibilities of conduct were different when compared with and without the use of the flowchart by professionals with higher education. In the group of technicians, different management was observed in two of the three dimensions evaluated: diagnostic hypothesis and conduct ($p<0.001$). **Conclusion:** The use of the flowchart was evaluated by the professional team with great applicability, considering it in a clear and simple application. The flowchart guided the team differently both in the evaluation and diagnosis actions and in the decision making for the clinical management of breastfeeding of premature newborns. The use of the flowchart helped the team especially in managing the main difficulties with breastfeeding the PTNB. It is necessary to test the validity of the use of this flowchart also for the term NB. Brazilian Registry of Clinical Trials: RBR-3tzxg2.

Key words: breastfeeding; exclusive breastfeeding; premature; neonatal ICU; randomized controlled clinical trial.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1** – Fluxograma de manejo Clínico para o Aleitamento Materno de Recém-nascidos Prematuros57
- Figura 2** – Fluxograma de inclusão, randomização e análise dos participantes.....70
- Figura 3** – Casos clínicos hipotéticos apresentados aos profissionais de nível superior e nível técnico.....71

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Design crossover padrão de duas sequências e dois períodos36
- Tabela 2** – Distribuição da proporção de acertos relativos à avaliação, hipótese diagnóstica e condutas dos 3 casos hipotéticos dos profissionais de nível superior (enfermeiras, médicos, fonoaudióloga e nutricionistas).....72
- Tabela 3** – Distribuição da proporção de acertos relativo à avaliação, diagnóstico e condutas do único caso apresentado para os profissionais de nível técnico74
- Tabela 4** – Distribuição dos acertos nas etapas de avaliação, hipótese diagnóstica, possibilidade de condutas e tempo para resolução dos três casos dos profissionais de nível superior e do caso único dos profissionais de nível técnico75
- Tabela 5** – Comparação do número total de acertos no manejo do aleitamento materno entre os profissionais de nível superior e nível técnico do hospital A e hospital B.....77

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** – Alterações do fluxograma realizadas na validação aparente54
- Quadro 2** – Taxa de Concordância Interavaliadores do Fluxograma de Aleitamento Materno por dimensões avaliadas, 1ª e 2ª Rodada de Validação55
- Quadro 3** – Índice de Validade de Conteúdo do Fluxograma de Manejo para o Aleitamento Materno de Recém-Nascidos Prematuros94

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AM	Aleitamento materno
AME	Aleitamento materno exclusivo
BLH	Banco de leite humano
CDC	Centro de Controle e Prevenção de Doenças
ENSP/Fiocruz	Escola Nacional de Saúde Pública / Fundação Oswaldo Cruz
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
IG	Idade Gestacional
LM	Leite materno
LH	Leite humano
OMS	Organização Mundial de Saúde
RN	Recém-nascido
RNT	Recém-nascido a termo
RNPT	Recém-nascido prematuro
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA	17
2	PROBLEMA	23
3	PERGUNTA DE PESQUISA	24
4	OBJETIVOS	26
4.1	OBJETIVO GERAL.....	26
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	26
5	MÉTODO	28
5.1	TIPO DE PESQUISA	28
5.2	CENÁRIO DO ESTUDO	28
5.3	POPULAÇÃO DO ESTUDO	29
5.3.1	Critérios de Elegibilidade.....	29
5.4	ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DO FLUXOGRAMA	30
5.4.1	Etapa 1 - Elaboração e Validação Aparente e de Conteúdo do Fluxograma.....	30
5.4.2	Etapa 2 - Ensaio Clínico e Randômico Tipo Crossover	33
5.4.2.1	Procedimento de Coleta de Dados	37
5.4.3	Etapa 3 – Aplicabilidade Prática	39
5.5	DESFECHO	40
5.6	INSTRUMENTOS.....	41
5.7	ANÁLISE DE DADOS	43
5.8	TRATAMENTO ESTATÍSTICO	43
5.9	ÉTICA EM PESQUISA	45
5.10	REGISTRO DO ESTUDO.....	46
6	RESULTADOS	48
6.1	Artigo 1: ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DO FLUXOGRAMA DE MANEJO CLÍNICO PARA O ALEITAMENTO MATERNO DE RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS.....	49

6.2	Artigo 2: EFEITO DO FLUXOGRAMA NA TOMADA DE DECISÃO DOS PROFISSIONAIS NO MANEJO DO ALEITAMENTO EM RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS	63
6.3	Artigo 3: APLICABILIDADE PRÁTICA DO FLUXOGRAMA DE MANEJO CLÍNICO PARA O ALEITAMENTO MATERNO DE RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS	88
7	CONCLUSÃO	101
	REFERÊNCIAS	103
	APÊNDICES	111
	APÊNDICE A - Fluxograma de Manejo Clínico para o Aleitamento Materno de Recém-Nascidos Prematuros	112
	APÊNDICE B - Manual Operacional do Fluxograma de Manejo Clínico para o Aleitamento Materno de Recém-Nascidos Prematuros	113
	APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de Validação dos Casos Hipotéticos	141
	APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Hospital Universitário de Londrina	143
	APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Hospital Evangélico de Londrina	144
	APÊNDICE F - Instrumento para Avaliar a Aplicabilidade Prática do Fluxograma	145
	APÊNDICE G - Instrumento de Questões Hipotéticas	146
	APÊNDICE H - Declaração de Concordância dos Serviços Envolvidos e/ou de Instituição Co-Participante	147
	ANEXOS	148
	ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UEL	149

*O verdadeiro
caminho da sabedoria pode ser
identificado por apenas três
coisas: precisa ter amor,
deve ser prático e pode ser
trilhado por qualquer um.
(Paulo Coelho)*

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O aleitamento materno (AM) é uma das principais estratégias para reduzir a morbimortalidade em prematuros. É a estratégia mais natural de nutrição para a criança e constitui-se uma eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil, considerado o primeiro alimento da vida.

A amamentação pode salvar as vidas de mais de 820.000 crianças com menos de cinco anos se todas, de zero a 23 meses fossem amamentadas exclusivamente até os seis meses e complementar até dois anos ou mais. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) preconizam o aleitamento materno exclusivo (AME) nos primeiros seis meses de vida e continuada até os dois anos de idade ou mais (WHO, 2018).

No entanto, destaca-se que a prevalência do AME em crianças nascidas a termo e pré-termo no âmbito mundial ainda se mostra aquém do preconizado pela OMS, que recomenda que pelo menos 50% das crianças recebam somente leite materno (LM) até os seis meses de idade e de forma complementar até os 2 anos ou mais até 2025. Dados recentes indicam que, no mundo, apenas 37% das crianças são amamentadas exclusivamente até o sexto mês de vida (VICTORA et al., 2016; WHO, 2017).

O leite humano (LH) não é apenas um alimento nutricionalmente perfeito para os bebês, também é o medicamento personalizado mais específico que o recém-nascido (RN) pode receber (VICTORA et al., 2016). Até o sexto mês de vida é o alimento ideal para RN e lactentes e, para o bebê prematuro, torna-se ainda mais importante diante da sua alta vulnerabilidade.

De acordo com o manual de orientações e recomendações sobre amamentação da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia – (FEBRASGO), o ato de amamentar traz benefícios não somente ao bebê, mas também à nutriz e à sociedade. Para a criança, o LM está relacionado a menores índices de desnutrição, doenças respiratórias, otites, diabetes mellitus, alergias, asma crônica, dermatites atópicas, leucemias e linfomas, neuroblastomas, tumores de crescimento, parasitoses intestinais, diarreias, obesidade, entre outras (FEBRASGO, 2018).

Além, de diminuir a incidência de muitas patologias, é comprovado que crianças alimentadas com LM apresentaram melhores índices de acuidade visual, quociente intelectual e desenvolvimento social, além de prevenir a sepse e promover o desenvolvimento neurológico e cognitivo (MARTIN, et al, 2017).

O Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC) analisou os dados de certidões de nascimento no ano de 2017 em 48 estados e no Distrito de Columbia (3.194.873 - 82,7% de todos os nascimentos) para descrever o recebimento de leite materno entre prematuros de 20 a 27 semanas (extremamente prematuros), 28 a 33 semanas (prematuro precoce), 34 a 36 semanas (prematuro tardio) e a termo ≥ 37 semanas. Observou-se que a prevalência de bebês que receberam qualquer LM ou do banco de leite humano (BLH) variou de acordo com a idade gestacional, sendo 71,3% de extremamente prematuros, 76,0% de prematuros precoce, 77,3% de prematuros tardio e 84,6% a termo (Katelyn, 2017). No geral, 83,9% das crianças receberam LM durante os primeiros dias de vida. Os recém-nascidos a termo (RNT) tiveram maior probabilidade de receber leite materno do que os recém-nascidos prematuros (RNPT), com porcentagens aumentando de acordo com a idade gestacional conforme citado.

Essas estimativas sugerem que muitos RN, particularmente RNPT, podem não estar recebendo LM. O bebê prematuro geralmente tem internamentos prolongados e devido a problemas respiratórios e imaturidade do sistema gastrointestinal e/ou oral motor podem retardar sua alimentação por via oral ou sonda necessitando ser alimentado por via endovenosa. Nesse sentido, são necessários esforços para aumentar a implementação das políticas e práticas existentes baseadas em evidências que apoiam a amamentação, especialmente para bebês prematuros.

Ressalta-se, ainda, que os RNPT que permanecem internados em unidades neonatais por tempo prolongado se enquadram num grupo de risco para o início e manutenção do AM, pois, quanto menor é a idade gestacional (IG) dos RNPT, maior a dificuldade em iniciar a amamentação durante a internação (BRASIL, 2017).

Contudo, a manutenção da lactação em casos de nascimento prematuro é um desafio. São muitas as incertezas referentes ao manejo do AM do RNPT, o que vão desde a estimulação das mamas e extração do LH, até o momento ideal para o início da sucção do bebê prematuro no peito bem como a transição da alimentação por gavagem para o peito. A prematuridade e os longos períodos de internação são importantes fatores associados à menor prevalência do AM (ROLLINS et al., 2016).

Pesquisas brasileiras, como a de Amando et al. (2016) mostram o quanto é complexo para as mães de prematuros manter o AM, devido a questões referentes aos sentimentos negativos tais como tristeza, insegurança, dúvida, impotência. Elas também referem sentimento de culpa gerado pela impossibilidade imediata de amamentar seu filho prematuro, em consequência do processo de internação em uma unidade tão complexa, rodeada de tecnologias que se caracterizam como barreiras para o estabelecimento do contato espontâneo entre as mães e filhos e para a prática da amamentação. Esse estudo foi realizado no Município de Petrolina, em Pernambuco, com 17 mães de RNPT internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN) de um hospital Amigo da Criança, referência na assistência materno-infantil.

Outro estudo, do tipo coorte retrospectivo, realizado nos Estados Unidos da América, com 2.530 mães de RNPT tardios, que tinha como um dos seus objetivos determinar as barreiras e facilitadores para a manutenção do AM, mostrou que essas mães ainda sofrem com dificuldades no manejo da amamentação e com preocupações sobre o fornecimento de leite, acreditando que somente o LM não satisfaz seus bebês (KAIR; COLAIZY, 2016).

A baixa prevalência do AME nos RNPT pode ser explicada devido ao processo da amamentação dessa população ser mais complexo, por envolver tanto os aspectos físicos, neurológicos, cognitivos quanto emocionais do bebê, da mãe e da família (BRASIL, 2017).

Uma das dificuldades dos prematuros é a coordenação entre sucção, deglutição e respiração, acompanhado de rápidas sucções com longas pausas

para respirar, apresentando-se sonolento logo após o início da mamada, além do reflexo de busca não satisfatório (SILVA; TAVARES; GOMES, 2014).

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

A demora para que a sucção ocorra, as dificuldades na estimulação láctea e extração justificam a baixa produção de leite e a importância da atuação dos profissionais de saúde na assistência junto às mães na realização da ordenha de forma correta e eficaz para assegurar a manutenção da produção láctea sem a sucção do bebê.

Orientações realizadas no período antenatal pelos profissionais de saúde e boas práticas de acolhimento na unidade neonatal contribuem para a confiança materna e sucesso dessa prática. Não obstante, um suporte inadequado nesse momento pode propiciar a impossibilidade e abandono do AM (ROLLINS *et al.* 2016) e até mesmo prejudicar significativamente a saúde, o desenvolvimento e a sobrevivência desses bebês (WHO, 2018).

Observa-se, na prática, que os profissionais realizam o manejo do AM e são conscientes a respeito da sua importância e promoção. Entretanto, a falta de padronização dessa atividade gera uma diversificação de condutas, sendo que muitos desconsideram as evidências científicas para gerenciar as várias situações que podem ocorrer durante esse processo.

Pensando nessa diversidade de condutas adotadas pelos profissionais, foi criado e validado um fluxograma de manejo clínico para o AM de RNPT. Trata-se de uma tecnologia em saúde que poderá ser utilizada pela equipe de saúde em unidades neonatais, possibilitando a sistematização desse manejo, visando o incentivo e início precoce do AM.

Fluxogramas são instrumentos legais, construídos dentro dos princípios da prática baseada em evidências que oferecem as melhores opções

disponíveis de cuidado. Sua utilização traz inúmeras vantagens tanto para a assistência quanto para os profissionais, direcionando sua conduta com maior segurança e qualificação para a tomada de decisão assistencial (MARTINS *et al.* 2017).

São documentos que visam garantir a melhoria do cuidado, podendo ser utilizados como princípio de boas práticas assistenciais. Na forma de uma representação esquemática, o chamado fluxograma, configura de maneira sintetizada diretrizes ou protocolos, traduzindo uma melhor compreensão (PIMENTA *et al.* 2015).

O fluxograma de manejo clínico para o AM de RNPT (APÊNDICE A) apresenta cinco dimensões a serem avaliadas, sendo: “Início do Aleitamento Materno”, “Avaliação da Mamada”, “Avaliação da Evolução Ponderal”, “Produção Láctea” e Aleitamento Materno Exclusivo/ Acompanhamento”.

Sua composição visual obedece a duas cores principais: verde (à direita do fluxograma) para as ações corretas e vermelho (à esquerda) para as ações a serem corrigidas; o círculo indica o início e o fim do fluxo. Os losangos representam questões e/ou necessidades de avaliação; os retângulos indicam possibilidades de conduta; os círculos alongados indicam possibilidades diagnósticas e os pontilhados conectam a uma caixa explicativa (PIMENTA *et al.* 2015). Com a finalidade de fornecer informações e fundamentações necessárias para embasar o uso deste fluxograma em um referencial teórico atualizado, também foi elaborado seu manual operacional (Apêndice B).

Assim pretende-se disponibilizar aos profissionais de saúde atuantes no manejo do AM uma ferramenta que possibilite conduzir ações de avaliação, diagnóstico e tomada de decisão referente ao manejo clínico do AM para o RNPT respaldado em diretrizes clínicas baseadas em evidências.

Dando continuidade a esse processo, a hipótese levantada é de que há diferença entre o uso do fluxograma no manejo clínico do AM em RNPT por profissionais de saúde em comparação ao manejo usual.

Se tal hipótese for confirmada a equipe profissional será norteadada a realizar o manejo clínico do AM de forma sistematizada, com consequente aprimoramento da assistência e incentivo à prática da amamentação de

maneira precoce. Almeja-se ainda, contribuir com a pesquisa em enfermagem, em especial na área de neonatologia, pelas relevantes repercussões que o AM traz para a vida e saúde dos bebês, em especial, aos RNPT, bem como às suas famílias e toda a sociedade.

2 PROBLEMA

Diante de um contexto de manejo em que os profissionais envolvidos têm conscientização da importância dessa temática, contudo atuam de maneira diversificada, criou-se um fluxograma de manejo clínico para o AM de RNPT. Faz-se necessário validar sua aparência e conteúdo além de avaliar o seu efeito considerando as tomadas de decisões pelos profissionais de saúde.

3 PERGUNTA DE PESQUISA

Qual o efeito da utilização de um fluxograma por profissionais de saúde no manejo clínico do aleitamento materno em recém-nascidos prematuros?

Não se deve ir atrás de objetivos fáceis, é preciso buscar o que só pode ser alcançado por meio dos maiores esforços.

(Albert Einstein)

OBJETIVOS

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar um fluxograma e validar sua utilização por profissionais de saúde no manejo clínico do aleitamento materno em recém-nascidos prematuros.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Elaborar e validar o conteúdo e aparência de um fluxograma sobre o manejo clínico do aleitamento materno aos recém-nascidos prematuros.
- Identificar os problemas de aleitamento materno nos recém-nascidos prematuros pelo uso do fluxograma e cuidado usual (sem fluxograma).
- Avaliar o manejo do aleitamento materno de acordo com as etapas (avaliação inicial, hipóteses diagnósticas e possibilidades de conduta) comparando o uso do fluxograma com o cuidado usual (sem fluxograma).
- Comparar o tempo para a resolução dos casos considerando o uso do fluxograma e o cuidado usual (sem fluxograma).
- Comparar a proporção de acertos na resolução dos casos considerando o uso do fluxograma e cuidado usual (sem fluxograma).
- Comparar a média de acertos na resolução dos casos por categoria profissional.
- Avaliar a aplicabilidade do uso do fluxograma entre os profissionais de saúde.

*“Ensinar não é transferir
conhecimento, mas criar as
possibilidades para a sua própria
produção ou a sua construção”.*

(Paulo Freire)

MÉTODO

5 MÉTODO

5.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo com delineamento de pesquisa experimental, ensaio clínico randômico (ECR) tipo *crossover*, com e sem o uso do fluxograma, realizada em dois momentos, pois cada colaborador será seu próprio controle.

ECR é um tipo de pesquisa experimental em que o pesquisador implementa uma intervenção e observa os seus efeitos sobre um desfecho. Este tipo de estudo constitui um padrão-ouro dentre os delineamentos de pesquisa utilizados na avaliação de intervenções em saúde (SCHULZ; ALTMAN; MOHER, 2010).

A metodologia utilizada é uma ferramenta importante para obtenção de evidências na prática clínica, fornece evidência mais confiável sobre causa e efeito que não se justifica em outros delineamentos de pesquisa (MOHER et al. 2012). Essa sistemática quando realizada de forma adequada, minimiza vieses que influenciam na sua validade e capacidade de generalizar seus resultados (LACERDA; RIBEIRO; COSTENARO, 2018).

5.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em dois hospitais que possuem Unidade Neonatal na cidade de Londrina-Paraná. Ambos têm o título de Hospital Amigo da Criança, idealizado pela OMS e pelo UNICEF e incorporado pelo Ministério da Saúde (MS) do Brasil.

- Instituição A: Unidade Neonatal de uma instituição pública com 313 leitos, todos à disposição do Sistema Único de Saúde (SUS). A Unidade Neonatal conta com 20 leitos, divididos em 10 leitos de UTIN e 10 leitos de UCIN. Conta também com o Ambulatório de Aleitamento Materno e o Banco de Leite Humano (BLH).

Nesta Unidade Neonatal atuam 10 médicos neonatologias, 27 técnicas de enfermagem, 16 auxiliares de enfermagem e 11 enfermeiras, divididos nos quatro turnos de trabalho.

- Instituição B: Unidade Neonatal de uma instituição filantrópica com 339 leitos, entre eles, convênios, particulares e SUS. A Unidade Neonatal conta com 25 leitos, divididos em 10 leitos de UTI Pediátrica e Neonatal, sendo sete leitos neonatais e três leitos pediátricos e mais 15 leitos de UCIN, destes, três leitos são disponibilizados para o Método Canguru. Conta também com a Sala de Apoio à Amamentação.

Nesta instituição, na UTI Pediátrica e Neonatal atuam oito médicos neonatologistas, 32 técnicas de enfermagem e oito enfermeiras, divididos nos quatro turnos de trabalho. Já na UCIN são ao todo seis enfermeiras e 24 técnicas de enfermagem. Para a sala de apoio à amamentação, três técnicas de enfermagem atuam na promoção e incentivo à amamentação.

Ambas instituições dispõem de uma profissional nutricionista e uma fonoaudióloga como apoio na assistência ao prematuro em situações de dificuldades acerca do sistema estomatognático.

5.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Foram convidados a participar do estudo os profissionais supracitados atuantes no manejo do AM com o RNPT.

5.3.1 Critérios de Elegibilidade

Os critérios de inclusão para todas as categorias foi a atuação no manejo do AM com o RNP há pelo menos seis meses.

Os critérios de não inclusão para todas as categorias foram: não ter feito parte da fase I, estar de férias, atestado ou afastado do serviço e também a impossibilidade, por qualquer motivo. O critério de exclusão ou perda foi não ter concluído todas as etapas previstas no estudo.

Ao final do estudo, considerou-se na avaliação dos resultados apenas os sujeitos que participaram de todas as etapas de coleta dos dados.

5.4 ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DO FLUXOGRAMA

A elaboração e validação do fluxograma se deu em três etapas. A primeira etapa, de elaboração e validação aparente e de conteúdo, foi desenvolvida durante o programa de mestrado, sendo as etapas dois e três, o ensaio clínico randômico e a aplicabilidade, desenvolvidas durante o programa de doutorado:

5.4.1 ETAPA 1: Elaboração e Validação Aparente e de Conteúdo do Fluxograma

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

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

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

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

Validação Aparente

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

Essa primeira etapa foi realizada no Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina (HU-UEL). Foram convidados a participar desta etapa cinco enfermeiras residentes em neonatologia. Durante o mês de dezembro de 2016, o fluxograma foi apresentado verbalmente às residentes detalhadamente e foi solicitado que aplicassem um teste piloto com o fluxograma durante o atendimento no ambulatório de AM nos meses de dezembro/2016 a janeiro/2017 e no final emitiram um parecer sobre a compreensão do fluxograma em concomitância à validação semântica.

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

Análise de Conteúdo do fluxograma pelos juízes

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

no manejo do AM e/ou prematuridade com atuação como profissional ou docente na área de interesse.

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

Os juízes foram convidados por meio de contato telefônico e/ou e-mail, por meio de um convite para participar da banca de especialistas seguido dos objetivos da pesquisa e explicação dos procedimentos de validação

Anexo ao convite havia um link para que os juízes tivessem acesso aos instrumentos, Fluxograma, Manual Operacional e o Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE).

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

O preenchimento do instrumento de avaliação ocorreu *on-line*, por meio do *Google Forms*. Os juízes avaliaram cada dimensão apresentada no fluxograma assinalando “discordo totalmente”, “discordo”, “concordo”, “concordo plenamente” ou “não sei”, para os itens: impressão geral acerca do fluxograma, layout do fluxograma, conteúdo do fluxograma, motivação quanto ao uso do fluxograma, aplicabilidade do fluxograma e conteúdo do manual operacional. No final do instrumento havia um campo de considerações para que fosse justificado e sugerido reformulações para os itens assinalados como discordo plenamente ou discordo.

Para atingir a concordância de 90% estipulada pelas pesquisadoras foram necessárias duas rodadas de acordo com a técnica Delphi. O

procedimento de validação com os juízes iniciou-se no mês junho com a 1ª rodada e foi finalizado no mês de outubro de 2017 com a 2ª rodada.

5.4.2 ETAPA 2: Ensaio Clínico Randômico Tipo *Crossover*

Validação aparente dos casos hipotéticos

Para assegurar a validade aparente dos casos hipotéticos, é necessária a avaliação de outros, o qual ainda não é uma amostra representativa da população do estudo. Esta etapa verificou se os casos hipotéticos avaliavam o que se propunham avaliar, analisando a precisão do fenômeno a ser estudado, considerando válido quando consegue realmente alcançar o objetivo (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

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

Esta etapa da pesquisa foi realizada por seis profissionais: três enfermeiras com pós-graduação em nível de doutorado, uma enfermeira docente na área de neonatologia e duas técnicas de enfermagem da Unidade Neonatal. Todas com ampla experiência profissional no manejo do AM o que contribuiu para a elaboração do gabarito das questões hipotéticas e o tempo gasto de resolução.

Estudo piloto

Realizado um estudo piloto como estratégia para redução dos erros e evitar que a pesquisadora realizasse a análise de forma equivocada, comprometendo a qualidade dos dados coletados e a verificação de incongruências.

Neste estudo piloto realizou-se o ECR tipo *crossover* seguindo todas as etapas do método descrito no procedimento da coleta de dados. Foi realizado

com cinco profissionais atuantes na unidade neonatal, sendo eles, um médico (residente), um enfermeiro (residente) e três técnicos de enfermagem, constituindo assim o Grupo Experimental (GE) e o Grupo Controle (GC).

Esta etapa teve como objetivo orientar decisões sobre como delinear as abordagens de recrutamento, randomização, procedimentos de coleta de dados, o tempo gasto para a resolução dos problemas e o tempo de *washout*, a qualidade das questões hipotéticas e seu gabarito final. Também serviu de base ao cálculo amostral, processo útil em estudos que abordam uma nova intervenção.

Vale ressaltar que os participantes desta etapa do estudo não fizeram parte da pesquisa em tela.

Amostra e randomização

Caracterização da População de Estudo e Randomização: A população de estudo foi composta por todos os profissionais de saúde de ambas as instituições que foram abordados para a investigação. Os participantes foram caracterizados por meio dos seus dados pessoais, como nome e idade. Também foram complementados dados como o local de trabalho, o tempo de experiência e a área de atuação.

Tipo de Randomização: Os participantes foram randomizados e distribuídos. O grupo que recebeu a intervenção testada, foi denominada GE. O grupo que recebeu o cuidado usual, foi denominado GC.

A alocação dos participantes da pesquisa aconteceu de forma aleatória, ou seja, cada participante teve a mesma chance de ser alocado nos diferentes grupos de forma balanceada e homogênea, determinando a constituição dos dois grupos, ou seja, GE, com a utilização do uso do fluxograma como norteador no manejo dos principais problemas de aleitamento e o GC, o qual descreveu o manejo usual sem a utilização do fluxograma.

Alocação aleatória evita o fator de confundimento por dispersar igualmente esses fatores entre os grupos de forma paritária (OLIVEIRA *et al.* 2010). Esse procedimento foi efetuado por intermédio de uma lista gerada pelo

programa *Randomizer on-line*, que designou o grupo para o qual cada participante foi alocado.

Alocação do mecanismo de ocultação e cegamento: A ocultação, ou seja, o cegamento é o processo de retenção da informação sobre as intervenções atribuídas a cada grupo e é um elemento-chave na concepção desse tipo de pesquisa. Quando feito com sucesso, é reconhecido como tendo um papel importante na prevenção da introdução de um viés de informação (OLIVEIRA *et al.* 2010).

É um procedimento que previne a previsão da alocação do indivíduo para o GE ou GC. Desta forma, a pessoa responsável pelo recrutamento dos participantes não é influenciada pelo conhecimento do grupo que o indivíduo foi

Para a ocultação da alocação foram utilizados envelopes individuais e opacos, não translúcidos, numerados externamente de forma sequencial, lacrados, contendo em seu interior a informação do grupo definido pela alocação randômica (GE e GC).

Após terem sido gerados os números aleatórios e a ocultação da alocação (envelopes opacos e não translúcidos), o processo de aleatorização foi realizado com o participante que cumpriu os critérios de inclusão. Para a criação dos grupos, utilizou-se a sequência de números gerada pelo programa *Randomizer* que determinou o GE ou GC para cada número de acordo com o tamanho da amostra previamente definida.

Os envelopes opacos fechados em seu interior com a informação do grupo correspondente ao número gerado foram entregues aos participantes durante o horário de trabalho, logo após terem sido individualmente convidados pela pesquisadora principal. Após o participante assinar o TCLE, recebeu o envelope lacrado de acordo com sua alocação.

Ambos os grupos receberam o envelope com os mesmos casos hipotéticos. O GE, além dos casos hipotéticos, também recebeu impresso o fluxograma de manejo clínico do AM para nortear suas avaliações e tomadas de decisões.

Após essa etapa, realizou-se o cegamento à pesquisadora no momento da coleta dos dados com o objetivo de não falsear interpretação dos

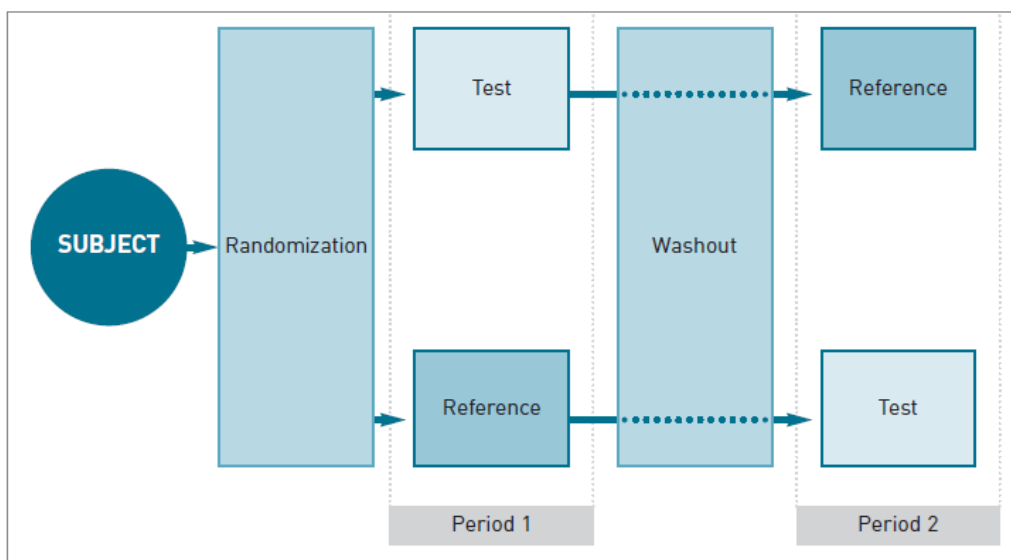
resultados. Nesse momento, a pesquisadora recebeu o envelope numerado sem ter acesso à lista de alocação.

Crossover: Esse tipo de estudo randomiza pacientes para diferentes sequências de tratamentos em que todos, eventualmente, recebem a intervenção em ordem variada, ou seja, o paciente é seu próprio controle (WANG; BAKHAI, 2006).

Possibilita que o pesquisador teste duas intervenções no mesmo grupo, no qual os participantes, e os mesmos serão randomizados para uma sequência: intervenção nova testada seguindo para intervenção de comparação ou vice-versa (LACERDA; RIBEIRO; COSTENARO, 2018).

Neste tipo de ECR, cada paciente recrutado recebe tratamentos ativos e de controle em qualquer ordem por um período determinado, com um período de "washout" entre tratamentos. Em tais tentativas, os pacientes agem como seus próprios controles, portanto menos pacientes são necessários para avaliar os efeitos de diferentes terapias (WANG; BAKHAI, 2006).

Figura 1 - *Design crossover* padrão de duas sequências e dois períodos.



5.4.2.1 Procedimento de Coleta de Dados

Os casos hipotéticos foram submetidos à avaliação aparente por seis juízes, especialistas em AM. Em seguida, avaliados por meio de aplicação de teste piloto, com os ajustes subsequentes necessários.

A fim de diminuir o erro aleatório e aumentar a precisão do estudo, todas as etapas da coleta de dados foram realizadas pela pesquisadora principal. A coleta de dados aconteceu nos meses de novembro de 2019 a março de 2020, com os profissionais das unidades neonatais das duas instituições cenários deste estudo. As etapas são descritas a seguir.

Fase I do estudo:

Foi realizada uma explanação aos sujeitos envolvidos sobre a pesquisa, seus objetivos, método de coleta de dados e a importância da participação no estudo. Apresentado e assinado o TCLE (Apêndice D ou E) por todos os participantes que concordaram participar da pesquisa. A abordagem inicial foi realizada durante o horário de trabalho de acordo com a dinâmica da unidade e de forma individualizada.

Em seguida, realizou-se a alocação randômica e oculta formando o GE e o GC. Os participantes receberam a intervenção referente ao grupo alocado. O GE recebeu dentro do envelope, as questões hipotéticas junto o fluxograma impresso como método auxiliar para a análise do manejo clínico durante os casos hipotéticos. Já o GC, recebeu o envelope apenas com as questões hipotéticas, respondendo aos casos hipotéticos com base no conhecimento adquirido pela prática e vivência diária.

Os participantes de nível técnico (técnicos de enfermagem) foram submetidos a um caso hipotético e os de nível superior (enfermeiros, médicos, fonoaudiólogas e nutricionistas) responderam a três casos hipotéticos relacionadas ao AM em RNPT, cujos manejos foram apresentados em diferentes complexidades.

Aos profissionais de nível técnico, a situação clínica hipotética teve como foco o início da sucção do bebê, caracterizada como nível baixo de complexidade, o qual exige somente conhecimento em relação à estabilidade

fisiológica do bebê e o manejo em situações as quais os RN não apresentam condições para sugar. Além disso, a incidência desse tipo de situação é alta dentro das unidades neonatais, o que possibilita uma maior vivência deste problema pelos profissionais.

Para os profissionais de nível superior os três casos apresentados foram os seguintes:

O primeiro caso clínico hipotético tratava-se de um diagnóstico relacionado à mamada não eficaz, caracterizado como alto nível de complexidade, pois exige conhecimentos acerca da técnica e frequência da mamada, translactação, avaliação do reflexo de sucção, deglutição e respiração, bem como considera a necessidade da avaliação de um profissional fonoaudiólogo em situações de dificuldades acerca do sistema estomatognático. Também deve-se considerar a necessidade da avaliação de um profissional psicólogo em situações de choro materno.

A segunda situação clínica hipotética teve como alvo situações relacionadas com a alta da unidade e acompanhamento pós-alta no ambulatório para consulta de rotina. Tal situação é caracterizada como nível médio de complexidade pois exige tomadas de decisões referente à orientação educacional, avaliação da mamada e técnicas de translactação.

O terceiro caso clínico teve como eixo situações relacionadas com a produção láctea materna e se o RN está apto a sugar, sendo caracterizado como de média de complexidade, pois requer uma avaliação acerca produção láctea, sendo caracterizada como insuficiente, adequada ou alta produção. Essa situação exige conhecimentos quanto aos dos fatores que podem influenciar na produção láctea materna, como avaliar a extração de leite, a posição canguru, bem como a translactação. Também deve-se considerar a necessidade da avaliação de um profissional psicólogo e/ou assistente social diante da idade materna.

Ao final dessa primeira fase, as questões hipotéticas foram guardadas nos envelopes numerados de acordo com suas alocações. A fim de eliminar influências na análise dos dados, a pesquisadora realizou a interpretação dos resultados sem ter conhecimento do grupo, experimental ou controle.

Fase II do estudo:

Nesta etapa, fizeram parte do estudo, os mesmos participantes da primeira fase, pois cada colaborador foi seu próprio controle, tipo *crossover*. Realizada a alocação, formando o GE e o GC, porém nessa fase, os participantes que compuseram o GE na primeira fase, fizeram parte do GC e vice-versa.

Previamente, respeitou-se um período de 30 dias entre as coletas, *washout*, a fim de minimizar potenciais influências que poderiam interferir na eficácia dos resultados. Dada a complexidade dos casos e as possibilidades de condutas do fluxograma, os participantes da primeira fase que compuseram o GE e tiveram contato com o fluxograma, após 30 dias não recordavam das situações hipotéticas.

Os participantes responderam novamente aos casos clínicos hipotéticos apresentando os mesmos problemas da fase anterior dentro de um contexto semelhante e receberam a intervenção referente ao grupo alocado, onde o GE recebeu o fluxograma impresso como método auxiliar para a análise do manejo clínico durante as questões hipotéticas e o GC respondeu as questões hipotéticas com base apenas no conhecimento adquirido pela prática e vivência diária.

Ao final dessa segunda fase, as questões hipotéticas novamente foram guardadas nos envelopes numerados de acordo com suas alocações. A pesquisadora realizou a interpretação dos resultados sem ter conhecimento do grupo, experimental ou controle a fim de eliminar influências na análise dos resultados.

5.4.3 ETAPA 3: Aplicabilidade Prática

Devolutiva dos casos e implantação do fluxograma

Após a organização e planejamento realizada com a diretoria de enfermagem das unidades, todos os colaboradores da área afim tiveram

acesso ao material divulgado, formalizando assim sua implantação nos setores envolvidos de acordo com as chefias de serviço.

Foi elaborada uma videoaula para que cada profissional pudesse assistir de acordo com a disponibilidade de trabalho. Após foi realizado o *upload* para o *youtube* gerando um link que foi disponibilizado no sistema online para os profissionais de saúde que aceitaram participar da pesquisa.

Os funcionários assistiram o vídeo forma individualizada, durante o horário de trabalho e de acordo com a dinâmica da unidade nos meses de junho e julho de 2021.

A videoaula de 40 minutos discutia aspectos gerais sobre prematuridade e AM embasado no manual operacional e na utilização do fluxograma de manejo clínico para o AM do RNPT.

Para as unidades, foram disponibilizados uma cópia plastificada do fluxograma em tamanho A4 e uma impressão do manual operacional.

Aplicabilidade

Após assistirem ao vídeo, os profissionais responderam a um questionário para avaliar a aceitabilidade do uso do fluxograma na prática clínica (Apêndice E) com questões acerca da motivação, sua aplicabilidade e sobre o conteúdo do manual operacional. No final do instrumento, havia uma questão acerca da avaliação global em que o participante assinalava se recomendava ou não o uso deste fluxograma para nortear a prática assistencial, finalizando com um campo aberto para as considerações e sugestões.

5.5 DESFECHO

Desfechos são variáveis acompanhadas durante um estudo para documentar o impacto de uma intervenção em uma determinada população. O desfecho primário é a variável mais relevante para responder à questão da pesquisa, já os desfechos secundários são adicionais monitorados para auxiliar

a interpretação dos resultados do desfecho primário (FERREIRA; PATINO, 2017).

5.5.1 Desfecho Primário

O desfecho primário foi o número de acertos dos profissionais relacionados às etapas do manejo clínico: avaliação inicial, hipóteses diagnósticas e possibilidades de conduta no manejo do AM em RNPT entre os profissionais de saúde, ou seja, se o fluxograma irá contribuir para uma avaliação completa de todas as hipóteses diagnósticas e conseqüentemente as possibilidades de conduta avaliando assim o número de acertos no manejo do AM em RNPT entre os profissionais.

5.5.2 Definições Operacionais Relacionadas aos Desfechos

Conhecendo a importância do AM para o RNPT e as inúmeras dificuldades encontradas durante o processo de amamentação, foi elaborado um manual operacional (Apêndice B) com o objetivo de fornecer informações necessárias para embasar o uso do fluxograma com um referencial teórico atualizado. Neste instrumento consta todas as definições operacionais relacionadas aos desfechos dos principais problemas encontrados durante o manejo do AM com o RNPT de forma a nortear o profissional na sua prática clínica de maneira sistematizada.

5.6 INSTRUMENTOS

5.6.1 Apêndice A: Fluxograma de Manejo Clínico para o Aleitamento Materno de Recém-Nascidos Prematuros.

O fluxograma foi elaborado e validado em sua aparência e conteúdo e disponibilizado aos profissionais de saúde atuantes no manejo do AM a fim de conduzir ações de avaliação, diagnóstico e tomada de decisão referente ao

manejo clínico do AM para o RNPT respaldado em diretrizes clínicas baseado em evidências.

5.6.2 Apêndice B: Manual Operacional do Fluxograma de Manejo Clínico para o Aleitamento Materno de Recém-Nascidos Prematuros.

Elaborado com o objetivo de fornecer informações e fundamentações necessárias para embasar o uso do fluxograma em um referencial teórico atualizado.

5.6.3 Apêndice F: Instrumento para Avaliar a Aplicabilidade

Questionário elaborado a fim de avaliar a aplicabilidade do uso do fluxograma na prática clínica, composto por questões acerca da motivação, sua aplicabilidade e também o conteúdo do manual operacional. No final aplicou-se uma questão acerca da avaliação global do instrumento em que o participante responde se recomenda ou não o uso deste fluxograma para nortear a prática assistencial.

5.6.4 Apêndice G: Instrumento de Questões Hipotéticas

Foram elaboradas situações hipotéticas semelhantes à prática assistencial, com a finalidade de oferecer um cenário similar ao manejo do AM com o RNPT.

5.6.5 Apêndice H: Declaração de Concordância dos Serviços Envolvidos e/ou de Instituição Co-Participante.

Elaborado o termo de concordância e entregue às instituições participantes para obter sua autorização. O mesmo foi assinado e carimbado pelo responsável da instituição participante da pesquisa.

5.7 ANÁLISE DOS DADOS

Todos os profissionais participaram da avaliação com e sem o uso do fluxograma. Apenas ao final de todo o processo, foi realizada uma devolutiva do manejo clínico adequado dos casos hipotéticos apresentados.

Para a análise dos dados, foram pontuados os acertos quando o profissional descreveu o manejo após ter analisado todas as necessidades de avaliação apresentadas no fluxograma, considerando todas as possibilidades de conduta descritas para aquela situação, corrigindo as ações necessárias e chegando ao manejo clínico correto. O total de questões corretas e incorretas com e sem o uso do fluxograma foram analisadas e transferidas para um programa estatístico SPSS 2.0.

5.8 Tratamento Estatístico

Estruturou-se um banco de dados na planilha Excel 2010®.

Na primeira etapa da pesquisa, calculou-se a Taxa de Concordância Interavaliadores (TCI), realizado por meio da seguinte fórmula: número de participantes considerados concordantes (concordo totalmente e concordo) divididos pelo número total de participantes, multiplicando o resultado por 100.

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

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

No final do instrumento tanto da primeira como da segunda rodada, havia um campo para que fosse justificado e sugerido reformulações para os itens assinalados como “discordo plenamente” ou “discordo”. Após devolução

do instrumento, analisou-se as respostas dos juízes de forma qualitativa, sistematizando-se as sugestões em um quadro separadas por cada dimensão.

Na segunda etapa da pesquisa, realizou o lançamento do banco de dados utilizando o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0.

Para o teste de hipótese estatística, utilizou-se um teste-t e computou-se uma estatística t de 2,34 ($p\text{-valor}=0,031$). Na significância de 5% (0,05) para o valor-p rejeita-se a hipótese nula e conclui que existe uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Isso não quer dizer que exista uma forte associação (ex: grande eficácia), mas que existe uma forte evidência de que o efeito observado não seja ao acaso (COUTINHO; CUNHA, 2005).

Nesta pesquisa, a hipótese alternativa (H1), é que há diferença entre o uso do fluxograma no manejo clínico do AM em RNPT por profissionais de saúde em comparação ao manejo usual.

Para a análise dos dados aplicou-se dois tipos de testes, Wilcoxon e MacNemar para os dados pareados, o teste Mann Whitney para as amostras independentes e o teste Spearman para correlacionar duas variáveis.

Utilizou-se o teste de Wilcoxon para as variáveis numéricas de distribuição não normal, ou seja, não paramétrica, representadas pelo tempo de serviço e o total de respostas corretas.

O teste dos postos assinalados de Wilcoxon é utilizado para amostras dependentes, aplicado na comparação de dados pareados. As observações devem ser medidas em, pelo menos escala ordinal ou numéricas (distribuição não normal) e a diferença entre as observações do mesmo par devem ser ordenadas (PAGANO; GAUVREAU, 2017, VIEIRA, 2018,).

Para as variáveis dicotômicas, utilizou-se o teste MacNemar também utilizado para comparar grupos quando as observações são pareadas, ou seja, cada observação do primeiro grupo tem a sua correspondente no segundo (PAGANO; GAUVREAU, 2017). Em amostras pareadas cada indivíduo tem duas respostas, uma antes e outra depois da intervenção ser aplicada, sendo assim, como as observações são pareadas, a unidade adequada para análise

é o par e não cada pessoa. A resposta de cada pessoa antes da intervenção, depende dele mesmo depois da intervenção (PAGANO; GAUVREAU, 2017).

O teste de MacNemar é utilizado para testar a significância de mudanças antes e depois da intervenção, sendo que cada indivíduo é utilizado como seu próprio controle. Consiste na observação de participantes que mudaram de resposta do pré para o pós-teste (DANCEY; REIDY; ROWER, 2017; VIEIRA, 2018).

Testa a consistência das respostas de dois grupos, desde que as respostas dos participantes sejam binárias ou seja dicotômicas. Sua medida pode ser efetuada em escala nominal ou ordinal (VIEIRA, 2018).

O teste de Mann Whitney foi usado para comparar duas amostras independentes, representadas pelo número de acertos entre os dois hospitais e o teste de Spearman indicado para análise correlacional, representado na correlação entre o tempo de serviço e o total de respostas corretas. Em todos os testes considerou-se a significância de 0,05%.

5.9 ÉTICA EM PESQUISA

A pesquisa deu início somente após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da instituição, baseada na Resolução 466/2012, CAAE: 51823315.7.0000.5231.

Por se tratar de pesquisa com envolvimento direto com seres humanos, foi elaborado o TCLE, no qual os participantes assinaram na concordância da participação (Apêndices D e E), sendo em duas vias, uma entregue ao participante e outra arquivada pela pesquisadora.

Os participantes foram informados dos objetivos do estudo, da voluntariedade de sua participação, sobre a possibilidade de serem incluídos nos dois grupos (GE ou GC), após o sorteio e da possibilidade de ausentar-se do estudo a qualquer momento sem nenhum prejuízo. As informações obtidas foram registradas de modo a não permitir a identificação direta dos participantes.

5.10 REGISTRO DO ESTUDO

Este ensaio clínico foi registrado no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC) (ensaiosclinicos.gov.br) com o título: Efetividade de um fluxograma como norteador para o manejo clínico do aleitamento materno em recém-nascidos prematuros. Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos: RBR-3tzxg2.

*As máquinas de pesquisa mais
poderosas que existem são as
pessoas.*

(Jonh P. Barlow)

RESULTADOS

6 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados no formato de três estudos:

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

Retrata a elaboração e validação do fluxograma de manejo clínico para o aleitamento materno de recém-nascidos prematuros.

Este estudo será submetido à avaliação da Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, classificação Qualis Enfermagem A2.

2 Efeito do fluxograma na tomada de decisão dos profissionais no manejo do aleitamento em recém-nascidos prematuros.

Retrata o processo de avaliação do efeito do uso do fluxograma na tomada decisão dos profissionais de saúde sobre o manejo clínico do aleitamento materno em recém-nascidos prematuros.

Este estudo será submetido à avaliação da revista Acta Paulista de Enfermagem, classificação Qualis Enfermagem A2

3 Aplicabilidade prática do fluxograma de manejo clínico para o aleitamento materno de recém-nascidos prematuros.

Retrata o processo de avaliação de forma global do uso do fluxograma no manejo clínico do aleitamento materno em recém-nascidos prematuros por profissionais de saúde.

Este manuscrito será submetido à avaliação da Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, classificação Qualis Enfermagem B1.

6.1 ARTIGO 1

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

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

Geisa Marcela Perdigão², Edilaine Giovanini Rossetto³, Adriana Valongo Zani⁴, Mauren Teresa Grubisich Mendes Tacla⁵, Adriana Moraes Leite⁶, Sueli Mutsumi Tsukuda Ichisato⁷, Milena Torres Guilhem Lago⁸.

1. Extraído da dissertação “Elaboração e validação de um fluxograma de manejo clínico para o aleitamento materno de recém-nascidos prematuros”, Universidade Estadual de Londrina, 2018.
2. Enfermeira Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Doutorado em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL). E-mail: geisaperdigao@hotmail.com
3. Orientadora. Enfermeira Doutora. Professora Associada do Departamento de Enfermagem da UEL.
4. Enfermeira Doutora. Professora Associada do Departamento de Enfermagem da UEL.
5. Enfermeira Doutora. Professora Associada do Departamento de Enfermagem da UEL.
6. Enfermeira Doutora. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.
7. Enfermeira Doutora. Professora Permanente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá.
8. Enfermeira Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Doutorado em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL).

Autor correspondente:

Geisa Marcela Perdigão

Endereço: Av. Robert Koch, 60 Vila Operária, Londrina – PR, Brasil

CEP: 86038-350

E-mail: geisaperdigao@hotmail.com

ORCID: 0000-0002-8220-6023

Resumo

Objetivo: Elaborar e validar um fluxograma de manejo clínico para o aleitamento materno de recém-nascidos prematuros desde o nascimento até o período após a alta hospitalar. **Método:** Pesquisa metodológica, aplicada, embasada em uma diretriz clínica baseada em evidência elaborada previamente. Após a adaptação da diretriz em um fluxograma, foi realizada a validação de conteúdo, utilizando a técnica Delphi com um grupo multiprofissional de juízes. A validação aparente foi realizada por meio da aplicação do fluxograma na prática clínica por cinco enfermeiras. **Resultados:** Após duas rodadas de avaliação, sendo 29 especialistas na primeira e 24 na segunda, foram elaboradas quatro versões do fluxograma desde a sua elaboração até à versão final. O processo de validação resultou em uma taxa de concordância geral de 93,8%. **Conclusão:** O fluxograma elaborado para o manejo clínico da amamentação do prematuro foi validado em sua aparência e conteúdo, o que permite sua utilização após validação clínica.

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

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

O conteúdo é de responsabilidade exclusiva das autoras.
As autoras declaram não haver conflito de interesse.

ABSTRACT

Objective: To develop and validate a clinical management flowchart for breastfeeding premature newborns from birth to the period after hospital discharge. **Method:** Methodological, applied research, based on a previously performed evidence-based clinical guideline. After adapting the guideline into a flowchart, content validation was performed using the Delphi technique with a group of multidisciplinary judges. The apparent validation was performed through the application of the flowchart in clinical practice by five nurses. **Results:** After two evaluation rounds, with 29 specialists in the first and 24 in the second, four versions of the flowchart were prepared from its elaboration to the final version. The validation process resulted in an overall agreement rate of 93.8%. **Conclusion:** The flowchart developed for the clinical management of breastfeeding of premature infants was validated in its appearance and content, which allows its use after clinical validation.

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

Introdução

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

Apesar de todos os benefícios comprovados do Leite Materno (LM), a amamentação do recém-nascido prematuro (RNPT) ainda é um desafio para as mães em razão dos sentimentos negativos tais como tristeza, insegurança, dúvida, impotência e até mesmo o sentimento de culpa gerado pela impossibilidade imediata de amamentar seu filho.⁽²⁾ O estado emocional materno diante desse contexto de insegurança e incertezas interferem no sucesso da amamentação.

Os sentimentos e vivências de mães de bebês prematuros internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) demonstram que a prematuridade somada à necessidade de internação caracteriza-se como uma das condições que, associada a outros fatores, podem interferir na interação mãe-bebê. O distanciamento do binômio que ocorre no início repercute negativamente na amamentação, pois este processo é acompanhado por dificuldades que ocorrem na unidade hospitalar e perduram após a alta.⁽³⁾

Dada a complexidade desse contexto, ressaltamos a importância do papel que a equipe de saúde precisa desempenhar para viabilizar a prática do AME. A mãe e a

família precisam verdadeiramente experimentar que a longa permanência na UTIN não impede a amamentação.⁽⁴⁾

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

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

Uma ampla revisão que buscou a identificação dos problemas mais comuns ocorridos na amamentação de prematuros deu origem a diretriz clínica por meio da estratégia PICO (Paciente, Intervenção, Comparação e Desfecho)⁽⁷⁾.

Sintetizar protocolos ou diretrizes na forma de uma representação esquemática tem sido chamado de fluxograma, o qual deve ser específico e de fácil compreensão.⁽⁶⁾ Acredita-se que a utilização de um fluxograma, norteados por diretrizes clínicas baseadas em evidências pode ser uma ferramenta útil para nortear e padronizar a prática dos profissionais de saúde para o manejo mais apropriado do processo de amamentar um prematuro.

A disponibilização desse tipo de instrumento de avaliação requer imprescindivelmente, uma validação por especialistas na área, afim de analisar sua adequação. Este processo é destinado a avaliar a qualidade do instrumento, sendo realizado em duas etapas, elaboração e julgamento por especialistas.⁽⁸⁾

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

Método

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

O desenvolvimento do fluxograma foi norteados pelas diretrizes clínicas elaboradas previamente com base em evidências científicas⁷ dividido em cinco dimensões: “Início do Aleitamento Materno”, “Avaliação da Mamada”, “Avaliação da

Evolução Ponderal”, “Produção Láctea” e “Aleitamento Materno Exclusivo / Acompanhamento”.

O fluxograma contempla ações de avaliação, diagnóstico e tomada de decisão referente ao manejo clínico do AM para o RNPT. Sua estrutura segue algumas regras: sua composição visual obedece a duas cores principais: verde (à direita do fluxograma) para as ações corretas e vermelho (à esquerda) para as ações a serem corrigidas, o círculo indica o início e o fim do fluxo, os losangos representam questões e/ou necessidades de avaliação, os retângulos indicam possibilidades de conduta, os círculos alongados indicam possibilidades diagnósticas e os hexágonos indicam necessidade de reavaliação.

Os pressupostos teóricos proposto por Pasquali⁽⁹⁾ para instrumentos de medidas psicométricas foram adaptados para fundamentar os processos de validação aparente e de conteúdo realizados neste trabalho.

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

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

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

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

mês junho com a 1ª rodada e foi finalizado no mês de outubro de 2017 com a 2ª rodada.

Os profissionais convidados foram provenientes de diferentes locais: Brasília (DF), Belém (PA), Irati (PR), Londrina (PR), Maringá (PR), Telêmaco Borba (PR), Porto Velho (RO), Rio de Janeiro (RJ), Ribeirão Preto (SP) e São Paulo (SP) e Vitória (ES). A origem diversificada das regiões do país intencionalmente selecionados contempla as diferenças culturais e econômicas, a fim de elaborar um fluxograma que fosse abrangente para nortear os profissionais na temática do AM do prematuro nas diferentes realidades brasileiras.

Os juízes foram contatados por *e-mail* e/ou contato telefônico, e convidados para participar da banca de especialistas. Foram apresentados os objetivos da pesquisa e a explicação dos procedimentos de validação. Anexo ao convite havia um link para que os juízes tivessem acesso aos instrumentos: Fluxograma, Manual Operacional e TCLE.

O julgamento deu-se por meio da técnica Delphi.⁽¹¹⁾ Para darem início à avaliação do fluxograma os especialistas precisavam aceitar o TCLE, e então poderiam baixar os arquivos do fluxograma e do Manual Operacional em seus computadores. O preenchimento do instrumento de avaliação ocorreu via *online*, por meio do *Google Forms*.

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

As respostas dos juízes foram analisadas de forma qualitativa. As sugestões dadas foram sistematizadas em um quadro e separadas por cada dimensão.

Para a análise quantitativa dos dados, calculou-se a Taxa de Concordância Interavaliadores (TCI). Apesar do critério que considera 80% como um bom índice de validade¹¹, nesta pesquisa optou-se por rerepresentar para os juízes as dimensões que foram modificadas independentemente da taxa de concordância.

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

Resultados

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

Validade Aparente

O Quadro 1 apresenta uma sistematização das sugestões oriundas do teste piloto com a aplicação da versão inicial do fluxograma aplicado em 12 atendimentos mães/RNPT pelas enfermeiras residentes no ambulatório de aleitamento do HU-UJEL.

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

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

Fonte: Próprio autor

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

Validação de conteúdo

Dos 49 juízes convidados, 29 (59,2%) responderam ao instrumento na primeira rodada (13 enfermeiros, 4 médicos, 8 nutricionistas e 4 fonoaudiólogas)

e 25 (86,2%) retornaram à avaliação na segunda e última rodada. A não participação de quatro juízes na segunda rodada (1 médico, 2 nutricionistas e 1 fonoaudióloga) foi justificada por estarem de férias. A idade média entre eles foi de 45,9 anos (mínima de 27 anos e máxima de 65 anos), prevalecendo o sexo feminino 27 (93,1%). O tempo de formação acadêmica apresentou média de 20,7 anos (mínima de 03 anos e máxima de 42 anos). Todos com atuação com o RNPT e/ou AM, representados por 23 (79,3%) e 26 (89,7%) respectivamente.

Análise Quantitativa da Validação de Conteúdo

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

A dimensão *layout* do fluxograma foi a que apresentou maior taxa de concordância tanto na 1ª quanto da 2ª rodada.

O Quadro 2 apresenta a Taxa de Concordância Interavaliadores dos itens, das dimensões e do Fluxograma de Aleitamento Materno para Recém-Nascidos Prematuros em geral, na 1ª e 2ª Rodada de Validação de Conteúdo.

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

Impressões gerais acerca do Fluxograma	1ª Rodada (n=29)			2ª Rodada (n=25)		
	TCIi ¹ (%)	TCId ² (%)	TCIf ³	TCIi ¹ (%)	TCId ² (%)	TCIf ³
Itens						
Uso fácil	100	96,5	92,8	-	-	93,8
Autoexplicativo	93,0					
Didático	100					
Recomendaria a outros profissionais	93,1					
<i>Layout</i> do Fluxograma						
Atrativo e bem organizado	96,5	96,6		100	98,0	
Favorece a aprendizagem	96,6			96,0		
Fácil leitura	96,6			100		

As cores são pertinentes	96,6			96,0	
Conteúdo do Fluxograma					
Recomendações estão corretas	86,2	90,8		96	94,6
Recomendações são claras e concisas	89,7			96	
Conteúdo está organizado	96,6			92	
Motivação quanto ao uso do Fluxograma				-	-
Senti-me motivado em usar	89,6	91,3		-	-
Norteia a prática clínica	93,1			-	
Aplicabilidade do Fluxograma				-	-
Possui aplicabilidade prática	93,1	93,1		-	-
Conteúdo do Manual Operacional					
Coerente com o fluxograma	93,1	88,5		92	89,3
As informações são suficientes	86,2			92	
Referenciais atualizados e adequados	86,2			84	

¹TCLi: Taxa de Concordância Interavaliadores dos itens

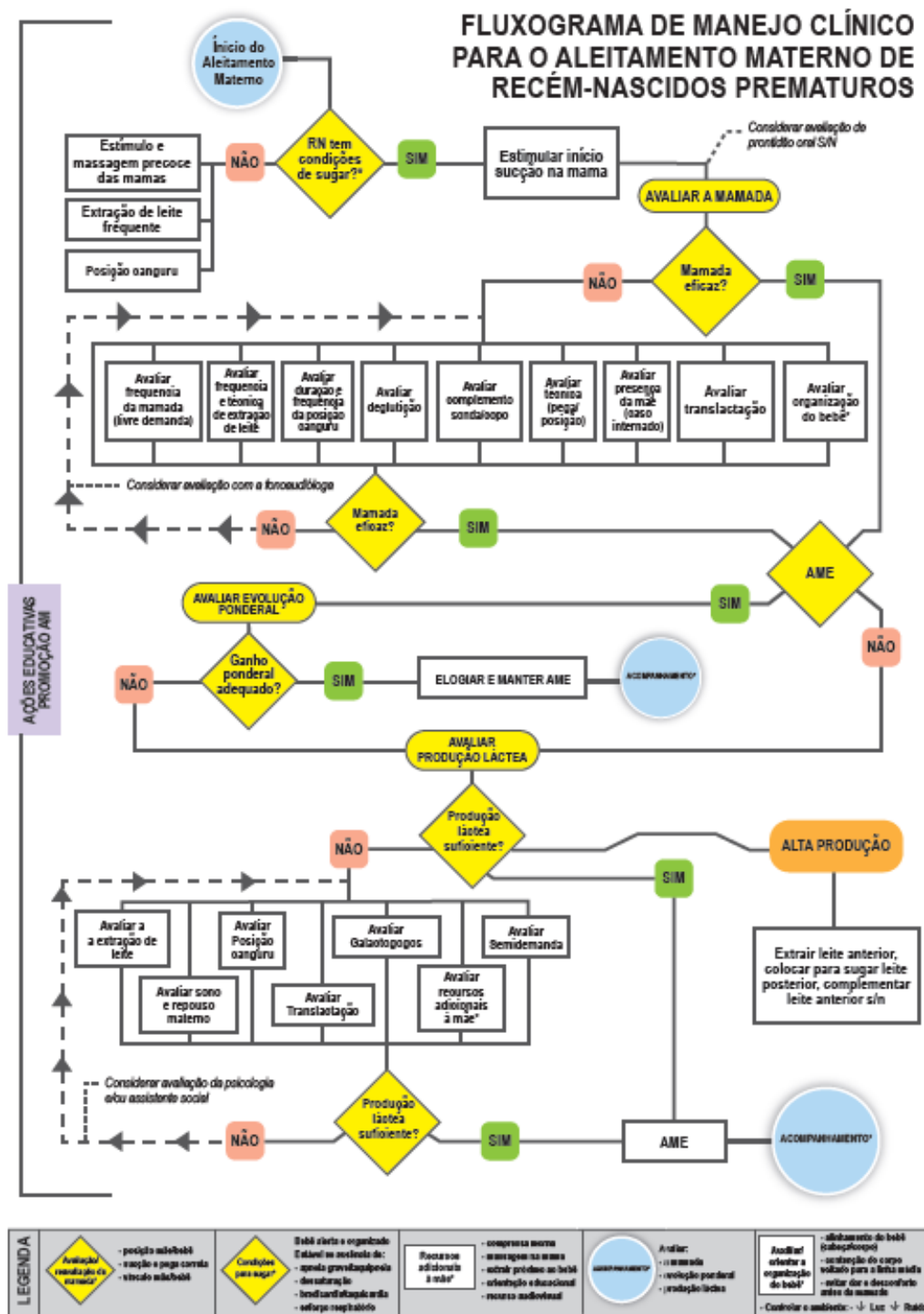
² TClId: Taxa de Concordância Interavaliadores das dimensões

³ TClf: Taxa de Concordância Interavaliadores do fluxograma

Análise Qualitativa da Validação de Conteúdo

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

Figura 1. Versão final (3) do Fluxograma de manejo clínico para o aleitamento materno de recém-nascidos prematuros – Londrina, 2017



Fonte: Próprio autor

Discussão

O maior desafio na realização dessa proposta inovadora foi contemplar, em um único fluxograma, as diferentes fases e contextos em que o AM pode ocorrer, considerando as diferentes idades gestacionais do prematuro e as variadas possibilidades de intervenção e que fosse norteador para o manejo do AM em RNPT. Um dos especialistas questionou sobre viabilidade de tal intenção e chegou a nos desafiar para tal missão, participando do processo até o fim.

Algumas dificuldades foram enfrentadas para a realização deste estudo, a começar pela inexistência de um processo metodológico estruturado específico para a elaboração e validação de fluxogramas, sendo necessário a adaptação daqueles existentes na literatura para outros fins. ^(9,10)

O processo de validação foi trabalhoso e seguiu um rigor científico pela relação explícita entre as recomendações e as evidências que lhe deram suporte, conforme recomendações das Diretrizes Nacionais de Pesquisa e Avaliação. ⁽¹⁰⁾

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

Vale ressaltar que, não obstante a alta taxa de concordância alcançada, algumas modificações ainda ocorreram devido à pertinência das sugestões.

Sobre a dimensão “início da sucção”, apesar da existência de critérios para avaliação de prontidão oral muito bem estabelecidos e validados por meio de instrumento que pode oferecer segurança para o início da sucção no peito ⁽¹²⁾, o fluxograma propõe uma abordagem mais ampla sobre o início do AM, como um processo que deve começar e ser cuidado desde o período do pré-natal (PN) com sensibilizações e antecipações maternas, caso haja risco potencial para o nascimento prematuro.

Considera-se ainda que o início da sucção pode ser entendido como a possibilidade do RN entrar em contato com os mamilos de sua mãe, “lamber” e não necessariamente significa a ação de sugar com eficácia e competência, ou seja, não seria necessário que o bebê atingisse prontidão oral para que pudesse ser colocado em contato com o peito.

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

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

Outra observação apontada por um juiz foi a questão dos sinais de saciedade do RNPT. Esses sinais nem sempre estão claramente definidos nas mamadas observadas nos prematuros, de maneira que é importante apontar algum critério esperado por qualquer RNPT. Conforme o RNPT progride no seu processo de eficácia de mamada, esses sinais vão progredindo de maneira muito individualizada, considerando também a sua relação com a correção da IG.

Um dos sinais de saciedade positivo mais concreto e desejável é a avaliação e monitorização nutricional por meio de seu crescimento e desenvolvimento.¹³⁾ Entretanto, até que essa fase de ganho de peso por AME seja estabelecida, recomenda-se que se dê maior ênfase à mãe quanto à capacidade de desenvolver a percepção dos sinais de saciedade do filho, em particular durante todo o processo de estabelecimento da amamentação.

Neste momento, ainda se exclui a avaliação do ganho ponderal como um critério para qualificar o processo de mamada. É necessário compreender que enquanto não se atinge uma mamada eficaz, não se avalia a evolução ponderal, sob o risco de não valorizar o ganho ponderal em detrimento do AME no momento propício. Neste contexto, frequentemente o ganho ponderal pode ser garantido pela complementação da alimentação por gavagem.

A fim de colaborar ainda mais para essa avaliação, acrescentamos no fluxograma uma interconsulta com uma fonoaudióloga especialista em AM nos casos em que o lactente esteja apresentando dificuldades para sugar, além daquelas esperadas para sua IG. Assim também foi incluída uma reavaliação da mamada,

entendendo que em algumas situações ainda será necessário corrigir algumas técnicas até o alcance do AME pelo RNPT.

Para a “produção láctea” recomenda-se considerar a avaliação e a experiência profissional em ouvir a lactante quanto aos sinais de produção insuficiente, alta ou adequada, de acordo com o histórico de produção de cada mulher. A percepção da mulher sobre essa questão, salvo algumas exceções, costuma ser legítima, principalmente quando se trata dos extremos (baixa ou alta produção). Dificilmente uma mulher relata alta produção láctea, quando é insuficiente, ou mesmo o contrário, quando sua produção é baixa e considera alta. Na prática cotidiana, observa-se que não é raro a mulher demonstrar insegurança quanto à sua produção láctea, quando a mesma não é abundante. Alguns estudos trazem classificações de volumes de produção láctea, mas os métodos para mensuração são bastante conflitivos e não foram adotados como critério no pelo baixo nível de evidência.

O objetivo final de todas as direções no fluxograma no início era “manter o AME”, mas diante das alterações feitas, o desfecho ficou como “AME/Acompanhamento” mesmo após o alcance do AME, considerando a necessidade constante de acompanhamento.

Neste sentido, ressalta-se a importância do seguimento do prematuro após a alta hospitalar. Para que se consiga um resultado positivo quanto ao seu crescimento e desenvolvimento, destaca-se no Manual Operacional a periodicidade nas consultas de acompanhamento.⁽¹⁴⁾

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

Para sua implantação recomenda-se o treinamento de toda a equipe envolvida no manejo do AM com o RNPT, observando os cuidados detalhados e estabelecidos no Manual Operacional.

Espera-se que o uso cotidiano do fluxograma possa promover as práticas em AM de forma sistematizada e baseada em evidências, oferecendo maior segurança e confiança à equipe de saúde e às famílias de bebês em situação de dificuldade para o manejo do AM, além de possibilitar o aumento dos indicadores de AME.

Conclusão

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

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

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_manual_3ed.pdf Acesso em: 4 mar. 2018.
2. LIMA, Sebastião Elan dos Santos et al. Maternidade Prematura: A Experiência de Mães de Neonatos Internados na UTI Neonatal/Premature Maternity: The Experience of Mothers of Neonates Admitted to the Neonatal ICU. ID on line REVISTA DE PSICOLOGIA, v. 15, n. 55, p. 433-448, 2021.
3. Gusmão ROM, Araújo DD, Maciel APF, et al. Sentimentos e emoções de mães de prematuros de uma unidade de terapia intensiva neonatal. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro. 2021; 11: e 4183. Acesso em: 16 dez. 2022. DOI:<http://doi.org/10.19175/recom.v11i0.418>
4. CAVALCANTE SEA, OLIVEIRA SIM, SILVA RKC, SOUSA CPC, LIMA JVH, SOUZA NL. Habilidades de recém-nascidos prematuros para início da alimentação oral. Rev Rene. 2018;19:e32956. Acesso em: 18 abr. 2020.
5. ROLLINS, N. C. et al. Por que investir e o que será necessário para melhorar as práticas de amamentação. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 2016. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v25n1/Amamentacao2.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2018.
6. PIMENTA, C. A. M. et al. Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem. São Paulo: COREN-SP, 2015.
7. ROSSETTO, EG. ZANI, A.V. PERDIGÃO GM, LAGO, MTG. Manejo do aleitamento materno para o recém-nascido pré-termo. In: Associação Brasileira de Enfermagem, Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiros Obstetras; MORAIS SCR, SOUZA KV, DUARTE ED. Organizadoras PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: Saúde Materna e Neonatal: Ciclo 10. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2018. P.75-103. (Sistema de Educação Continuada a Distância; v.1).
8. LYNN, M. R. Determination and qualification of content validity. Nursing Research, New York, v. 35, n. 6, p. 382-86, Nov./Dec.1986.
9. PASQUALI, L. Psicometria. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, vol. 43, p. 992-999, 1999.
10. AGREE Instrumento para avaliação de diretrizes clínica. Next Steps Consortium (2009). The AGREE II Instrument [versão eletrônica]. Acesso em <30/07/2016> de <http://www.agreerust.org>.

11. Massaroli, Aline et al. MÉTODO DELPHI COMO REFERENCIAL METODOLÓGICO PARA A PESQUISA EM ENFERMAGEM 1 Artigo extraído da tese - O ensino do controle de infecções nos cursos de graduação em enfermagem no Brasil, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), em 2016. Texto & Contexto - Enfermagem [online]. 2017, v. 26, n. 4 [Acessado 25 Março 2020], e1110017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0104-07072017001110017>>. Epub 08 Jan 2018. ISSN 1980-265X. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001110017>.
12. FUJINAGA, C.I., Moraes AS, Zamberlan-Amorim NE, Castral TC, Silva AA, Scochi CGS. Validação clínica do instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para início da alimentação oral. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Riberão Preto, São Paulo, vol. 21, jan.-fev. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_18.pdf. Acesso em: 20 mar. 2017.
13. ACADEMY OF BREASTFEEDING MEDICINE PROTOCOL COMMITTEE. ABM Clinical Protocol # 9: Use of Galactogogues in Initiating or Augmenting Maternal Milk Production, Second Revision 2018. Breastfeeding Medicine, vol. 13, n. 5, p. 307-314. Acesso em: 08 mai. 2020. DOI: 10.1089/bfm.2018.29092.wjb
14. Implementation Guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services - the revised Baby-Friendly Hospital Initiative. Geneva: World Health Organization; 2018. (<https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi-implementation-2018.pdf>), acesso dia 5 Maio 2021).

6.2 ARTIGO 2

Efeito do fluxograma por profissionais no manejo do aleitamento em recém-nascidos prematuros: Ensaio clínico randômico¹

Effect of the flowchart by professionals in the management of breastfeeding in premature newborns: Randomized clinical trial¹

Geisa Marcela Perdigão², Edilaine Giovanini Rossetto³, Adriana Valongo Zani⁴, Mauren Teresa Grubisich Mendes Tacla⁵ Adriana Moraes Leite⁶, Sueli Mutsumi Tsukuda Ichisato⁷.

1. Extraído da tese de doutorado “Efeito de um fluxograma no manejo clínico do aleitamento materno em recém-nascidos prematuros por profissionais de saúde”, Universidade Estadual de Londrina, 2021.

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

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

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

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

6. Enfermeira Doutora. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

7. Enfermeira Doutora. Professora Permanente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá.

RESUMO

Objetivo: Avaliar o efeito do fluxograma na tomada de decisão de profissionais de saúde para o manejo clínico do aleitamento materno em recém-nascidos prematuros.

Método: Trata-se de um ensaio clínico randomizado tipo crossover com e sem o uso do fluxograma, com 127 profissionais de saúde na área de aleitamento em prematuros. A coleta aconteceu nos meses de novembro de 2019 à março de 2020 e foi realizada em duas fases, respeitando um intervalo de 30 dias, por meio da resolução de casos hipotéticos relacionados com o início da mamada, eficácia da mamada, ganho ponderal e produção láctea materna que ocorreu. Procedeu-se a análise através dos testes Wilcoxon e MacNemar para as amostras dependentes, o teste Mann Whitney para as independentes e Spearman para correlação. **Resultados:** O uso do fluxograma modificou as ações de avaliação ($p=0,000$), hipótese diagnóstica ($p=0,028$) e condutas pelos profissionais de nível superior. No grupo de técnicos, o uso do fluxograma produziu manejo diferente em duas das três dimensões avaliadas: hipótese diagnóstica e nas possibilidades de condutas ($p<0,001$). **Conclusão:** O uso deste fluxograma norteou diferentemente a equipe tanto nas ações de avaliação e diagnóstico como na tomada de decisão para o manejo clínico do aleitamento materno de recém-nascidos prematuros. Registro Brasileiro de Ensaio Clínico: RBR-3tzxg2.

Descritores: Aleitamento Materno; Amamentação; Recém-Nascido Prematuro; UTI Neonatal; Fluxograma; Ensaio Clínico Controlado Randomizado.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the effect of the flowchart on the decision-making of health professionals for the clinical management of breastfeeding in premature newborns.

Method: This is a crossover randomized clinical trial with and without the use of the flowchart, with 127 health professionals in the area of breastfeeding in preterm infants. The collection took place from November 2019 to March 2020 and was carried out in two phases, respecting an interval of 30 days, through the resolution of hypothetical cases related to the beginning of breastfeeding, breastfeeding effectiveness, weight gain and milk production. maternal that occurred. The analysis was carried out using the Wilcoxon and MacNemar tests for the dependent samples, the Mann Whitney test for the independent samples and the Spearman test for correlation. **Results:** The use of the flowchart modified the assessment actions ($p=0.000$), diagnostic hypothesis ($p=0.028$) and conduct by higher education professionals. In the group of technicians, the use of the flowchart produced different management in two of the three dimensions evaluated: diagnostic hypothesis and possibilities of conduct ($p<0.001$). **Conclusion:** The use of this flowchart guided the team differently both in the evaluation and diagnosis actions and in the decision making for the clinical management of breastfeeding of premature newborns. Brazilian Registry of Clinical Trials: RBR-3tzxg2. **Keywords:** Breastfeeding; Breast-feeding; Premature Newborn; Neonatal ICU; Flowchart; Randomized Controlled Clinical Trial.

Introdução

A cada ano, no mundo, 15 milhões de bebês prematuros requerem internação, isso representa uma população considerável de bebês que podem se beneficiar de intervenções baseadas em evidências como cuidados pele a pele e leite humano (LH)¹.

O LH não é apenas um alimento nutricionalmente perfeito para os bebês, mas certamente o medicamento personalizado mais específico que o recém-nascido (RN) pode receber². Até o sexto mês de vida é o alimento ideal e exclusivo para RN e lactentes e, para o bebê prematuro, esse fator torna-se ainda mais importante diante da sua alta vulnerabilidade.

Os sentimentos maternos desconfortáveis frequentemente presentes tais como tristeza, insegurança, dúvida, impotência e até mesmo o sentimento de culpa, se caracterizam como barreiras para o estabelecimento do contato espontâneo entre as mães e filhos e para a prática da amamentação³.

Os recém-nascidos prematuros (RNPT) têm maior risco de não estabelecer o aleitamento materno exclusivo (AME) devido à sua imaturidade fisiológica e internação prolongada, muito comum nesses bebês. Estabelecer e manter a lactação é um dos

maiores desafios para uma amamentação bem-sucedida na unidade neonatal. A baixa prevalência do AME nos RNPT pode ser explicada devido ao processo da amamentação dessa população ser mais complexo, por envolver tanto os aspectos físicos, clínicos, neurológicos e cognitivos do RNPT quanto emocionais da mãe e da família⁴.

Tal complexidade exige que os profissionais atuantes na unidade neonatal articulem seus conhecimentos e habilidades necessários para oferecer cuidados adequados, afim de alcançar sucesso na alimentação do RNPT, cujo padrão ouro é o AME.

Observa-se na prática, que os profissionais têm conhecimento considerável e realizam o manejo do AM conscientes sobre sua importância e promoção. Entretanto, essa prática não é sistemática nem padronizada, o que gera uma diversificação de condutas, além da desconsideração de evidências científicas para gerenciar as várias situações que podem ocorrer durante o processo de alimentação de um RNPT. As divergências profissionais e a falta de consistência nas condutas, opiniões e falas de incentivo ou desencorajamento podem aumentar a insegurança materna e fragilizar as práticas propostas durante o processo de estabelecimento do AM.

Diante de um contexto importante e complexo como do AM, especialmente para os RNPT, e a necessidade de um manejo apropriado e assertivo dos profissionais envolvidos, hipotetizou-se que a utilização de um fluxograma norteador para o atendimento do RNPT em AM poderia modificar a tomada de decisão dos profissionais de saúde no manejo do AM em comparação ao manejo usual, ou seja, sem o fluxograma. Sendo assim, o objetivo deste estudo foi avaliar o efeito de um fluxograma na tomada decisão de profissionais de saúde sobre o manejo clínico do AM em RNPT.

Método

Trata-se de um ensaio clínico randomizado, tipo *crossover*, com e sem o uso de um fluxograma, realizado em dois momentos diferentes, pois cada colaborador foi seu próprio controle. Realizado em dois hospitais que possuem Unidade Neonatal na cidade de Londrina-Paraná, sendo um hospital público de ensino e outro filantrópico. Ambas as instituições possuem o título Hospital Amigo da Criança. As duas Unidades Neonatais são compostas por uma equipe multiprofissional, com enfermeiros, técnicos de

enfermagem, médicos, fonoaudiólogas e nutricionistas, todos atuantes no manejo do AM com o RNPT.

Considerando uma amostragem não-probabilística por julgamento, todos os colaboradores das categorias profissionais supracitados de ambas instituições foram convidados a participar do estudo. Os critérios de inclusão para todas as categorias foram atuar no manejo do AM com o RNPT há pelo menos seis meses. Não foram incluídos aqueles que não pudessem participar das duas etapas previstas no estudo, por qualquer motivo, férias, atestado ou afastamento do serviço.

Solicitou-se aos que atendiam aos critérios de inclusão e aceitaram participar do estudo assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Quatro casos clínicos hipotéticos foram elaborados afim de serem resolvidos pelos profissionais de saúde mediante o uso do fluxograma. Foi realizada validação desses casos clínicos por meio da avaliação de seis juízes especialistas em AM, os quais não fizeram parte da amostra do estudo. Nesta etapa, verificou-se se os casos clínicos hipotéticos avaliavam o que se propunham avaliar, analisando a precisão do fenômeno a ser estudado, considerando válido quando ele consegue realmente alcançar seu objetivo⁵.

Os seis juízes eram três enfermeiras doutoras, uma enfermeira docente na área de neonatologia e duas técnicas de enfermagem da unidade neonatal, todas com ampla experiência profissional no manejo do AM o qual contribuiu para a elaboração do gabarito das questões hipotéticas e estimativa do tempo gasto para sua resolução.

Para os profissionais de nível superior, foram validados três casos diferentes:

1) Caso clínico 1: diagnóstico relacionado à mamada não eficaz, caracterizado como alto nível de complexidade, pois exige conhecimentos acerca da técnica e frequência da mamada, translactação, avaliação do reflexo de sucção, deglutição e respiração, bem como considera a necessidade da avaliação de um profissional fonoaudiólogo em situações de dificuldades acerca do sistema estomatognático. Também deve-se considerar a necessidade da avaliação de um profissional psicólogo em situações do choro materno.

2) Caso clínico 2: situação relacionada com a alta hospitalar e acompanhamento pós-alta no ambulatório. Tal situação foi caracterizada como nível médio de

complexidade pois exige tomadas de decisões referente à prontidão para a alta, orientação educacional, avaliação da mamada e técnicas de translactação.

3) Caso clínico 3: foco sobre a produção láctea materna, caracterizado como nível médio de complexidade, pois requer avaliação acerca da produção láctea, sendo caracterizada como insuficiente, adequada ou alta produção. Situação que exige conhecimentos acerca dos fatores que podem influenciar na produção láctea materna como avaliar a extração de leite, a posição canguru, bem como a translactação. Também deve-se considerar a necessidade da avaliação de um profissional psicólogo e/ou assistente social diante a idade materna.

Aos profissionais de nível técnico, a única situação clínica hipotética teve como foco principal de manejo o início da sucção do bebê, caracterizado como baixo nível de complexidade, o qual exige conhecimento em relação à estabilidade fisiológica do bebê e a identificação de situações nas quais os RN não apresentam condições para sugar. Esse momento muito importante para o sucesso da amamentação costuma ser polêmico dentro das unidades neonatais, rodeado de mitos e requer a iniciativa assertiva da categoria de nível técnico, além de comunicação/informação adequada com as mães.

Depois de ajustados os casos, foi realizado um teste piloto, cumprindo todas as etapas do método proposto. Foi realizado um mini-estudo do tipo *crossover* realizado com cinco profissionais atuantes nas unidades neonatais, sendo eles, um médico residente do terceiro ano, um enfermeiro residente do segundo ano e três técnicas de enfermagem, constituindo assim o grupo intervenção (GI), aqueles que resolviam os casos utilizando o fluxograma e grupo controle (GC) para aqueles que resolviam os casos sem o recurso do fluxograma. O teste piloto teve como objetivo apontar as mudanças necessárias em todas as fases da pesquisa e orientou as decisões sobre como delinear as abordagens de recrutamento, randomização, procedimentos de coleta de dados, o tempo gasto para a resolução dos problemas e o tempo de *washout*, a qualidade das questões hipotéticas e seu gabarito final. Vale ressaltar que os participantes desta etapa do estudo também não fizeram parte da amostra final.

A coleta de dados aconteceu nos meses de novembro de 2019 a março de 2020. O processo de randomização foi realizado por uma enfermeira externa à pesquisa, doutoranda em Enfermagem, que utilizou o sistema informatizado *Random* para gerar uma lista de ordem aleatória das alocações. Cada ficha codificada foi armazenada

dentro de envelopes sequenciais, opacos, que foram lacrados. A seguir, esses envelopes foram entregues à pesquisadora principal sem ter acesso à lista de alocação. Cada envelope foi aberto na medida em que os participantes foram incluídos na pesquisa, assegurando a manutenção da ordem crescente na abertura dos mesmos.

Todos os funcionários atuantes no manejo do AM com o RNPT dos dois hospitais que atenderam aos critérios de inclusão foram convidados a participar da pesquisa durante seu horário de trabalho após terem sido individualmente convidados pela pesquisadora principal. Os participantes foram distribuídos aleatoriamente nos grupos, utilizando a sequência de números gerado pelo programa *Random* que determinou o GI ou GC para cada número de participante.

Considerou-se como GI o grupo que recebeu o envelope com os casos hipotéticos junto com o fluxograma impresso sugerido como recurso auxiliar para resolver as questões apresentadas nos casos e GC aqueles que receberam os envelopes que continham os mesmos casos hipotéticos e as questões correspondentes a serem respondidas apenas com o conhecimento próprio adquirido pela prática profissional e vivência diária. O estudo compreendeu duas fases:

Fase I: A abordagem inicial foi realizada durante o horário de trabalho de acordo com a dinâmica da unidade e de forma individualizada. Em seguida, realizou-se a alocação randômica e oculta formando o GI e o GC. Os participantes receberam a intervenção referente ao grupo alocado e respondiam imediatamente às questões contidas nos envelopes correspondentes.

Respeitou-se um intervalo de 30 dias entre as fases, *washout*, a fim de minimizar potenciais influências de memória sobre a intervenção aplicada em uma fase para a outra.

Fase II: Nesta etapa, fizeram parte do estudo os mesmos participantes da primeira fase, pois cada colaborador foi seu próprio controle. Porém, nesta fase os participantes que compuseram o GI na primeira fase, na segunda foram GC e vice-versa. Os participantes respondiam novamente a casos clínicos hipotéticos com pequenos detalhes diferentes, embora apresentassem os mesmos tipos de problemas em contexto semelhante aos da fase I, diferindo o tipo de intervenção referente ao grupo alocado, com fluxograma ou sem.

Ao final dessa segunda fase, as questões foram novamente guardadas nos envelopes numerados de acordo com suas alocações. A pesquisadora realizou a interpretação dos resultados sem ter conhecimento de que grupo se tratava, intervenção ou controle, a fim de eliminar vieses na análise dos dados.

Foi elaborado um gabarito com várias possibilidades de condutas para cada um dos casos hipotéticos. Foram pontuados como acertos quando o profissional descreveu o manejo após ter analisado todas as necessidades de avaliação apresentadas no fluxograma, considerando as possibilidades de conduta para aquela situação, chegando ao manejo clínico potencialmente adequado.

O total de questões potencialmente corretas e incorretas com e sem o uso do fluxograma foram pontuadas e transferidas para um programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0.

Aplicou-se dois tipos de testes, MacNemar e Wilcoxon para os dados pareados, o teste Mann Whitney para as amostras independentes e o teste Spearman para correlacionar duas variáveis.

Utilizou-se o teste MacNemar, indicado para variáveis dicotômicas, representadas na avaliação da mudança de resposta dos profissionais com e sem o uso do fluxograma. O teste de Wilcoxon, para as variáveis numéricas de distribuição não normal, ou seja, não paramétrica, representado no efeito do fluxograma nas três dimensões apresentadas nas etapas de avaliação, hipótese diagnóstica e possibilidades de condutas, avaliando o número de acertos esperados com e sem o uso do fluxograma. O teste de Mann Whitney foi usado para comparar duas amostras independentes, representadas pelo número de acertos entre os dois hospitais e o teste de Spearman indicado para análise correlacional, representado na correlação entre o tempo de serviço e o total de respostas corretas. Em todos os testes considerou-se a significância de 0,05%.

Após análise estatística dos dados, os participantes receberam a devolutiva do manejo do AM do RNPT com o uso do fluxograma. Esta etapa foi realizada pela pesquisadora principal nos meses de junho e julho de 2021. Devido ao cenário da pandemia da COVID-19, foi realizado em modo vídeo/*online* com duração de 40 minutos e disponibilizado aos participantes via *link*, sendo discutido aspectos gerais

sobre prematuridade, AM e a utilização do uso do fluxograma de manejo clínico para o AM de RNPT.

Este estudo foi precedido da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, sob o parecer consubstanciado CAAE 51823315.7.0000.5231 e registrado no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC) sob o n° RBR-3tzxg2.

Resultados

Dos 146 profissionais de saúde elegíveis que estavam escalados para assistência no período da coleta, 19 (13%) foram perdidos durante o seguimento ainda na primeira fase, sendo 13 da instituição A e seis da instituição B, o que resultou em 127 participantes, que constituíram o GI e o GC. Não houve perda na segunda alocação, a de *crossover* (Figura 1).

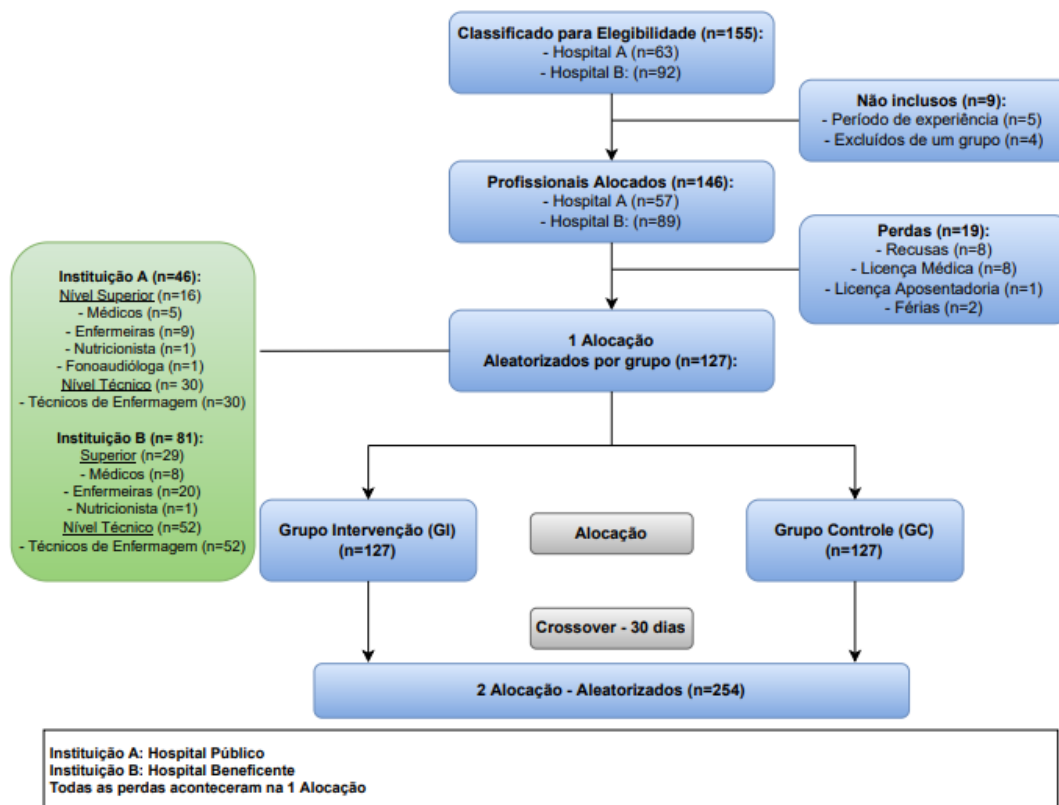


Figura 2 - Fluxograma de inclusão, randomização e análise dos participantes. Londrina, PR, Brasil 2020.

Fonte: Própria autora.

Em relação aos médicos, possuíam idade mediana de 41 anos com mínimo de 27 e máximo de 57 anos e 55,7% atuavam no serviço há mais de 10 anos sendo a maioria (72,2%) do hospital B. Sobre as enfermeiras, possuíam idade mediana de 31 anos, mínimo de 25 e máximo de 50 anos, sendo que 66,6% atuavam no serviço entre um a cinco anos e a maioria (62,5%) foram do hospital B.

Os profissionais de nível técnico, 58,0% possuíam idade maior que 36 anos (mediana de 40, mínimo de 21 e máximo de 60), 39,5% atuavam no serviço por um a cinco anos (mediana de 08, mínimo de 01 e máximo de 32) e a maioria (67,2%) também foram do hospital B.

Tanto os profissionais de nível superior quanto os de nível técnico responderam aos casos clínicos hipotéticos relacionados ao AM do RNPT, cujos manejos em diferentes complexidades foram apresentados (Figura 2).

<p>Profissionais de Nível Superior: Caso 1</p> <p>Recém-nascido com 45 dias de vida, idade corrigida de 32 semanas, em ar ambiente, hospitalizado em uma unidade de cuidados intermediários neonatais com peso de 1600g, próximo da alta. Mãe sempre amorosa e atenciosa com seu filho, porém fica pouco na unidade porque deixa o outro filho de 1 ano em casa com uma amiga durante horários de visitas. Demonstra insegurança com a amamentação e sucção do bebê. Refere baixa produção láctea, se mostra preocupada com a alta e frequentemente a mãe é vista chorando dentro da unidade.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Considerando que a mãe refere baixa produção láctea, o que você pode fazer? 2. O que você faria para avaliar a sucção desse RN? <p>Caso 2</p> <p>Bebê nascido de 34 semanas e 6 dias e peso 2.550g. Teve alta com 3 dias de vida pesando 2.300g em AME. Mãe e filho comparecem ao ambulatório de amamentação uma semana após a alta pesando 2.450g. Mãe preocupada, acha que o bebê não ganhou peso e que tem pouco leite, relatou que o bebê passa a maior parte do tempo dormindo.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diante do exposto descreva detalhadamente o que precisa ser avaliado. 2. Mediante sua avaliação, explique detalhadamente as intervenções/orientações para cada problema hipotetizado. <p>Caso 3</p> <p>Gestante de 14 anos, sem companheiro, hospitalizada em uma maternidade de alto risco com 30 semanas de gestação e diagnóstico de pré-eclâmpsia. Foi submetida a cesárea de urgência devido a sofrimento fetal agudo. Nasce RNPT com 31 sem pesando 1420g. No dia seguinte ao nascimento a mãe visita o filho na UTI neonatal, o qual encontra-se estável, em incubadora aquecida, com respiração espontânea, porém ainda não foi estimulado a sugar o peito da mãe. Diante do seu desejo de amamentar, a mãe pergunta à equipe quando o bebê poderá sugar.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diante do exposto descreva detalhadamente o que precisa ser avaliado. 2. Mediante sua avaliação, explique detalhadamente as intervenções/orientações que poderiam ser pertinentes para essa situação. <p>Profissionais de Nível Técnico: Único Caso</p> <p>A mãe de um recém-nascido com 35 semanas refere dificuldade para estabelecer a amamentação, pois seu bebê começou a sugar há 3 dias, mas é muito sonolento, apresentando poucas sucções não rítmicas e solta facilmente o mamilo. A mãe é bem esclarecida quanto a técnica de pega e posição e visita seu bebê diariamente.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Descreva detalhadamente o que precisa ser avaliado. 2. Listar as possibilidades de intervenção/condução mediante sua avaliação.

Figura 3 - Casos clínicos hipotéticos apresentados aos profissionais de nível superior e nível técnico. Londrina, PR, Brasil 2020.

Observou-se no caso 1 (Tabela 1) que as diferenças de atuação foram confirmadas estatisticamente em 22 das 46 estratégias; no caso 1 foram 10/20, no caso 2, foram 8/18 e no caso 3 4/8. Observou-se que a maior parte das estratégias praticamente dobrou o número de acertos com o uso do fluxograma.

Embora o p-valor não tenha sido significativo na estratégia de acolhida no caso 1, descrita pela história da família, nascimento e amamentação, essa conduta praticamente triplicou o número de acertos com o uso do fluxograma.

No caso 2, vale destacar dentro da dimensão de avaliação, a estratégia de deglutição demonstrou um aumento de um para seis profissionais que passaram a identificar como uma das hipóteses diagnósticas para o caso.

Vale ressaltar que a estratégia de avaliação da fonoaudióloga e/ou prontidão oral não havia sido apontada passando a ser identificada com o uso do fluxograma por quatro profissionais.

Tabela 2 - Distribuição da proporção de acertos relativos à avaliação, hipótese diagnóstica e condutas dos 3 casos hipotéticos dos profissionais de nível superior (enfermeiras, médicos, fonoaudióloga e nutricionistas). Londrina (PR): 2020.

VARIÁVEL	Profissionais Nível Superior (N=45)			p-valor*
	Sem fluxograma N (%)	Com fluxograma N (%)	Est. Teste	
Caso 1				
Avaliação				
História da família, nascimento e de amamentação. Investigar o desejo em amamentar/ Interação mãe bebê / Explicar à mãe a fisiologia da lactação	02(04,4)	08(17,8)	3,125	0,070
Deglutição	12(26,7)	23(51,1)	4,762	0,027
Psicologia e/ou serviço social	16(35,6)	23(51,1)	2,118	0,143
Fonoaudióloga e/ou prontidão oral	24(53,3)	23(51,1)	0,000	1,000
Quando o bebê sugou pela primeira vez?	-	-	-	-
Hipótese Diagnóstica				
Mamada eficaz	09(20,0)	12(26,7)	0,308	0,581
Produção láctea	21(46,7)	17(37,8)	0,500	0,481
Possibilidades de condutas				
Estímulo e massagem precoce nas mamas	11(24,4)	15(33,3)	0,643	0,424
Extração de leite frequente (pelo menos 5x ao dia)	27(60,0)	38(84,4)	5,882	0,013
Posição canguru (duração e frequência)	08(17,8)	28(62,2)	16,409	0,000
Frequência da mamada (livre demanda)	03(06,7)	18(40,0)	10,316	0,001
Complemento sonda, copo	05(11,1)	09(20,0)	1,125	0,289

Técnica (pega e posição)	32(71,1)	32(71,1)	0,000	1,000
Presença da mãe	13(28,9)	10(22,2)	0,308	0,581
Translactação	06(13,3)	22(48,9)	11,250	0,000
Organização do bebê	02(04,4)	15(33,3)	11,077	0,000
Galactagogos	11(24,4)	21(46,7)	4,500	0,031
Semidemanda	00(00,0)	12(26,7)	10,083	0,000
Sono e repouso materno	03(06,7)	23(51,1)	16,409	0,000
Recursos adicionais à mãe	01(02,2)	13(28,9)	8,643	0,002
Caso 2				
Acolhida				
Elogiar o comparecimento ao retorno / História da amamentação e nascimento	01(02,2)	13(28,9)	10,083	0,000
Tranquilizar e Elogiar o desejo da mãe em amamentar	18(40,0)	18(40,0)	0,000	1,000
Avaliação				
Avaliar FR, sonolência, sinais de fadiga /eliminações / turgor pele / fontanelas / Glicemia capilar	19(42,2)	13(28,9)	1,389	0,238
Deglutição	01(02,2)	06(13,3)	3,200	0,063
Psicologia e/ou serviço social	01(02,2)	02(04,4)	0,000	1,000
Fonoaudióloga e/ou prontidão oral	00(0,00)	04(08,9)	2,250	0,125
Hipótese diagnóstica				
Mamada eficaz	09(20,0)	19(42,2)	4,050	0,041
Ganho ponderal	36(80,0)	37(82,2)	0,000	1,000
Produção láctea	32(71,1)	29(64,4)	0,235	0,648
Possibilidades de condutas				
Mamada: Frequência da mamada (livre demanda)	13(28,9)	23(51,1)	4,500	0,031
Complemento sonda/copo	03(06,7)	05(11,1)	0,125	0,727
Técnica (pega e posição)	24(53,3)	21(46,7)	0,211	0,648
Organização bebê	02(04,4)	05(11,1)	1,333	0,250
Produção láctea: Extração de leite (extrair leite anterior, colocar para sugar leite posterior e colocar para sugar leite anterior)	04(08,9)	14(31,1)	8,100	0,002
Galactagogo	01(02,2)	09(20,0)	4,900	0,021
Semidemanda	00(0,00)	06(13,3)	4,167	0,031
Sono e repouso materno	01(02,2)	17(37,8)	14,062	0,000
Recursos adicionais à mãe	00(0,00)	08(17,8)	6,125	0,008
Caso 3				
Acolhida				
Elogiar o comparecimento ao retorno / História da amamentação e nascimento / Elogiar o desejo em amamentar	04(08,9)	04(08,9)	0,000	1,000
Avaliação				
Ganho/perda de peso / FR /Diurese /Sonolência / Sinais de fadiga / SSVV / Uso de fórmula na última mamada	10(22,2)	14(31,1)	0,500	0,481
Psicologia e/ou Serviço Social	05(11,1)	14(31,1)	5,818	0,012
Fonoaudióloga e/ou prontidão oral	03(06,7)	12(26,7)	7,111	0,004

Hipótese diagnóstica				
RNPT tem condições para sugar	15(33,3)	28(62,2)	6,857	0,007
Possibilidades de condutas				
Estímulo e massagem precoce nas mamas	20(44,4)	30(66,7)	4,050	0,041
Extração de leite frequente (pelo menos 5x ao dia)	33(73,3)	33(73,3)	0,000	1,000
Posição canguru (duração e frequência)	27(60,0)	33(73,3)	1,786	0,180

* Teste de McNemar

* Nenhuma resposta assinalada representada por -

Aos profissionais de nível técnico, a situação clínica hipotética teve como enfoque de manejo o início da sucção do bebê. A Tabela 2 representa o único caso hipotético realizado pelos profissionais de nível técnico. Observa-se diferença estatisticamente significativa em quase todas as estratégias (11/15) representadas pela avaliação, hipótese diagnóstica e condutas. Vale ressaltar que a conduta de pega correta e posição da mãe e do bebê, embora sem significância estatística, foi a mais apontada por estes profissionais.

Tabela 3 - Distribuição da proporção de acertos relativo à avaliação, diagnóstico e condutas do único caso apresentado para os profissionais de nível técnico. Londrina (PR): 2020.

VARIÁVEL	Profissionais Nível Técnico (N=82)			
	Sem fluxograma N (%)	Com fluxograma N (%)	Est. Teste	p-valor*
Avaliação				
Ganho/perda de peso / FR / Diurese / Sonolência/hipoglicemia / Sinais de fadiga / SSVV / Uso de fórmula na última mamada.	44(53,1)	35(42,7)	2,065	0,151
Deglutição	09(11,0)	46(56,1)	31,610	<0,001
Psicologia e/ou serviço social	04(04,9)	04(04,9)	0,000	1,000
Fonoaudióloga e/ou prontidão oral	23(28,0)	32(39,0)	2,207	0,137
Hipótese diagnóstica				
Mamada eficaz	01(01,2)	20(24,4)	15,429	<0,001
RN tem condições de sugar?	01(01,2)	20(24,4)	15,429	<0,001
Produção látea	27(32,9)	45(54,9)	9,031	0,003
Possibilidades de condutas				
Frequência da mamada (livre demanda)	10(12,2)	42(51,2)	25,289	<0,001
Frequência e técnica de extração de leite	13(15,9)	49(59,8)	26,630	<0,001
Duração e frequência da posição canguru	05(06,1)	31(37,8)	19,531	<0,001
Complemento sonda, copo	15(18,3)	32(39,0)	8,258	0,004
Técnica (pega e posição)	60(73,2)	68(82,9)	2,042	0,152
Presença da mãe	02(02,4)	12(14,6)	6,750	0,006
Translactação	05(06,1)	23(28,0)	14,450	0,000
Organização do bebê	09(11,0)	33(40,2)	17,633	<0,001

* Teste de McNemar

A distribuição dos acertos relacionados às etapas do manejo clínico do AM na resolução dos três casos hipotéticos pelos profissionais de nível superior e do caso único dos profissionais de nível técnico foram apresentadas na Tabela 3.

No grupo de profissionais de nível superior, o uso do fluxograma influenciou em todas as dimensões avaliadas e no total de respostas corretas ($p=0,000$).

Para o grupo de profissionais de nível técnico, a diferença de atuação foi encontrada no grupo com o uso do fluxograma em duas das três etapas do manejo clínico do AM (diagnóstico e nas condutas), ambas com o valor de $p<0,001$.

O total de respostas representa a soma de todos os acertos ocorridos em todas as etapas: avaliação, diagnóstico e condutas. No grupo de profissionais de nível superior, a mediana passou de 10 para 18 com o uso do fluxograma. Já no grupo de profissionais de nível técnico, observa-se que o valor da mediana dobrou de três para seis com o uso do fluxograma.

Em relação ao tempo, cronometrado em minutos, observa-se no grupo de profissionais de nível superior, a mesma mediana sem e com o uso do fluxograma, não resultando em diferença estatisticamente significativa, mostrando assim que o uso do fluxograma no manejo do AM não modificou o tempo gasto por estes profissionais para avaliação e conduta. Já no grupo de profissionais de nível técnico, o tempo, embora a análise tenha apontado diferença estatisticamente significativa, se deu com o tempo máximo considerando que a mediana foi a mesma entre as duas situações.

Tabela 4 - Distribuição dos acertos nas etapas de avaliação, hipótese diagnóstica, possibilidade de condutas e tempo para resolução dos três casos dos profissionais de nível superior e do caso único dos profissionais de nível técnico. Londrina (PR): 2020.

VARIÁVEL	Profissionais Nível Superior (N=45)				Est. Teste	p-valor*
	Sem Fluxograma		Com Fluxograma			
	Mín-Máx	Med	Mín-Máx	Med		
Avaliação	00-05	02	00-07	03	-3,124	0,002
Hipótese diagnóstica	01-05	03	00-06	04	-2,194	0,028
Possibilidade de condutas	02-16	05	02-19	10	-5,221	0,000
Total de respostas	06-24	10	06-29	18	-5,543	0,000
Tempo (minutos)	05-60	25	05-60	25	0,000	1,000
	Profissionais de Nível Técnico (N=82)					
Avaliação	00-03	01	00-03	01	-0,246	0,806
Hipótese diagnóstica	00-02	00	00-03	01	-5,203	<0,001

Possibilidade de condutas	00-04	01	00-09	04	-7,019	<0,001
Total de respostas	01-06	03	00-12	06	-7,284	<0,001
Tempo (minutos)	05-30	10	05-90	10	-2,403	0,016

* Teste de Wilcoxon

Realizou-se também a comparação do número total de acertos no manejo do AM entre os profissionais dos dois hospitais participantes da pesquisa de acordo com sua categoria profissional, superior ou técnico representadas na Tabela 4. Observa-se que embora os profissionais de saúde fossem de dois hospitais diferentes, não houve diferença estatisticamente significativa nos resultados, tanto para os profissionais de nível superior como para os de nível técnico. Os profissionais das duas instituições foram semelhantes nas respostas, independente do conhecimento basal e do contexto diferente, ou seja, o efeito do fluxograma foi semelhante.

Tabela 5 – Comparação do número total de acertos no manejo do aleitamento materno entre os profissionais de nível superior e nível técnico do hospital A e hospital B. Londrina (PR): 2020.

VARIÁVEL	Profissionais Nível Superior(N=45)							
	Hospital A (n=17)		Hospital B (n=28)		Est. Teste	p-valor*	Est. Teste	p-valor*
	Sem Fluxograma Med (Mín-Máx)	Com Fluxograma Med (Mín-Máx)	Sem Fluxograma Med (Mín-Máx)	Com Fluxograma Med (Mín-Máx)				
Avaliação	02,0 (00-05)	03,0 (01-07)	02,0 (00-05)	02,0 (00-06)	232,0	0,885	189,5	0,250
Hipótese diagnóstica	03,0 (01-04)	03,0 (00-05)	02,0 (01-05)	04,0 (00-06)	225,5	0,758	231,5	0,876
Possibilidade de condutas	05,0 (03-11)	10,0 (02-19)	05,0 (02-16)	09,5 (03-19)	178,0	0,154	228,5	0,823
Total de respostas	11,0 (07-19)	18,0 (06-29)	10,0 (06-24)	18,0 (08-28)	199,0	0,358	226,5	0,787
Tempo (minutos)	20,0 (10-60)	30,0 (05-40)	25,0 (05-60)	21,0 (05-60)	215,0	0,581	193,0	0,282

VARIÁVEL	Profissionais Nível Técnico(N=82)							
	Hospital A (n=30)		Hospital B (n=52)		Est. Teste	p-valor*	Est. Teste	p-valor*
	Sem Fluxograma Med (Mín-Máx)	Com Fluxograma Med (Mín-Máx)	Sem Fluxograma Med (Mín-Máx)	Com Fluxograma Med (Mín-Máx)				
Avaliação	01,0 (00-03)	01,0 (00-03)	01,0 (00-02)	01,0 (00-03)	731,0	0,606	695,0	0,387
Hipótese diagnóstica	0,00 (00-02)	01,0 (00-03)	0,00 (00-02)	01,0 (00-03)	611,5	0,048	774,0	0,951
Possibilidade de condutas	01,0 (00-04)	05,0 (02-09)	01,0 (00-04)	04,0 (00-09)	760,5	0,840	574,5	0,046
Total de respostas	03,0 (01-06)	06,5 (02-11)	03,0 (01-06)	06,0 (00-12)	643,0	0,173	660,0	0,244
Tempo (minutos)	10,0 (05-30)	10,0 (05-30)	10,0 (05-30)	11,0 (05-90)	618,5	0,105	724,0	0,572

* Teste Mann Whitney – U de Mann Whitney

Em relação ao tempo de serviço comparado ao número total de acertos nos três casos hipotéticos no manejo do AM entre os profissionais de nível superior e do único caso hipotético dos profissionais de nível técnico, observou-se que os profissionais de nível superior o tempo de serviço não influenciou no total de respostas corretas, não houve uma correlação entre as duas variáveis. Já no grupo dos profissionais de nível técnico, o tempo de serviço mostrou-se favorável no manejo do AM com o RNPT, sugerindo uma correlação entre o tempo de serviço e maior número de acertos no manejo do AM com o RNPT.

Discussão

Consideramos que a amamentação de um RNPT seja desafiadora tanto para a mãe quanto para o profissional de saúde. O manejo clínico dos profissionais junto às rotinas hospitalares, com as especificidades da prematuridade, pode facilitar a prática da amamentação visando à promoção e o apoio ao AM.

No presente estudo, a estratégia de acolhida, envolvendo o ato de elogiar o comparecimento da mãe ao retorno, investigar a história da amamentação e nascimento e o desejo em amamentar, apresentou uma mudança da resposta dos profissionais de nível superior com o uso do fluxograma, no segundo caso, de um para 13 ($p=0,000$). Embora a mudança ocorrida não tivesse sido estatisticamente significativa no primeiro caso, o número de ações passou de dois para oito.

Considerando os achados, a duração e frequência da posição canguru mostrou-se clinicamente significativa entre os profissionais de nível superior no primeiro caso hipotético e no meio dos profissionais de nível técnico em situação hipotética diferente aplicando o fluxograma, ($p=0,000$) e ($p=0,001$) respectivamente. Contato imediato pele a pele e amamentação precoce são duas intervenções intimamente ligadas que precisam acontecer imediatamente após o nascimento¹. O contato pele a pele imediato e prolongado facilita amamentar, ajuda a prevenir a hipotermia e hipoglicemia e a estabilizar a função respiratória do RN⁶. Trata-se de uma ferramenta a ser utilizada pela enfermagem, para auxiliar no processo de adaptação materna à nova realidade, favorecendo a confiança materna, a criação dos laços de apego e contribuindo para um desenvolvimento psíquico e cognitivo saudável para o bebê. Deste modo, a posição canguru proporciona benefícios clínicos para o bebê, proporcionando um cuidado humanizado e estimulando o aumento do vínculo mãe-bebê⁷.

Recomenda-se fazer o contato pele a pele com o prematuro o mais cedo possível após o nascimento (precoce), sem interrupções injustificadas ou desnecessárias (contínuo) e idealmente 24 horas/dia, sete dias/semana (prolongado) para estimular o AM e aumentar a produção láctea⁸.

Dentro deste contexto e tendo em vista os limites impostos pelo nascimento do RNPT e a necessidade de internação na UTIN, além da acolhida, o vínculo entre mãe e filho, faz-se muito importante.

Estudos mostraram taxas de amamentação mais baixas para bebês prematuros quando comparados com os bebês a termo^{2,9}. O AM precoce também é visto como um desafio, pelas baixas taxas de amamentação nas primeiras horas de vida em todo o mundo. O início precoce da amamentação representa fator fundamental para a sua continuidade exclusiva e prolongada, não apenas pela oferta do colostro e seus benefícios nos primeiros dias pós-parto, mas pela necessidade de adaptação da criança e da mãe ao novo processo de vida².

Uma revisão observou um aumento de 33% na mortalidade infantil nas situações de adiamento de uma hora do início da amamentação ao nascimento e um aumento de 100% se a amamentação ocorresse após 24 horas do nascimento¹⁰.

Nesta situação, é válido ressaltar a magnitude do papel dos profissionais envolvidos no início precoce da amamentação. É importante que a mãe do RNPT seja orientada e estimulada pela equipe da unidade neonatal a realizar precocemente a extração de leite, iniciando dentro das primeiras seis horas após o parto¹¹.

Neste estudo, os profissionais de nível superior ao solucionar o terceiro caso hipotético, aplicando o fluxograma, modificaram suas ações nas estratégias de estímulo e massagem precoce das mamas ($p=0,041$). Tal ação prévia à sucção do bebê é essencial, pois assegurará a produção láctea materna até que o RNPT tenha condições fisiológicas de sugar.

Bebês prematuros são capazes de pegar, manter a pega e sugar a partir de 27 semanas e são capazes de deglutir o leite a partir de 29 semanas e quanto mais cedo forem estimulados no peito, maior a chance de serem amamentados¹¹. Para que a recomendação aconteça de forma viável e acessível, a equipe deve exercer papel determinante em relação ao início precoce da sucção.

O RNPT necessita de estimulação precoce e de habilidades para alcançar a prontidão da alimentação oral. Contudo, observa-se que, na prática, seu início ainda ocorre de forma assistemática, sem padrão de avaliação do momento certo¹².

Alguns profissionais consideram a IG e o peso para iniciar a sucção do RNPT, prática clínica muito comum. No presente estudo, os profissionais de nível superior, no terceiro caso hipotético, na avaliação do RNPT quanto as condições de sugar, ao utilizar o fluxograma, o número de ações passou de 15 para 28 ($p=0,007$). Já com a equipe de nível técnico, esse valor passou de um para 20 ($p=<0,001$). Considerando que a IG e o

peso do RNPT não devem ser considerados como critérios isolados de avaliação para o início da mamada, o uso do fluxograma mostrou-se clinicamente importante para uma mudança de comportamento dos profissionais nesse manejo.

A IG e o peso são fatores observados na conduta assistencial para aptidão da alimentação oral, por serem indicadores de maturidade fisiológica, no entanto, isolados, não garantem a eficiência para iniciar a amamentação¹³.

A IG corrigida, o peso, e a estabilidade clínica, são os parâmetros mais utilizados pela equipe médica para que o RNPT inicie a alimentação por via oral. Porém, esses fatores nem sempre são indicativos de maturidade para que esta população apresente desempenho adequado durante a mamada. Estudos concordam que a estabilidade clínica pode estar intimamente ligada à adequada coordenação entre as funções de sucção, deglutição e respiração na eficiência da alimentação^{14,15}.

A sucção na mama é a melhor forma de um RN ser alimentado e ela deve ser escolhida assim que as condições clínicas e fisiológicas estejam estabilizadas¹⁶. Uma vez que os bebês prematuros apresentam competência muito cedo para serem amamentados, a estabilidade do bebê é um dos critérios para o início da amamentação, independentemente da IG ou peso ao nascer. A ausência de sinais de insuficiência respiratória aguda, apnéia grave, dessaturações frequentes e bradicardia indica que o bebê está clinicamente estável^{1,11}. Recomenda-se que para o início do estímulo à sucção, deve-se considerar: a estabilidade fisiológica independentemente da IG corrigida ou peso; o vínculo entre mãe e bebê e o posicionamento adequado de ambos.

Assim que o RNPT apresentar condições de sugar, a próxima avaliação será quanto a eficácia ou não da mamada. O processo da mamada eficaz envolve não somente a maturação fisiológica do sistema digestório do bebê, mas outras características como: pega, frequência respiratória, coloração da pele, regurgitação, padrão de sucção, estado de sono, reflexo de busca, duração da mamada, deglutição, postura do bebê e a postura da mãe. Nesse processo, a mãe deve ser incluída e capacitada para essa avaliação, pois é a principal cuidadora para descrever constantemente as características da mamada de seu filho¹⁷.

No estudo em tela, vale ainda destacar que quanto à estratégia da mamada eficaz, houve um aumento de nove para 19 no segundo caso hipotético entre os

profissionais de nível superior e de um para 20 nos profissionais de nível técnico em uso do fluxograma, apresentando valores de ($p=0,041$) e ($p<0,001$) respectivamente.

Outra variável que tem se mostrado clinicamente significativa foi a estratégia frequência da mamada em livre demanda, em que os profissionais de nível superior apresentaram valores de ($p=0,001$) no primeiro caso hipotético e ($p=0,031$) no segundo caso. Já os profissionais de nível técnico apresentaram uma mudança significativa nessa estratégia, passando de 10 para 42 apontamentos em uso do fluxograma ($p=0,001$).

O AM sob livre demanda refere-se ao tempo e à duração da mamada determinados pelas necessidades da criança. São benefícios dessa prática: atender às necessidades da criança conforme a demanda, ganho de peso mais rápido, menos icterícia neonatal, menos choro, maior estímulo da mama e prevenção do ingurgitamento mamário, além de a mãe aprender a responder à criança.

Um estudo de revisão integrativa partindo da questão norteadora “Quais são as evidências identificadas na literatura relacionadas aos fatores de proteção ao aleitamento materno exclusivo no período intra-hospitalar?” identificou que o AM sob livre demanda uma das intervenções educativas importante e necessária durante a internação do bebê configurou-se como uma proposta no conjunto de medidas para o incentivo ao AME intra-hospitalar¹⁸.

As intervenções realizadas nesse processo de adaptação do RNPT no manejo do AM são critérios que fundamentam e consolidam a tomada de decisão. Um modo eficaz para realizar a transição da coordenação sucção, deglutição e respiração do RNPT é por meio do desmame direto do cateter para o seio materno, utilizando-se a técnica de translactação que consiste em um recipiente contendo o leite (de preferência o da própria mãe), colocado entre as mamas e conectado ao mamilo por meio de uma cateter gástrica de pequeno calibre/nº 04. O RN ao sugar recebe o suplemento e continua a estimular a mama até se sentir saciado. Essa estratégia foi observada pelos profissionais de nível superior, apresentando uma mudança de resposta de seis para 22 e também os de nível técnico, de cinco para 23 em uso do fluxograma ($p=0,000$).

A translactação induz a produção láctea materna, favorece o estabelecimento da coordenação sucção, deglutição e respiração e o desenvolvimento orofacial, e permite a participação ativa da mãe durante a alimentação de seu filho fortalecendo o contato do

binômio mãe-filho. Esta técnica, vem sendo bastante utilizada com intuito de estimular as funções de sucção e deglutição do RNPT e fortalecer o vínculo afetivo¹⁹.

Entretanto, é necessário o envolvimento de uma equipe multiprofissional durante as intervenções realizadas em RNPT no processo de avaliação da mamada^{13,20}. A importância desses profissionais é adequar o sistema estomatognático à estimulação da alimentação oral de forma segura e eficaz, e, assim, promover o AM.

Nesta perspectiva, a equipe multiprofissional deve acompanhar e avaliar, com exatidão, a existência de capacidades motoras e orais que vão indicar o momento adequado, na transição da sonda para o seio materno.

A fim de colaborar ainda mais para o sucesso do AM do RNPT, o fluxograma inclui uma interconsulta com o profissional fonoaudiólogo especialista em AM, sendo este, de suma importância nos casos em que o lactente tenha dificuldades para sugar além daquela esperada pela sua IG. Observou-se no grupo dos profissionais de nível superior no terceiro caso hipotético, uma mudança de conduta referente a avaliação da fonoaudióloga e/ou prontidão oral com o uso do fluxograma ($p=0,004$), já o grupo de profissionais de nível técnico, embora não tenha representado um valor estatisticamente significativo, a mudança de resposta em uso do fluxograma passou de 23 para 32.

O fonoaudiólogo atua no manejo clínico da lactação, além de possuir capacitação para atuar nas disfunções orais do lactente, as quais alteram o padrão de sucção e dificultam, ou impedem que a amamentação ocorra de forma correta²¹.

Outras condições também requerem atenção dos profissionais no manejo do AM com o RNPT, como as orientações direcionadas à mãe. Neste estudo, as estratégias de sono e repouso materno ($p=0,000$), produção láctea materna (0,002) e extrair leite anterior, colocar o bebê para sugar o leite posterior, em seguida colocar para sugar leite anterior (0,013) foram apontadas pelos profissionais de nível superior com o uso do fluxograma no primeiro caso hipotético e, no segundo caso hipotético, a estratégia de avaliar produção láctea (0,002) foi influenciada nas ações com o uso do fluxograma. Resultado parecido com a equipe de nível técnico referente à produção láctea materna ($p=0,003$) e frequência e técnica de extração de leite ($<0,001$).

O volume de leite produzido por uma mãe é o determinante mais forte da exclusividade e duração da amamentação para prematuros e bebês doentes. A

manutenção de um suprimento de leite é um processo sensível ao tempo que requer esvaziamento frequente e completo das mamas o mais precoce possível²².

Estabelecer o fornecimento completo de leite é especialmente desafiador para mães de RNPT. Portanto, as mães devem receber orientações adequadas a respeito da extração de leite nas primeiras três horas após o parto ou o mais rápido possível²³.

É essencial que os profissionais de saúde saibam auxiliar a mãe do prematuro quanto ao manejo clínico do AM, com a finalidade de promover a manutenção do AM. Estes possuem papel primordial no processo de educação em saúde, uma vez que, são os responsáveis pela disseminação de conhecimentos para o alcance dos objetivos de melhoria à saúde das pessoas²⁴.

De forma geral, no grupo dos profissionais de nível superior, o uso do fluxograma influenciou em todas as dimensões de ações avaliadas individualmente, e no total de respostas corretas. A tomada de decisão faz parte do cotidiano da assistência dos profissionais de nível superior representados neste estudo pelas enfermeiras, médicos, fonoaudióloga e nutricionistas. Adotar uma conduta assertiva diminui a chance de insucesso.

Na categoria do profissional técnico, a avaliação não é essencialmente uma atribuição, uma vez que este grupo de profissionais identifica fatos/situações sem elementos de levantamento de conjunto de dados de maneira intencional.

Em relação ao tempo para a resolução dos casos hipotéticos, os resultados representam a necessidade de conhecimento, leitura e compreensão pelos profissionais sobre as ações de avaliação, diagnóstico e tomada de decisão contempladas no fluxograma devido ao seu primeiro contato.

Comparou-se também o número total de acertos no manejo do AM entre os profissionais de nível superior e nível técnico das duas instituições. Observa-se que em ambos os hospitais, os profissionais apresentaram respostas semelhantes. Mesmo resultado quanto à correlação entre o total de acertos e o tempo de serviço que se mostrou não significativa tanto entre os profissionais de nível superior quanto de nível técnico.

Observou-se que as respostas dos profissionais em uso do fluxograma foram mais sistematizadas, organizadas e direcionadas ao cuidado prestado, diferentes das

respostas sem o uso do fluxograma tornando-se mais extensas e pouco direcionadas aos problemas identificados.

Visto a necessidade da implementação de ações que promovam o início precoce e manutenção do AME no RNPT²⁵, este estudo se faz relevante pelo efeito do fluxograma na tomada decisão dos profissionais de saúde sobre o manejo clínico do AM em RNPT. Também pode ser empregado em situações de dificuldade para o manejo do AM com bebês a termo. Para ser utilizado requer uma atividade de continuada com o propósito de estimular a reflexão da prática baseada em evidência, conduzindo a uma assistência mais segura e de qualidade.

Este artigo apresentou como limitação a escassa quantidade de produções científicas acerca das habilidades de RNPT para iniciar alimentação oral, uma vez que protocolos para este fim não são, ainda, padronizados em Unidades de Terapias Intensivas Neonatais, evidenciando inconsistência em se estabelecer critérios e tempo necessário para se alcançar a alimentação oral. Além disso, destaca-se a junção das categorias de nível superior, comparando enfermeiras, médicos, fonoaudióloga e nutricionistas, entretanto, este fluxograma não foi elaborado para uso de uma única categoria profissional e sim para uso de todos os profissionais atuantes no manejo do AM com o RNPT. Também vale ressaltar que a coleta de dados aconteceu em horário de trabalho. Destaca-se também que sua validação foi mediante casos hipotéticos, sugerimos uma próxima pesquisa que seja realizada na prática clínica real.

As dificuldades do RNPT na amamentação, bem como a redução na incidência de AME após a alta hospitalar, apontam para a necessidade de uma assistência profissional mais qualificada incentivando a prática da amamentação de maneira precoce desta população vulnerável. Esses resultados poderão subsidiar o avanço do conhecimento científico para a área de saúde. A equipe profissional será norteada a realizar o manejo clínico adequado do AM de forma sistematizada, conseqüentemente aprimorando a assistência e incentivando a prática da amamentação de maneira precoce.

Conclusão

A avaliação do efeito do fluxograma no manejo clínico do AM em RNPT por profissionais de saúde é uma fase essencial do desenvolvimento da prática clínica e contribui para definir uma verdadeira condição que requer intervenção. É, portanto, uma

ferramenta necessária, pois subsidia tanto o estabelecimento das intervenções como a sua avaliação propriamente dita.

Desta forma, o fluxograma contribuiu valiosamente para a sistematização de uma prática tão complexa que é o manejo do AM nos RNPT avaliando seu efeito como norteador para o manejo clínico do AM em RNPT, possibilitando assim sua generalização em outros locais e populações, com maior segurança. Os profissionais de saúde podem sistematicamente seguir a melhor forma de manejo do AM em prematuros baseado em evidências e incentivar a prática da amamentação de maneira precoce na unidade neonatal.

Referências

- 1 WHO. Implementation Guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services - the revised Baby-Friendly Hospital Initiative. Geneva: World Health Organization; 2018. (<https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi-implementation-2018.pdf>), acesso dia 5 Maio 2021).
- 2 VICTORA, C. G.; BAHL, R.; BARROS, A. J.; FRANÇA, G. V.; HORTON, S., KRASEVEC, J. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*, v. 387, p. 475-90, 2016.
- 3 Arns-Neumann C, Ferreira TK, Cat MNL, Martins M. Aleitamento Materno em Prematuros: Prevalência e Fatores Associados à Interrupção Precoce. *Jornal Paranaense de Pediatria* - 2020; 21(1):00-00. Disponível em: <http://www.jornaldepediatria.org.br/>
- 4 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção á Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_recem_nascido_canguru.pdf. Acesso em: 08 mai. 2021.
- 5 LYNN, M. R. Determination and qualification of content validity. *Nursing Research*, New York, v. 35, n. 6, p. 382-86, Nov./Dec.1986.
- 6 Jones H, Santamaria N. An Observational Cohort Study Examining the Effect of the Duration of Skin-to-Skin Contact on the Physiological Parameters of the Neonate in a Neonatal Intensive Special Care Unit. *Adv Neonatal Care*. 2018;18(3):208-14. doi: 10.1097/ANC.0000000000000485.
- 7 Abreu MQS, Duarte EDD, Dittz ES. O processo de construção do apego entre mãe e bebê pré-termo mediado pelo posicionamento canguru. *Revista de Enfermagem do*

Centro-Oeste Mineiro. 2020;10:e3955. [Access 08 mai. 2021]; DOI: <http://doi.org/10.19175/recom.v10i0.3955>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 340 p.: il.9

Rodrigues C, Teixeira R, Fonseca MJ, Zeitlin J, Barros H; on behalf of the Portuguese EPICE (Effective Perinatal Intensive Care in Europe) Network. Prevalence and duration of breast milk feeding in very preterm infants: A 3-year follow-up study and a systematic literature review. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2018; 00:1–10. <https://doi.org/10.1111/ppe.12457>

10 Smith ER, Hurt L, Chowdhury R, Sinha B, Fawzi W, Edmond KM, et al. Delayed breastfeeding initiation and infant survival: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2017;12(7): e0180722. doi: 10.1371/journal.pone.0180722.

11 Nyqvist KH, Kylberg E, Hansen MN, Haggkvist A, Maastrup R, Frandsen AL, et al. Neo-BFHI: the baby-friendly hospital initiative for neonatal wards. Core document with recommended standards and criteria [Internet]. Raleigh: Nordic and Quebec Working Group; 2015[cited 2020 Jul 21]. Available from: <http://www.ilca.org/main/learning/resources/neo-bfhi>

12 Cavalcante SEA, Oliveira SIM, Silva RKC, Sousa CPC, Lima JVH, Souza NL. Habilidades de recém-nascidos prematuros para início da alimentação oral. *Rev Rene.* 2018.

13 Jackson BN, Kelly BN, McCann, CM, Purdy SC. Predictors of the time to attain full oral feeding in late preterm infants. *Acta Paediatr.* 2015; 105(1):1-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/apa.13227>

14 White-Traut R, Pham T, Rankin K, Norr K, Shapiro N, Yoder J. Exploring factors related to oral feeding progression in premature infants. *Adv Neonatal Care.* 2013;13(4):288-94.

15 Ribeiro FGSM. Protocolo para transição da alimentação para via oral em prematuros. In: Furkim AM, Rodrigues KA. *Disfagias nas unidades de terapia intensiva.* São Paulo: Roca; 2014. p. 189-99.

16 Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the Baby-friendly Hospital Initiative for small, sick and preterm newborns. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2020. Licence: *CC BY-NC-SA 3.0 IGO.*

17 Silva AJ, Neves LAT, Frônio JS, Ribeiro LC. Factors related to motor developmental delay of newborns. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum.* 2014;24(3):320-7.

18 Coca KP, Pinto VL, Westphal F, Mania PNA, Abrão ACFV. Bundle of measures to support intrahospital exclusive breastfeeding: evidence of systematic reviews. *Rev Paul Pediatr.* 2018 Apr-Jun;36(2):214-220. doi: 10.1590/1984-0462/;2018;36;2;00002. Epub 2018 Apr 23. PMID: 29694490; PMCID: PMC6038790.

19 PESSOA-SANTANA MCC; SILVEIRA BL; SANTOS ICS; MASCARENHAS MLVC; DIAS EGC. Métodos Alternativos de Alimentação do Recém-Nascido Prematuro: Considerações e Relato de Experiência. *Revista Brasileira de Ciência da Saúde* 17(1):55-64, 2013

20 Cartwright J, Atz T, Newman S, Mueller M, Demirci JR. Integrative Review of Interventions to Promote Breastfeeding in the Late Preterm Infant. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2017;46(3):347-56. doi: 10.1016/j.jogn.2017.01.006

21 Caminha MFC, et.al. Fatores de risco para a não amamentação: um estudo caso-controle. *Rev. Bras. Saúde Matern. Inf. (Recife)*, 2015.

22 Patel AL, Schoeny ME, Hoban R, Johnson TJ, Bigger H, Engstrom JL, et al. Mediators of racial and ethnic disparity in mother's own milk feeding in very low birth weight infants. *Pediatr Res.* 2019;85(5):662-70. doi: 10.1038/ s41390-019-0290-2.

23 Parker LA, Sullivan S, Krueger C, Mueller M. Association of timing of initiation of breastmilk expression on milk volume and timing of lactogenesis stage II among mothers of very low-birth-weight infants. *Breastfeed Med.* 2015;10(2):84-91. doi: 10.1089/bfm.2014.0089.

24 Casper C, Sarapuk I, Pavlyshyn H. Regular and prolonged skin-to-skin contact improves short-term outcomes for very preterm infants: A dose-dependent intervention. *Arch Pediatr.* 2018;25(8):469-75. doi: 10.1016/j. arcped.2018.09.008.

25 Luz LS, Minamisava R, Scochi CGS, Salge AKM, Ribeiro LM, Castral TC. Fatores preditivos da interrupção de aleitamento materno exclusivo em prematuros: coorte prospectiva. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2018;71(6):3049-55.

6.3 ARTIGO 3

Aplicabilidade prática do fluxograma de manejo clínico para o aleitamento materno de recém-nascidos prematuros.

Practical applicability of the clinical management flowchart for breastfeeding premature newborns

Geisa Marcela Perdigão², Edilaine Giovanini Rossetto³, Adriana Valongo Zani⁴, Mauren Teresa Grubisich Mendes Tacla⁵, Adriana Moraes Leite⁶, Sueli Mutsumi Tsukuda Ichisato⁷.

1. Extraído da tese de doutorado “Efeito de um fluxograma no manejo clínico do aleitamento materno em recém-nascidos prematuros por profissionais de saúde”, Universidade Estadual de Londrina, 2018.

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

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

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

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

6. Enfermeira Doutora. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

7. Enfermeira Doutora. Professora Permanente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá.

Resumo

Objetivo: Verificar a aplicabilidade prática do fluxograma de manejo clínico para o aleitamento materno de recém-nascidos prematuros na tomada decisão de profissionais de saúde. **Método:** Pesquisa metodológica realizada com 89 profissionais de saúde, nos meses de junho e julho de 2021. Foram avaliados seis itens categorizados quanto a sua motivação, aplicabilidade, o conteúdo do vídeo educativo e do manual operacional. Calculou-se o Índice de Validade de Conteúdo adotando os valores superiores a 80% de concordância como consenso desejável. **Resultados:** O fluxograma apresentou Índice de Validade de Conteúdo geral de 97,8%. **Conclusão:** O uso do fluxograma foi avaliado pela equipe profissional com ótima aplicabilidade, considerando-o de forma clara e simples aplicação, ajudando a equipe no manejo das principais dificuldades com o alimento do RNPT podendo ser aplicado também para o RN a termo. **Implicações para a prática:** A implementação do fluxograma na prática pode nortear o manejo clínico adequado do aleitamento materno de forma sistematizada e padronizada, incentivando, promovendo e protegendo a amamentação dos prematuros.

Palavras-chave: Aleitamento materno; Aleitamento materno exclusivo; Prematuro; UTI Neonatal; Fluxograma.

ABSTRACT

Objective: To verify the practical applicability of the clinical management flowchart for breastfeeding premature newborns in the decision-making process of health professionals.

Method: Methodological research carried out with 89 health professionals, in the months of June and July 2021. Six categorized items were evaluated according to their motivation, applicability, the content of the educational video and the operational manual. The Content Validity Index was calculated, adopting values greater than 80% of agreement as a desirable consensus. **Results:** The flowchart presented an overall Content Validity Index of 97.8%. **Conclusion:** The use of the flowchart was evaluated by the professional team with excellent applicability, considering it in a clear and simple way of application, helping the team in the management of the main difficulties with the food of the PTNB and can also be applied to the full-term NB. **Implications for practice:** The implementation of the flowchart in practice can guide the appropriate clinical management of breastfeeding in a systematic and standardized way, encouraging, promoting and protecting breastfeeding of premature infants.

Keywords: Breastfeeding; Exclusive breastfeeding; Premature; Neonatal ICU; Flowchart.

INTRODUÇÃO

Amamentar é muito mais que alimentar. Além de nutrir, a amamentação é essencial para a saúde da criança e da mãe, pois proporciona diversos benefícios econômicos e ambientais que são adquiridos a curto e longo prazo.^{1,2}

Ao considerar os benefícios da amamentação, vale destacar a redução das taxas de morbimortalidade, considerando a diminuição do número de mortes de crianças entre seis a 59 meses por diarreia, pneumonia, obesidade infantil³ bem como o fornecimento de fatores imunológicos, o suprimento adequado das necessidades nutricionais, melhor desenvolvimento físico e neurocognitivo e fortalecimento do vínculo mãe-filho.⁴ Quando se trata de recém-nascido prematuro (RNPT), estes benefícios são ainda maiores, principalmente para um melhor prognóstico clínico e menor tempo de internação.⁵

Situações especiais como a prematuridade, a rotina hospitalar que limita a prática do aleitamento materno (AM) e o despreparo dos profissionais de saúde, podem estar associados ao desmame precoce. A prematuridade por sua vez, é um fator condicionante, uma vez que implica na imaturidade fisiológica do recém-nascido (RN) quanto à coordenação entre sucção, deglutição e respiração, podendo inclusive, diminuir a produção láctea materna devido à ausência ou ineficácia de estímulo.⁶

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

Frente essa diversidade, é de suma importância investir em educação permanente em saúde como processo de aprendizagem que possibilita a construção de conhecimentos a partir de situações e reflexões sobre o trabalho. A problematização das situações vivenciadas no cotidiano do trabalho é a principal estratégia para o desenvolvimento do processo de ensino e aprendizagem, pois possibilita a construção de novos conceitos e, desperta mudanças efetivas nos processos de trabalho.⁷

O profissional de saúde tem papel determinante na promoção, proteção e apoio ao AM. Para isso, é preciso além do conhecimento e de habilidades técnicas, prestar uma assistência sistematizada e de qualidade utilizando seus conhecimentos nas situações de dificuldade para o manejo do AM com bebês prematuros⁸.

Nesse contexto, a educação permanente é uma estratégia que potencializa o cuidado ao envolver atividades educativas na assistência ao paciente. Assim, as ações de educação integram rotineiramente o trabalho da equipe de saúde, utilizando estratégias que transfere o conhecimento adquirido à assistência ao paciente e/ou familiar contribuindo para a qualidade na assistência.

Um dos recursos instrucionais que podem ser adotados por meio da educação para o desenvolvimento da sistematização do manejo do AM são materiais educacionais como manuais, cartilhas ou fluxogramas. Entretanto, pesquisas apontam fragilidades em relação a sistematização do manejo do AM do RNPT.

Diante disso, foi elaborado o “Fluxograma de Manejo Clínico para o Aleitamento Materno do Recém-Nascido Prematuro” norteado por diretrizes clínicas com base em evidências científicas⁹ apresentando cinco dimensões a serem avaliadas, sendo: “Início do Aleitamento Materno”, “Avaliação da Mamada”, “Avaliação da Evolução Ponderal”, “Produção Láctea” e “Aleitamento Materno Exclusivo / Acompanhamento”. Nele contempla ações de avaliação, diagnóstico e tomada de decisão referente ao manejo clínico do AM para o RNPT.

Este fluxograma possui validade de conteúdo e aparência conforme avaliação de 29 *experts* com taxa de concordância geral superior a 90%. No entanto é necessário verificar sua aplicabilidade prática juntamente com os profissionais de saúde atuantes no manejo do AM com o RNPT para assim constatar a possibilidade de sua utilização na prática clínica diária como norteador para uma assistência sistematizada e de qualidade.

Para ser utilizado requer uma atividade de educação permanente com o propósito de estimular a reflexão da prática baseada em evidência conduzindo a uma assistência mais segura e de qualidade.

Frente a isso, o objetivo desta pesquisa foi avaliar a aplicabilidade prática do fluxograma de manejo clínico para o aleitamento materno de recém-nascido prematuro para os profissionais de saúde.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa metodológica e aplicada, de abordagem quantitativa, realizada em dois grandes hospitais que possuem Unidade Neonatal na cidade de Londrina-Paraná. Foram convidados a participar da pesquisa os profissionais atuantes no manejo do AM com o RNPT. Ambas as instituições têm o título de Hospital Amigo da Criança, idealizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e incorporado pelo Ministério da Saúde do Brasil.

Desta maneira, 89 profissionais, entre eles, médicos neonatologistas, enfermeiras e técnicos de enfermagem aceitaram participar desta pesquisa. Os participantes assinaram e autorizaram a sua participação por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os critérios de inclusão para os profissionais de saúde foi a atuação no manejo do AM com o RNPT e que participaram da etapa anterior da pesquisa “Efeito do Fluxograma no Manejo Clínico do Aleitamento Materno em Recém-Nascidos Prematuros por Profissionais de Saúde”. Os critérios de não inclusão foram estar de férias, atestado ou afastado do serviço no período da coleta.

A coleta de dados foi realizada de forma individualizada, durante o horário de trabalho e de acordo com a dinâmica da unidade nos meses de junho e julho de 2021, com os profissionais das unidades neonatais das duas instituições citadas acima. Para minimizar os riscos de transmissão da COVID-19, visto que a coleta ocorreu no período da pandemia, foi elaborada uma videoaula para que cada profissional pudesse assistir de acordo com sua disponibilidade durante o período de trabalho.

A videoaula com duração de 40 minutos discutia aspectos gerais sobre prematuridade e AM embasado no manual operacional e na utilização do fluxograma de

manejo clínico para o AM do RNPT. Para elaboração do vídeo utilizou-se o programa *Adobe Premiere Pro* para a montagem, edição e renderização. Após foi realizado o *upload* para o *YouTube* gerando um *link* que foi disponibilizado no sistema *online* para os profissionais de saúde que aceitaram participar da pesquisa.

O preenchimento do instrumento de aplicabilidade pelos profissionais de saúde ocorreu on-line, por meio do *Google Forms*, também disponibilizado via link logo após o término da visualização da videoaula.

O mesmo continha os seguintes requisitos para avaliação: motivação quanto ao uso do fluxograma, aplicabilidade do fluxograma e o conteúdo do manual operacional, considerando que todo o conteúdo abordado na videoaula para o uso do fluxograma estava contido no manual operacional também disponível no sistema *online* da unidade neonatal. Os participantes assinalavam uma das opções da escala de *Likert* para cada item do formulário: “discordo plenamente”, “discordo”, “nem concordo e nem discordo”, “concordo” ou “concordo plenamente”. No final deste instrumento, havia um campo de considerações e sugestões bem como se o uso do fluxograma seria recomendado para nortear a prática assistencial. As considerações e sugestões foram analisadas qualitativamente.

Após a coleta, estruturou-se um banco de dados na planilha Excel 2010®. Calculou-se o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), realizado por meio da seguinte fórmula: número de participantes considerados concordantes (concordo totalmente e concordo) divididos pelo número total de participantes, multiplicando o resultado por 100.¹⁰ Para a avaliação do IVC de cada item foi estabelecido como nível de consenso, o recomendado de 80% como um bom índice de validade.¹¹

Para a taxa de concordância das dimensões calculou-se a porcentagem de cada item de sua dimensão dividido pelo total de itens da mesma dimensão, multiplicando o resultado por 100. A taxa de concordância geral do fluxograma foi calculada considerando todas as dimensões.

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

RESULTADOS

A amostra foi composta por 89 profissionais atuantes no manejo do AM com o RNPT, entre eles, médicos neonatologistas, enfermeiras e técnicos de enfermagem. Em relação às enfermeiras, 50% possuíam idade entre 25 a 30 anos (mediana de 31, mínimo de 25 e máximo de 50), 66,6% atuavam no serviço por um a cinco anos (mediana de 05, mínimo de 1 e máximo de 23).

Considerando os médicos, 37,4% possuíam idade maior que 36 anos (mediana de 41,5 com mínimo de 27 e máximo de 57), 55,7% atuavam no serviço há mais de 10 anos (mediana de 12, mínimo de 03 e máximo de 30).

Já os profissionais de nível técnico, 58,0% possuíam idade maior que 36 anos (mediana de 40, mínimo de 21 e máximo de 60), 39,5% atuavam no serviço por um a cinco anos (mediana de 8, mínimo de 01 e máximo de 32).

Análise Quantitativa

O índice de validade de conteúdo geral do fluxograma apresentou-se superior a 97%. A dimensão que obteve menor taxa de concordância foi referente à motivação quanto ao uso do fluxograma, representado por 96,6%.

A dimensão de aplicabilidade do fluxograma foi a que apresentou maior taxa de concordância, representado por 98,8%.

O Quadro 1 apresenta o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) dos itens, das dimensões e do Fluxograma de Manejo para o Aleitamento Materno de Recém-Nascidos Prematuros em geral.

Quadro 3. Índice de Validade de Conteúdo do Fluxograma de Manejo para o Aleitamento Materno de Recém-Nascidos Prematuros – Londrina, 2021.

Itens	Participantes (n=89)			
	IVCi ¹ (%)	IVCd ² (%)	IVCg ³ (%)	
Motivação quanto ao uso do Fluxograma				
Senti-me motivado em usar o fluxograma	96,6	96,6	97,8	
Aplicabilidade do Fluxograma				
As recomendações do fluxograma possuem aplicabilidade prática	98,8	98,8		
O fluxograma é válido para nortear a prática clínica no manejo dos principais problemas de AM com o RNPT	98,8			
O uso do fluxograma pode me ajudar a aprimorar e sistematizar o manejo dos principais problemas de AM entre os RNPT	98,8			
Conteúdo do Manual Operacional				
As informações são suficientes para o uso do fluxograma	97,7	98,2		
A utilização desse manual pode me ajudar no manejo dos principais problemas de AM entre os RNPT	98,8			
Recomendação quanto ao uso				
Eu recomendo o uso deste fluxograma para nortear a prática assistencial	100	100		

¹TCIi: Índice de Validade de Conteúdo dos itens

²TCId: Índice de Validade de Conteúdo das dimensões

³TCIg: Índice de Validade de Conteúdo geral

Análise Qualitativa

Sobre as considerações e sugestões, os participantes avaliaram a videoaula e o uso do fluxograma como um ótimo material, excelente trabalho. Consideraram que foi redigido de forma clara, sendo de simples aplicação, ajudando a equipe no manejo das

principais dificuldades na alimentação do RNPT, podendo ser aplicado também para o RN a termo.

Sugeriram quanto à importância de o fluxograma estar afixado em formato maior dentro da unidade com fácil visualização, incentivando e auxiliando os profissionais durante a assistência ao prematuro e durante as orientações para as mães de forma sistematizada e de qualidade.

A única dificuldade apontada foi referente à pouca permanência das mães dentro da unidade para uma melhor assistência ao binômio mãe/bebê.

DISCUSSÃO

A proposta sobre o uso de algum instrumento/recurso sistemático e norteador para o manejo clínico do AM com RNPT é inovadora.

Neste estudo, a educação permanente foi utilizada como melhoria no manejo do AM pelos profissionais de saúde a partir da realização da capacitação em formato de videoaula, apresentando o fluxograma e seu manual operacional.

Diante o cenário da pandemia COVID-19, foi elaborado uma videoaula sobre o uso do fluxograma para que cada profissional pudesse assistir de acordo com a disponibilidade de trabalho. A utilização da videoaula como estratégia educacional demonstra que as tecnologias digitais são ferramentas complementares proporcionando auxílio no processo de ensino-aprendizado.^{12,13}

Distante de uma regra geral, este fluxograma é uma diretriz, considerando algumas dimensões mais importantes a serem avaliadas, agrega várias possibilidades de intervenções para cada situação apresentada, e assim pode nortear as situações mais comumente vivenciadas junto ao RNPT e mãe, considerando a complexidade sociobiológica determinante das dificuldades da amamentação do prematuro.

O uso do fluxograma insiste na importância fundamental da presença da mãe na unidade, pois não há possibilidade alguma de estabelecimento de AME com mãe e bebês separados. Estudos^{14,15} demonstraram a relevância da permanência dos pais na unidade neonatal e de sua participação nos cuidados ao filho hospitalizado, não só para o estabelecimento do vínculo afetivo mãe-filho, mas para a redução do estresse causado pela hospitalização, para o preparo do seu cuidado no domicílio e para aumentar as chances do sucesso do AME até o sexto mês de vida.

Enquanto acompanhantes, as mães passam a enfrentar a condição de hospitalização do filho, somando-se à condição de permanecer em um espaço institucionalizado e, por conseguinte, assustador, pois se deparam com diversas tecnologias e equipamentos em prol da recuperação do seu bebê¹⁶.

No estudo em tela, oito participantes apontaram dificuldade em colocar as orientações do fluxograma na prática dada a pouca permanência das mães na unidade, visto que as mesmas se sentem inseguras e com dificuldades durante o processo da amamentação. O medo, a insegurança, o desconforto, a falta de apoio, a dificuldade de pega e a ordenha, entre outras são as principais dificuldades apontadas pelas mães de bebês prematuros¹⁷, que devem ser sanadas durante a hospitalização da criança e a permanência das mães na unidade.

É papel do profissional da saúde conseguir identificar a dificuldade materna durante o processo da amamentação atuando na assistência de forma individualizada, assertiva e mais resolutiva. Este é o principal foco da utilização do fluxograma. Os profissionais também apontaram a padronização das orientações às mães e a importância desta capacitação envolvendo toda a equipe de saúde.

A tecnologia vem impondo mudanças contínuas às organizações no desenvolvimento de suas atividades nas últimas décadas⁷. No setor da educação, este impacto traz métodos de ensino-aprendizagem possibilitando o desenvolvimento do uso de tecnologias de ensino presencial e a distância. Um estudo mostrou que o uso da tecnologia influencia positivamente a forma como os enfermeiros realizam seu trabalho e interagem com os pacientes¹⁸.

O conceito de educação permanente adotado neste trabalho entendido com a aplicação da intervenção com a videoaula e o uso do fluxograma no manejo clínico das principais dificuldades no manejo do AM com o RNPT contribuiu para a sistematização da assistência mostrando ser válido para nortear a prática clínica no manejo dos principais problemas de AM com o RNPT. Os profissionais mostraram-se motivados a utilizar o fluxograma durante a assistência confirmando que as recomendações possuem aplicabilidade prática.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Este estudo cumpriu para além do objetivo proposto em avaliar a aplicabilidade prática do uso do fluxograma de manejo clínico para o AM de RNPT.

Contribuiu valiosamente para a sistematização de uma prática tão complexa que é o manejo do AM com o RNPT e para o RN a termo, mostrando-se como norteador para o manejo clínico e incentivando a prática da amamentação de maneira precoce.

O índice de validade de conteúdo geral foi de 97,8%, possibilitando assim sua generalização em outros locais e população com maior segurança.

A limitação do estudo se configurou na educação em saúde o qual deve envolver não somente os profissionais de saúde, mas também as mães, em seus contextos particulares. Deve-se envolver mais as mães incentivando-as uma maior permanência na unidade, considerando assim suas realidades, saberes e diferente culturas como potentes aliados para a promoção do processo de amamentar.

REFERÊNCIAS

- 1 Silva CSG, Lisboa SD, Santos LM, Carvalho ESS, Passos SSS, Santos SSBS. Development and validation of the content and appearance of the “Peripheral venous cannulation for families booklet”. *Rev Cuid (Bucaramanga 2010)*. 2019;10(3):1-16. doi: » <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v10i3.830>
- 2 Binns C, Lee M, Low WY. The long-term public health benefits of breastfeeding. *Asia Pac J Public Health*. 2016; 28:7-14. <https://doi.org/10.1177/1010539515624964> » <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/1010539515624964>
- 3 Walters DD, Phan LT, Mathisen R. The cost of not breastfeeding: global results from a new tool. *Health Policy Plan*. 2019; 34:407-17. <https://doi.org/10.1093/heapol/czz050> » <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/heapol/czz050>
- 4 Redigolo RLP; Silva SS; Dutra-de-Oliveira JE; Silva MAI; Nogueira-de-Almeida CA. Perfil de crianças atendidas em programa de fornecimento de fórmulas infantis. *International Journal of Nutrology* 2017. 10 (3): 81-90
- 5 Wilson E; Bonamy AKE; Bonet M; Toome L; Rodrigues C; Howell EA; Cuttini M; Zeitlin J. Room for improvement in breast milk feeding after very preterm birth in Europe: Results from the EPICE cohort. *Maternal & Child Nutrition*. 2018, Jan, v. 14(1)
- 6 Méio MDBB, Villela LD, Júnior G, Tovar CM, Moreira MEL. Amamentação em lactentes nascidos pré-termo após alta hospitalar: acompanhamento durante o primeiro ano de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2018; 23: 2403-2412
- 7 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Educação Permanente como ferramenta estratégica de gestão de pessoas – Experiências exitosas da cooperação entre a Secretaria-Executiva

do Ministério da Saúde e a Fundação Oswaldo Cruz / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

8 Costa DAC, Cabral KB, Teixeira CC, Rosa RR, Mendes JLL, Cabral FD. Enfermagem e a Educação em Saúde. Rev Cient Esc Estadual Saúde Pública Goiás “Candido Santiago”. 2020;6(3):e6000012.

9 ROSSETTO, EG. ZANI, A.V. PERDIGÃO GM, LAGO, MTG. Manejo do aleitamento materno para o recém-nascido pré-termo. In: Associação Brasileira de Enfermagem, Associação Brasileira de Obstetizas e Enfermeiros Obstetras; MORAIS SCRIV, SOUZA KV, DUARTE ED. Organizadoras PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: Saúde Materna e Neonatal: Ciclo 10. Porto Alegre: Artmed Panamerica; 2018. P.75-103. (Sistema de Educação Continuada a Distância; v.1).

10 Souza AC, Alexandre NMC, Guirardello EB. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]. 2017 Set [citado 2021 Mar 20]; 26(3): 649-659. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742017000300649&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000300022>.

11 Massaroli, Aline et al. MÉTODO DELPHI COMO REFERENCIAL METODOLÓGICO PARA A PESQUISA EM ENFERMAGEM1 1 Artigo extraído da tese - O ensino do controle de infecções nos cursos de graduação em enfermagem no Brasil, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), em 2016. Texto & Contexto - Enfermagem [online]. 2017, v. 26, n. 4 [Acessado 25 Março 2020], e1110017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0104-07072017001110017>>. Epub 08 Jan 2018. ISSN 1980-265X. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001110017>.

12 Bezerril MS, Costa MEG, Ayllón FS, Oliveira ACS, Feijão AR, Santos VEP. Teaching the Nursing Process according to *YouTube* videos: a descriptive-exploratory study. Online Braz J Nurs [Internet]. 2021 [cited year month day]; 20:e20216478. Available from: <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20216478>

13 Santos BS, Macêdo TS, Araújo DV, Neto NMG, Barros LM, Frota NM. Efetividade de vídeo educativo sobre punção venosa periférica para acadêmicos de enfermagem lusófonos. Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2021; 29:e53215 DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2021.53215>

14 Luz RT, Trindade TBS, Lima DS, Climaco LCC, Ferraz IS, Teixeira SCR, et al. Importância da presença de familiares durante o internamento neonatal. Rev enferm UFPE on line. 2019;13:e239790 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.23979014>

15 Sousa SC, Medino YMS, Benevides KGCB et al. Strengthening the link between the family and the premature newborn. Rev enferm UFPE on line., Recife, 13(2):298-306, fev., 2019. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i02a236820p298-306-2019>

16 ALMEIDA, Cinthia Reis et al. Cotidiano de mães acompanhantes na unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, [S.l.], v. 12, n. 7, p. 1949-1956, jul. 2018. ISSN 1981-8963. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/22640/29478>>. Acesso em: 27 abr. 2020. doi:<https://doi.org/10.5205/1981-8963.2018.22640>.

17 Perissé, Bárbara Taís; Braga, Elzeni dos Santos; Perissé, Luísa; Marta, Cristiano Bertolossi. Dificuldades maternas relatadas acerca da amamentação de recém nascidos prematuros: revisão integrativa. *Nursing (São Paulo)*; 22(257): 3239-3248, out.2019. Artigo em Português | LILACS, BDENF - Enfermagem | ID: biblio-1026162.

18 Negreiros, Francisca Diana da Silva et al. Digital technologies in the care of people with diabetes during the COVID-19 pandemic: a scoping review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [online]. 2021, v. 55 [Acessado 27 Março 2022] , e20210295. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0295>>. Epub 24 Nov 2021. ISSN 1980-220X. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0295>.

*Imagine uma nova história para
sua vida e acredite nela.*

(Paulo Coelho)

CONCLUSÃO

7 CONCLUSÃO

O presente trabalho trouxe uma inovação que pode contribuir valiosamente para a sistematização de um cuidado tão complexo que é o manejo do AM no RNPT na prática clínica. Apresenta um fluxograma e seu Manual Operacional que orienta sistematicamente as tomadas de decisões pelos profissionais de saúde levando a condutas padronizadas na realização do manejo clínico, com potencial para aprimoramento da qualidade assistencial.

O fluxograma apresenta-se de forma muito prática, com os passos que auxiliam a equipe a lidar com o AM e com o RNPT. Possibilita conduzir ações de avaliação, diagnóstico e tomada de decisão referente ao manejo clínico do AM para o RNPT respaldado em diretrizes clínicas baseadas em evidências. Deve ainda ser validado em situações de dificuldade para o manejo do AM com bebês a termo.

Dessa forma, entende-se que o efeito do fluxograma desenvolvido possa ser usado pelos profissionais de saúde para auxiliar a equipe a realizar o manejo clínico adequado do AM com o RNPT de forma sistemática, com potencial para aprimorar a assistência e incentivo a prática da amamentação de maneira precoce.

*A ciência nunca resolve um
problema sem criar pelo menos
outros dez.*

(George Bernard Shaw)

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- ABREU, M. Q. S.; DUARTE, E. D.; DITZ, E. D. S. Construção do apego entre o binômio mãe e bebê pré-termo mediado pelo posicionamento canguru. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, vol. 10, no. 0, 31 Dec. 2020. DOI 10.19175/recom.v10i0.3955. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/3955>. Acessado em: 7 Apr. 2021.
- ALMEIDA, C. R.; LIMA, K. D. F.; SILVA, A. C. O. C.; MORAIS, A. C. Cotidiano de mães acompanhantes na unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, vol. 12, no. 7, p. 1949, 3 Jul. 2018. DOI 10.5205/1981-8963.2018.22640. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/22640>. Acessado em: 27 Apr. 2020.
- AMANDO, A. R.; TAVARES, A. K.; OLIVEIRA, A. K. P.; FERNANDES, F. E. C. V.; SENA, C. R. S.; MELO, R. A. Percepção de mães sobre o processo de amamentação de recém-nascidos prematuros na unidade neonatal. **Revista Baiana de Enfermagem**, vol. 30, no. 4, p. 1–11, 21 Dec. 2016. DOI 10.18471/rbe.v30i4.17134. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/17134>. Acessado em: 15 Aug. 2021.
- ARNS-NEUMANN, C.; FERREIRA, T. K.; CAT, M. N. L.; MARTINS, M. Aleitamento materno em prematuros: prevalência e fatores associados à interrupção precoce. **Jornal Paranaense de Pediatria**, vol. 21, no. 1, p. 18–24, 2020. DOI 10.5935/1676-0166.20200005. Disponível em: <http://www.jornaldepediatria.org.br/details/9/pt-BR/aleitamento-materno-em-prematuros--prevalencia-e-fatores-associados-a-interrupcao-precoce>. Acessado em: 25 Jan. 2021.
- BEZERRIL, M. S.; COSTA, M. E. G.; AYLLÓN, F. S.; OLIVEIRA, A. C. S.; FEIJÃO, A. R.; SANTOS, V. E. P. Teaching the Nursing Process according to YouTube videos: A descriptive-exploratory study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, vol. 20, p. 1–12, 18 Aug. 2021. DOI 10.17665/1676-4285.20216478. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/6478/html-en>. Acessado em: 11 Feb. 2021.
- BIAU, D. J.; JOLLES, B. M.; PORCHER, R. P value and the theory of hypothesis testing: an explanation for new researchers. **Clinical orthopaedics and related research**, vol. 468, no. 3, p. 885–892, 2010. DOI 10.1007/S11999-009-1164-4. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19921345/>. Acessado em: 7 Oct. 2021.
- BINNS, C.; LEE, M.; LOW, W. Y. The Long-Term Public Health Benefits of Breastfeeding. **Asia-Pacific journal of public health**, vol. 28, no. 1, p. 7–14, 1 Jan. 2016. DOI 10.1177/1010539515624964. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26792873/>. Acessado em: 20 Aug. 2020.
- BOCCOLINI, C. S.; CARVALHO, M. L. de; OLIVEIRA, M. I. C. de; PÉREZ-ESCAMILLA, R. Breastfeeding during the first hour of life and neonatal mortality. **Jornal de Pediatria**, vol. 89, no. 2, p. 131–136, 2013. DOI 10.1016/J.JPED.2013.03.005. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/jped/a/3wWtc8cZqvHt3LpSmkW3fLP/?lang=en>. Acessado em: 15 Aug. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. A implementação de diretrizes clínicas na atenção à saúde: experiências internacionais e o caso da saúde suplementar no Brasil. Brasília: Organização-Pan Americana de Saúde, 2009. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/ProdEditorialANS_A_implementacao_de_diretrizes_clinicas.pdf. Acesso em: 10 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_recem_nascido_canguru.pdf. Acesso em: 08 mai. 2018.

BROWNER, W. S.; NEWMAN, T. B.; HULLEY, S. Preparando-se para estimar o tamanho de amostra: hipóteses e princípios básicos. *In*: HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S. R.; BROWNER, W. S.; GRADY, D. G.; NEWMAN, T. B. (eds.). **Delineando a pesquisa clínica**. 4ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015. p. 46–58.

CAMINHA, M. F. C.; CRUZ, R. S. B. L. C.; ACIOLY, V. M. C.; NASCIMENTO, R. R.; AZEVEDO, P. T. Á. C. C.; LIRA, P. I. C.; BATISTA FILHO, M. Fatores de risco para a não amamentação: um estudo caso-controle. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, vol. 15, no. 2, p. 193–199, 31 Jul. 2015. DOI 10.1590/S1519-38292015000200005. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rbsmi/a/HdTxxQFLqRsfkgsfRyLvwMP/abstract/?lang=pt>. Acessado em: 29 Mar. 2020.

CASPER, C.; SARAPUK, I.; PAVLYSHYN, H. Regular and prolonged skin-to-skin contact improves short-term outcomes for very preterm infants: A dose-dependent intervention. **Archives de Pediatrie**, vol. 25, no. 8, p. 469–475, 1 Nov. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/J.ARCPED.2018.09.008>.

CAVALCANTE, S. E. A.; OLIVEIRA, S. I. M.; SILVA, R. K. C.; SOUSA, C. P. C.; LIMA, J. V. H.; SOUZA, N. L. Habilidades de recém-nascidos prematuros para início da alimentação oral. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, vol. 19, 26 Sep. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20181932956>.

COCA, K. P.; PINTO, V. L.; WESTPHAL, F.; MANIA, P. N. A.; DE VILHENA ABRÃO, A. C. F. Bundle of measures to support intrahospital exclusive breastfeeding: evidence of systematic reviews. **Revista Paulista de Pediatria**, vol. 36, no. 2, p. 214, 1 Apr. 2018. DOI 10.1590/1984-0462/2018;36;2;00002. Disponível em: [/pmc/articles/PMC6038790/](http://pmc/articles/PMC6038790/). Acessado em: 28 Aug. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Código de ética dos profissionais de enfermagem. Resolução Cofen 311/2007. Brasília, 2007. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/resolucao_311_anexo.pdf.

CORINTIO, M. N. **Manual de Aleitamento Materno**. 3ª ed. São Paulo: : Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2015.

COSTA, D. A.; CABRAL, K. B.; TEIXEIRA, C. C.; ROSA, R. R.; MENDES, J. L. L.; CABRAL, F. D. Enfermagem e a educação em saúde. **Rev. Cient. Esc. Estadual**

Saúde Pública de Goiás Cândido Santiago, vol. 6, no. 3, p. 6000012, 2020.

Disponível em:

<http://www.revista.esap.go.gov.br/index.php/resap/article/view/234/90%0Ahttp://fi-admin.bvsalud.org/document/view/nt33e>. Acessado em: 1 May 2021.

COUTINHO, E. S. F.; CUNHA, G. M.. Basic concepts in epidemiology and statistics for reading controlled clinical trials. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, vol. 27, no. 2, p. 146–151, 2005. DOI 10.1590/s1516-44462005000200015. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rbp/a/7G7GSZzCRgcPx8rkTjjmQmp/?lang=pt>. Acessado em: 17 Mar. 2020.

DANCEY, C. P.; REIDY, J. G.; ROWE, R. **Estatística sem matemática para as ciências da saúde**. Porto Alegre: Penso, 2017.

DEFILIPO, É. C.; CHAGAS, P. S. C.; NOGUEIRA, C. C. L.; ANANIAS, G. P.; SILVA, A. J.. Kangaroo position: Immediate effects on the physiological variables of preterm and low birth weight newborns. **Fisioterapia em Movimento**, vol. 30, no. suppl 1, p. 219–227, 2017. DOI 10.1590/1980-5918.030.S01.AO21. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/fm/a/s33GhbLgGbG8LG4nRzRwm4s/?lang=en>. Acessado em: 29 Jul. 2021.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, FEBRASCO. **Série orientações e recomendações FEBRASCO - Nº6 - Amamentação**. São Paulo: [s. n.], 2018.

FERREIRA, J. C.; PATINO, C. M. Tipos de desfecho em pesquisa clínica. **J Bras Pneumol**, vol. 43, no. 1, p. 5–5, 2017. DOI 10.1590/S1806-37562017000000021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37562017000000021>. Acessado em: 1 May 2022.

GADDIS, G. M.; GADDIS, M. L. Introduction to biostatistics: Part 3, Sensitivity, specificity, predictive value, and hypothesis testing. **Annals of emergency medicine**, vol. 19, no. 5, p. 591–597, 1990. DOI 10.1016/S0196-0644(05)82198-5. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2331107/>. Acessado em: 1 May 2022.

GUSMÃO, R. O. M.; ARAÚJO, D. D.; MACIEL, A. P. F.; SOARES, J. B. A.; SOARES, J. B. A.; JUNIOR, R. F. S. Sentimentos e emoções de mães de prematuros de uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, vol. 11, no. 0, 31 Dec. 2021. DOI 10.19175/recom.v11i0.4183. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/4183>. Acessado em: 16 Dec. 2021.

JACKSON, B. N.; KELLY, B. N.; MCCANN, C. M.; PURDY, S. C. Predictors of the time to attain full oral feeding in late preterm infants. **Acta Paediatrica**, vol. 105, no. 1, p. e1–e6, 1 Jan. 2016. DOI 10.1111/APA.13227. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/apa.13227>. Acessado em: 29 Mar. 2020.

JAYARAMAN, D.; MUKHOPADHYAY, K.; BHALLA, A. K.; DHALIWAL, L. K. Randomized Controlled Trial on Effect of Intermittent Early Versus Late Kangaroo Mother Care on Human Milk Feeding in Low-Birth-Weight Neonates. **Journal of Human Lactation**, vol. 33, no. 3, p. 533–539, 1 Aug. 2017. DOI 10.1177/0890334416685072. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0890334416685072?url_ver=Z39.88-

2003&rfr_id=ori%3Arid%3Aacrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed. Acessado em: 2 Mar. 2021.

JONES, H.; SANTAMARIA, N. An Observational Cohort Study Examining the Effect of the Duration of Skin-to-Skin Contact on the Physiological Parameters of the Neonate in a Neonatal Intensive Special Care Unit. **Advances in Neonatal Care**, vol. 18, no. 3, p. 208–214, 1 Jun. 2018. DOI 10.1097/ANC.0000000000000485. Disponível em: https://journals.lww.com/advancesinneonatalcare/Fulltext/2018/06000/An_Observational_Cohort_Study_Examining_the_Effect.8.aspx. Acessado em: 21 May 2021.

LACERDA, M. R.; RIBEIRO, R. P.; COSTENARO, R. G. S. **Metodologias da pesquisa para enfermagem e saúde da teoria à prática Vol II**. Porto Alegre: Moriá, 2018.

LIMA, S. E. S.; MAIA, R. S.; TORRES, H. T. M.; MACÊDO, M. G. M.; MAIA, E. M. C. Maternidade Prematura: A Experiência de Mães de Neonatos Internados na UTI Neonatal. **ID on line. Revista de psicologia**, vol. 15, no. 55, p. 433–448, 31 May 2021. DOI 10.14295/IDONLINE.V15I55.3084. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/3084>. Acessado em: 12 Feb. 2022.

LUZ, L. S.; MINAMISAVA, R.; SCOCHI, C. G. S.; SALGE, A. K. M.; RIBEIRO, L. M.; CASTRAL, T. C. Fatores preditivos da interrupção de aleitamento materno exclusivo em prematuros: coorte prospectiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 71, no. 6, p. 2876–2882, 1 Nov. 2018. DOI 10.1590/0034-7167-2017-0762. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/reben/a/hGL5rqtRZMmDHXwNC8P47FS/abstract/?lang=pt>. Acessado em: 18 Jul. 2021.

MARTINS, M. S.; MATOS, E.; SALUM, N. C. Rotatividade dos trabalhadores de enfermagem em uma unidade de emergência adulto. **Texto & Contexto - Enfermagem**, vol. 28, 14 Feb. 2019. DOI 10.1590/1980-265X-TCE-2016-0069. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/tce/a/SzThB3gMPvhkndySCYqfBVN/?lang=pt>. Acessado em: 24 Aug. 2021.

MARTINS, P. R.; FONSECA, L. F.; ROSSETTO, E. G.; MARTINS, P. R.; FONSECA, L. F.; ROSSETTO, E. G. Developing and validating the Perioperative Thirst Discomfort Scale. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, vol. 51, no. 0, 2017. DOI 10.1590/s1980-220x2016029003240. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100436&lng=en&tlng=en. Acessado em: 25 Jul. 2018.

MASSAROLI, A.; MARTINI, J. G.; LINO, M. M.; SPENASSATO, D.; MASSAROLI, R. Método Delphi como referencial metodológico para a pesquisa em enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, vol. 26, no. 4, p. 1110017, 8 Jan. 2018. DOI 10.1590/0104-07072017001110017. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/tce/a/7Q7Xg6BBXBtXgmvxyYtjNTG/abstract/?lang=pt>. Acessado em: 4 Mar. 2020.

MÉIO, M. D. B. B.; VILLELA, L. D.; GOMES JÚNIOR, S. C. S.; TOVAR, C. M.; MOREIRA, M. E. L. Amamentação em lactentes nascidos pré-termo após alta hospitalar: acompanhamento durante o primeiro ano de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 23, no. 7, p. 2403–2412, 1 Jul. 2018. DOI 10.1590/1413-81232018237.15742016. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csc/a/P7WYKwv4pkLjnrQGrRZPKgc/?lang=pt>. Acessado em: 15

Mar. 2021.

MOHER, D.; HOPEWELL, S.; SCHULZ, K. F.; MONTORI, V.; GØTZSCHE, P. C.; DEVEREAUX, P. J.; ELBOURNE, D.; EGGER, M.; ALTMAN, D. G. CONSORT 2010 Explanation and Elaboration: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. **BMJ**, vol. 340, p. 869, 24 Mar. 2010. DOI 10.1136/BMJ.C869. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/340/bmj.c869>. Acessado em: 5 Aug. 2021.

MONTEIRO, A. T. A. **Avaliação da efetividade da iniciativa hospital amigo da criança para unidades neonatais**. 2016. 119 f. Universidade Estadual de Londrina, 2016. Disponível em: http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UEL_fb015e3a0136f215c4a2ee92c6eb2a9d.

NANDA INTERNATIONAL, I. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: Definições e Classificação - 2018/2020**. [S. l.: s. n.], 2018.

NEGREIROS, F. D. S.; ARAÚJO, A. L.; MATTOS, S. M.; MOREIRA, T. R.; CESTARI, V. R. F.; SILVA, L. M. S.; MOREIRA, T. M. M. Digital technologies in the care of people with diabetes during the COVID-19 pandemic: a scoping review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, vol. 55, 24 Nov. 2021. DOI 10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0295. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/reeusp/a/THvWQYJGLnCXrBYZvsYrVgP/abstract/?lang=en>. Acessado em: 27 Mar. 2022.

NYQVIST, K. H. Early attainment of breastfeeding competence in very preterm infants. **Acta Pædiatrica**, vol. 97, no. 6, p. 776–781, 1 Jun. 2008. DOI 10.1111/J.1651-2227.2008.00810.X. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1651-2227.2008.00810.x>. Acessado em: 21 Jul. 2021.

NYQVIST, K. H.; KYLBERG, E.; HANSEN, M. N.; HÄGGKVIST, A.-P.; MAASTRUP, R.; FRANDSEN, A. L.; HANNULA, L.; EZEONODO, A.; HAIEK, L. N. **Neo-BFHI: The Baby-friendly Hospital Initiative for Neonatal Wards. Core document with recommended standards and criteria**. Raleigh: Nordic and Quebec Working Group, 2015. Disponível em: http://epilegothilasmogr/wp-content/uploads/2017/04/Neo_BFHI_Core_document_2015_Edition.pdf.

OLIVEIRA, M. A. P.; PARENTE, R. C. M. Entendendo Ensaios Clínicos Randomizados. **Bras. J. Video-Sur**, vol. 4, p. 176–180, 2010. .

PAGANO, M.; GAUVREAU, K. **Princípios de Bioestatística**. São Paulo: Cengage Learning, 2004.

PARKER, L. A.; SULLIVAN, S.; KRUEGER, C.; MUELLER, M. Association of Timing of Initiation of Breastmilk Expression on Milk Volume and Timing of Lactogenesis Stage II Among Mothers of Very Low-Birth-Weight Infants. **Breastfeeding Medicine**, vol. 10, no. 2, p. 84, 1 Mar. 2015. DOI 10.1089/BFM.2014.0089. Disponível em: </pmc/articles/PMC4352698/>. Acessado em: 19 Apr. 2020.

PATEL, A. L.; SCHOENY, M. E.; HOBAN, R.; JOHNSON, T. J.; BIGGER, H.; ENGSTROM, J. L.; FLEURANT, E.; RILEY, B.; MEIER, P. P. Mediators of racial and ethnic disparity in mother's own milk feeding in very low birth weight infants. **Pediatric**

research, vol. 85, no. 5, p. 662–670, 1 Apr. 2019. DOI 10.1038/S41390-019-0290-2. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30679795/>. Acessado em: 12 Mar. 2021.

PERISSÉ, B. T.; BRAGA, E. dos S.; PERISSÉ, L.; MARTA, C. B. Dificuldades maternas relatadas acerca da amamentação de recém nascidos prematuros: revisão integrativa. **Nursing (São Paulo)**, vol. 22, no. 257, p. 3239–3948, 1 Oct. 2019. DOI 10.36489/nursing.2019v22i257p3239-3948. Disponível em: <http://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/443>. Acessado em: 21 Jul. 2021.

PIMENTA, C. A. M.; PASTANA, I. C. A. S. S.; SICHIERI, K.; SOLHA, R. K. T.; SOUZA, W. **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem**. São Paulo: COREN-SP, 2015. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/Guia-para-Construção-de-Protocolos-Assistenciais-de-Enfermagem.pdf>.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PROTECTING, PROMOTING AND SUPPORTING BREASTFEEDING: THE BABY-FRIENDLY HOSPITAL INITIATIVE FOR SMALL, SICK AND PRETERM NEWBORNS. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2020.

REDIGOLO, L. R. P.; SILVA, S. S.; DUTRA-DE-OLIVEIRA, J. E.; SILVA, M. A. I.; NOGUEIRA-DE-ALMEIDA, C. A. Perfil de crianças atendidas em programa de fornecimento de fórmulas infantis. **International Journal of Nutrology**, vol. 10, no. 03, p. 081–090, May 2017. <https://doi.org/10.1055/S-0040-1705294>.

RIBEIRO, F. G. S. M. Protocolo para transição da alimentação para via oral em prematuros. In: FURKIM, A. M.; ALONSO, K. R. (eds.). **Disfagias nas unidades de terapia intensiva**. São Paulo: Roca, 2014. p. 189–99.

RODRIGUES, A. P.; MARTINS, E. L.; TROJAHN, T. C.; PADOIN, S. M. M.; PAULA, C. C. de; TRONCO, C. S. Manutenção do aleitamento materno de recém-nascidos pré-termo: revisão integrativa da literatura. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, vol. 15, no. 1, 31 Mar. 2013. <https://doi.org/10.5216/REE.V15I1.17067>.

RODRIGUES, C.; TEIXEIRA, R.; FONSECA, M. J.; ZEITLIN, J.; BARROS, H.; COUTO, A. S.; LOPES, A.; ALMEIDA, A.; PORTELA, A.; BOAS, A. V.; PEREIRA, A.; AROSO, A.; BERDEJA, A.; BETTENCOURT, A.; CAMPOS, A.; SANTOS, A. C.; MACHADO, A. I.; ANDRADE, A. M.; BENTO, A. M.; ... NUNES, Z. Prevalence and duration of breast milk feeding in very preterm infants: A 3-year follow-up study and a systematic literature review. **Paediatric and Perinatal Epidemiology**, vol. 32, no. 3, p. 237–246, 1 May 2018. DOI 10.1111/PPE.12457. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ppe.12457>. Acessado em: 7 Mar. 2020.

ROLLINS, N. C.; LUTTER, C. K.; BHANDARI, N.; HAJEEDHOY, N.; HORTON, S.; MARTINES, J. C.; PIWOZ, E. G.; RICHTER, L. M.; VICTORA, C. G. Por que investir e o que será necessário para melhorar as práticas de amamentação? **Epidemiol. Serv. Saúde**, 2016. Disponível em: <http://www>. Acessado em: 10 Jun. 2020.

ROSSETTO, E.; ZANI, A.; PERDIGÃO, G.; LAGO, M. Manejo do aleitamento materno para o recém-nascido pré-termo. *In*: MORAIS, S.; SOUZA, K.; DUARTE, E. (eds.). **Associação Brasileira de Enfermagem, Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras**. PROENF Pro. Porto Alegre: Artmed Panameriaca, 2018. p. 75–103.

SANCHES, M. T. C.; BUCCINI, G. S.; GIMENO, S. G. A.; ROSA, T. E. C.; BONAMIGO, A. W. Factors associated with interruption of exclusive breastfeeding in low birth weight infants receiving primary care. **Cadernos de saúde pública**, vol. 27, no. 5, p. 953–965, May 2011. DOI 10.1590/S0102-311X2011000500013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21655846/>. Acessado em: 18 May 2020.

SANTANA, M. D. C.; SILVEIRA, B.; SANTOS, I.; MASCARENHAS, M.; DIAS, E. Métodos Alternativos de Alimentação do Recém-Nascido Prematuro: Considerações e Relato de Experiência. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, vol. 20, no. 2, p. 157–162, 2016. <https://doi.org/10.4034/RBCS.2016.20.02.10>.

SANTOS, B. S.; MACÊDO, T. S.; ARAÚJO, D. V.; NETO, N. M. G.; BARROS, L. M.; FROTA, N. M. Efetividade de vídeo educativo sobre punção venosa periférica para acadêmicos de enfermagem lusófonos. **Revista Enfermagem UERJ**, vol. 29, no. 1, p. 53215, 17 Feb. 2021. DOI 10.12957/REUERJ.2021.53215. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/53215>. Acessado em: 20 Jan. 2022.

SASSÁ, A. H.; LOPES, C. G.; BENGZOZI, T. M.; ROSSETTO, E. G.; DE SOUZA, S. N. D. H.; DALMAS, J. C. Prevalence of breastfeeding in premature infants with very low birth weight in the first six months of life. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, vol. 35, no. 2, p. 151–159, 14 Jun. 2013. DOI 10.4025/actascihealthsci.v35i2.11805. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/11805>. Acessado em: 10 May 2020.

SILVA, C. S. G.; LISBOA, S. D.; SANTOS, L. M.; CARVALHO, E. S. S.; PASSOS, S. S. S.; SANTOS, S. S. B. S. Development and validation of the content and appearance of the “peripheral venous cannulation for families booklet.” **Revista Cuidarte**, vol. 10, no. 3, 13 Sep. 2019. DOI 10.15649/CUIDARTE.V10I3.830. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732019000300208&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acessado em: 14 Apr. 2020.

SILVA, L. M.; TAVARES, L. A. M.; GOMES, C. F. Dificuldades na amamentação de lactentes prematuros. **Distúrb Comun**, vol. 26, no. 1, p. 50–59, 2014. .

SMITH, E. R.; HURT, L.; CHOWDHURY, R.; SINHA, B.; FAWZI, W.; EDMOND, K. M. Delayed breastfeeding initiation and infant survival: A systematic review and meta-analysis. **PLOS ONE**, vol. 12, no. 7, p. e0180722, 1 Jul. 2017. DOI 10.1371/JOURNAL.PONE.0180722. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0180722>. Acessado em: 20 Mar. 2020.

SMITH, E. R.; LOCKS, L. M.; MANJI, K. P.; MCDONALD, C. M.; KUPKA, R.; KISENGE, R.; ABOUD, S.; FAWZI, W. W.; DUGGAN, C. P. Delayed Breastfeeding Initiation is Associated with Infant Morbidity. **The Journal of pediatrics**, vol. 191, p. 57, 1 Dec. 2017. DOI 10.1016/J.JPEDI.2017.08.069. Disponível em: </pmc/articles/PMC8011584/>. Acessado em: 20 Mar. 2020.

SOUZA, A. C.; ALEXANDRE, N. M. C.; GUIRARDELLO, E. B. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, vol. 26, no. 3, p. 649–659, 1 Jul. 2017. DOI 10.5123/S1679-49742017000300022. Disponível em:

<http://www.scielo.br/j/ress/a/v5hs6c54VrhmjvN7yGcYb7b/abstract/?lang=pt>. Acessado em: 1 Jun. 2020.

VICTORA, C. G.; BAHL, R.; BARROS, A. J. D.; FRANÇA, G. V. A.; HORTON, S.; KRASEVEC, J.; MURCH, S.; SANKAR, M. J.; WALKER, N.; ROLLINS, N. C.; ALLEN, K.; DHARMAGE, S.; LODGE, C.; PERES, K. G.; BHANDARI, N.; CHOWDHURY, R.; SINHA, B.; TANEJA, S.; GIUGLIANI, E.; ... RICHTER, L. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **The Lancet**, vol. 387, no. 10017, p. 475–490, 30 Jan. 2016. DOI 10.1016/S0140-6736(15)01024-7. Disponível em: <http://www.thelancet.com/article/S0140673615010247/fulltext>. Acessado em: 1 May 2022.

VIEIRA, S. **Bioestatística: tópicos avançados**. 4ª ed. [S. l.]: Elsevier, 2018.

WALTERS, D. D.; PHAN, L. T. H.; MATHISEN, R. The cost of not breastfeeding: global results from a new tool. **Health policy and planning**, vol. 34, no. 6, p. 407–417, 1 Jul. 2019. DOI 10.1093/HEAPOL/CZZ050. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31236559/>. Acessado em: 14 Jul. 2020.

WANG, D.; BAKHAI, A. **Clinical Trials: A Practical Guide to Design, Analysis, and Reporting**. Londres: REMEDICA, 2005.

WHITE-TRAUT, R.; PHAM, T.; RANKIN, K.; NORR, K.; SHAPIRO, N.; YODER, J. Exploring Factors Related to Oral Feeding Progression in Premature Infants.

Advances in neonatal care : official journal of the National Association of Neonatal Nurses, vol. 13, no. 4, p. 288, Aug. 2013. DOI 10.1097/ANC.0B013E31829D8C5A. Disponível em: </pmc/articles/PMC3804245/>. Acessado em: 15 Jan. 2020.

WILSON, E.; BONAMY, A.-K. E.; BONET, M.; LIIS TOOME, |; RODRIGUES, C.; HOWELL, E. A.; CUTTINI, M.; ZEITLIN, J. Room for improvement in breast milk feeding after very preterm birth in Europe: Results from the EPICE cohort. **Matern Child Nutr**, , p. 14, 2018. <https://doi.org/10.1111/mcn.12485>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Implementation guidance - protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-Friendly Hospital Initiative**. Geneva: World Health Organization, 2018. Disponível em:

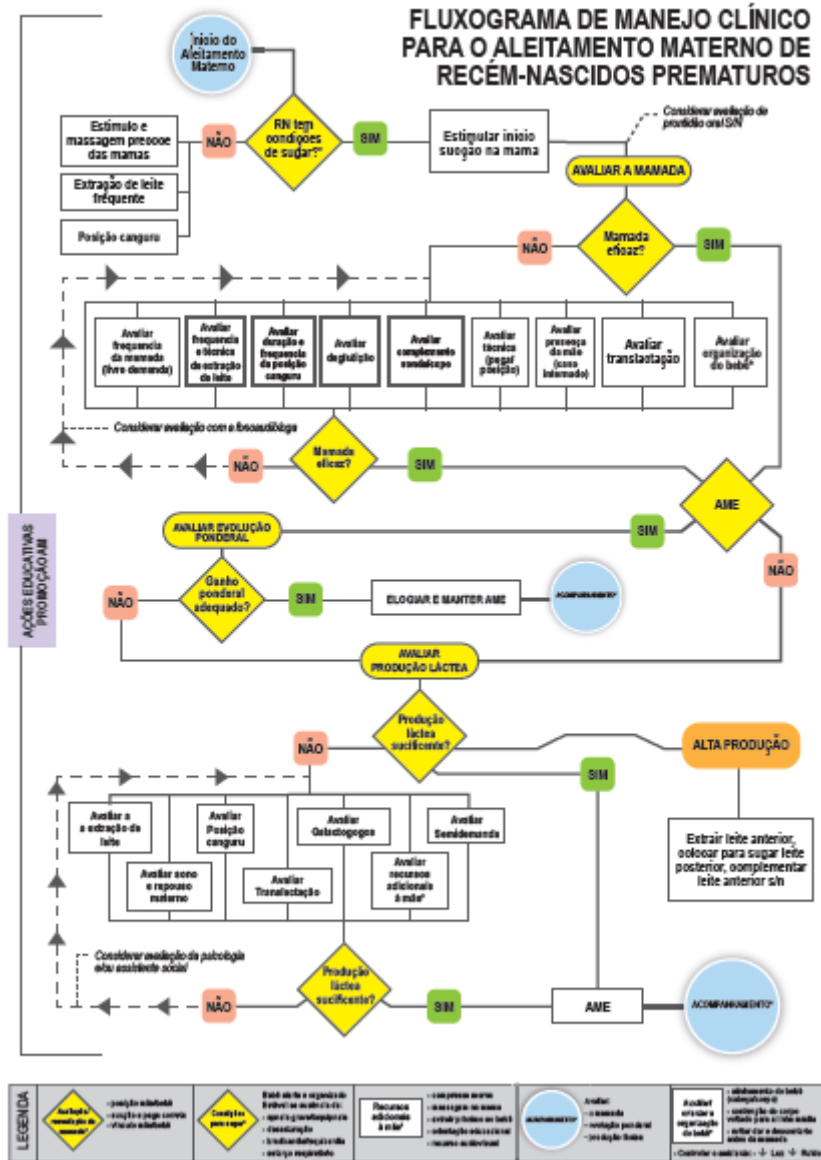
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272943/9789241513807-eng.pdf?sequence=19&isAllowed=y>.

A persistência é o menor caminho do êxito.

(Charles Chaplin)

APÊNDICES

APÊNDICE A - Fluxograma de Manejo Clínico para o Aleitamento Materno de Recém-Nascidos Prematuros



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



Orientações gerais referente ao uso do fluxograma

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

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

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

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

O objetivo deste manual operacional é fornecer informações e fundamentações necessárias para embasar o uso do fluxograma em um referencial teórico atualizado.

Introdução

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

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

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

O aleitamento materno oferece algumas vantagens para esse bebê, pois suas propriedades nutritivas e imunológicas favorecem a proteção contra alergias, aumenta a tolerância alimentar, produz menos resíduo e constipação

intestinal, reduz significativamente a morbidade respiratória e gastrointestinal e o imensurável benefício do aumento de vínculo mãe-bebê (WHO, 2017).

O Ministério da Saúde recomenda o aleitamento materno exclusivo (AME) até o sexto mês de vida do bebê, não havendo necessidade de complementação para recém-nascido a termo e iniciar o quando possível para o RNPT (WHO, 2017).

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

Para tanto, é preciso que os profissionais de saúde saibam reconhecer e auxiliar a mãe do prematuro quanto à pega correta, posição da mãe e do bebê, identificar os cuidados necessários para a manutenção da produção láctea e auxiliar no vínculo entre o binômio, com a finalidade de promover o estabelecimento e manutenção do aleitamento materno. (SILVA, TAVARES, GOMES, 2014).

Muitos profissionais abordam a importância do aleitamento materno, porém não utilizam protocolos padronizados para avaliar e tomar decisões oportunamente. Por esses motivos, o fluxograma de manejo clínico em aleitamento materno para o prematuro norteado por diretrizes clínicas baseadas em evidências pode auxiliar a equipe no manejo adequado da amamentação como um processo que deve ser iniciado o mais precoce possível. E levar maior segurança e confiança às mães desses bebês e consequente aumentar os indicadores de aleitamento materno exclusivo.

Bibliografia consultada

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

GUIDELINE: **protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services**. Geneva: World Health Organization; 2017

UEMA, R. T. B. et al. Insucesso na amamentação do prematuro: alegações da equipe. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 36, n. 1, p. 199-208, 2015. Suplemento 1.

SILVA L. M.; TAVARES, L. A. M.; GOMES, C. F. Dificuldades na amamentação de lactentes prematuros. *Distúrbios da Comunicação, São Paulo*, v. 26, n. 1, p. 50-59, 2014.

1. Indicador: RN tem condições de sugar

Descritor: Início da sucção no peito

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

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

Recomenda-se que para o início do estímulo à sucção, deve-se considerar alguns aspectos importantes, tais como: a estabilidade cardiorrespiratória (NYQVIST, 2008) e clínica, independente da **IG ou peso**; o vínculo entre mãe e bebê e o posicionamento adequado de ambos.

Fujinaga (2008) elaborou e validou um instrumento com o objetivo de avaliar a prontidão do prematuro para o início seguro da alimentação oral (Figura 1). Este instrumento avalia cinco categorias: idade gestacional corrigida, estado de organização comportamental, postura oral, reflexos orais e sucção não nutritiva. Cada uma constituída por itens com variação de desempenho com escores de 0 a 2 perfazendo uma somatória que pode variar de 0 a 36.

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

Identificação

Nome: _____

Nº Pront: _____

Data: ____/____/____

DN: ____/____/____

Horário: _____

Idade pós-natal: _____

Idade corrigida: _____

Idade gestacional: _____

Alimentação: () S.N.G.

() S.O.G. Vol: _____

SNG = Sonda nasogástrica; SOG = Sonda orogástrica

Idade corrigida

(2) maior ou igual a 34 semanas

(1) entre 32 a 34 semanas

(0) menor ou igual a 32 semanas

Estado de organização comportamental

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

Postura oral

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

Reflexos orais

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

Sucção não-nutritiva*

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

*A duração do teste deverá ser de 1 minuto

Escore: _____

Escore máximo: 36

Figura 1 – Instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para início da alimentação oral. Fujinaga, 2008.

Para verificar a força e padrão de sucção do bebê também pode-se utilizar a translactação e a técnica *finger feeding*. A técnica *finger feeding*, consiste na fixação de uma sonda gástrica nº 4 em um dedo enluvado oferecido ao bebê que, por meio da sucção do dedo, obterá o leite que deve fluir pelo cateter permitindo que o profissional verifique o padrão de sucção do bebê e suas implicações na amamentação. Esta técnica deve ser utilizada tão somente para avaliação e não como uma estratégia de alimentação (TORRES; GOMES, 2017).

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

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

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

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

Descritor: Estratégias para organização do bebê

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

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

Descritor: Estabilidade do bebê

A estabilidade do bebê significa **ausência de sinais de insuficiência respiratória aguda, apnéia grave, dessaturações frequentes e bradicardia** (NYQKIVIST et al, 2008).

Descritor: Posição adequada / Corrigir técnica

A posição do bebê durante a amamentação deve ser cuidadosa para evitar apneia, bradicardia, ou dessaturação, especialmente para as crianças com diminuição do tônus muscular. Deve-se auxiliar o bebê a posicionar os membros superiores e inferiores em direção a linha mediana do corpo com tendência a contenção e organização da postura corporal. A hiper ou

hipoextensão dos membros ou da cabeça podem ser considerados exemplos de comportamentos que indicam sinais de estresse (FUJINAGA, 2008).

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

A posição correta para amamentar um bebê prematuro deve conter algumas características, como: **mãe e bebê devem estar confortáveis; deve haver um alinhamento do bebê com a mãe, ou seja, a cabeça e o tronco do bebê deve estar apoiada em linha reta em direção ao peito e ao abdome da mãe** (Figura 2) respectivamente; o bebê deve ser levado até o peito da mãe e não o contrário; a mãe pode apoiar com a mão a mama para oferecer para o bebê, porém sem pressionar excessivamente o mamilo e a aréola, para que o bebê possa abocanhar a aréola corretamente (Figura 3) (WHO, 2017).

Figura 1 – Posição da mãe
A mãe escolhe uma posição



Fonte: Matuhara AM et al., 2006

Figura 2 – Posição da mãe
A mãe escolhe uma posição



Fonte: Matuhara AM et al., 2006

Figura 3 – Como colocar o seio na boca da criança



Fonte: Matuhara AM et al., 2006

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

Uma opção é a posição em que a mãe fica sentada e apoia o corpo do RN no seu antebraço, segurando sua cabeça, enquanto as pernas dele ficam sob o braço materno, como se ela estivesse segurando uma bola de futebol americano (Figura 4). Outra variante à posição tradicional, chamada posição invertida, enquanto a mãe está sentada, o RN é colocado contra o seu corpo, sendo segurado com o braço oposto ao seio que está sendo oferecido, e tendo sua cabeça apoiada nas mãos maternas (Figura 5). A utilização de travesseiros para elevar o RN e apoiar os braços é indicada nos dois casos. A posição de cavaleiro, com o RN sentado sobre a perna da mãe e com o corpo de frente para o dela, permitindo que a cabeça fique em um nível pouco superior ao da mama, também é recomendada (Figura 6) (WHO, 2017).

Figura 3 – Posição invertida



Fonte: Matuhara et al., 2006

Figura 4 – Posição cavaleiro



Fonte: Matuhara et al., 2006

Bibliografia consultada

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 184 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica ; n. 23).

FUJINAGA, C.I. et al. **Validação do Conteúdo de um Instrumento para Avaliação da Prontidão do Prematuro para Início da Alimentação Oral**. Rev. Brasileira de Saúde Materno Infantil. Recife, 8 (4): 391-399, out./dez., 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292008000400004. Acesso em: 20 mar. 2017.

GUIDELINE: **protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services**. Geneva: World Health Organization; 2017

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

MATUHARA, A.M. et al. Manual para aleitamento de pré-termo. **Pediatria** (São Paulo) 2006; 28(2):81-90.

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

TORES, K.C.; GOMES, C.F. Transição da dieta: uma visão da prática fonoaudiológica. In: CARVALHO, M.R.; GOMES, C.F. *Amamentação bases científicas*. 4a.ed., Rio de Janeiro: Guanabara, 2017. cap.27, p. 393-405.

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

2. Indicador: Avaliação da mamada

Descritor: Mamada eficaz

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

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

Muitos prematuros apresentam dificuldades no desempenho das habilidades motoras orais devido à imaturidade neurológica, e por

consequência alterações na mobilidade lingual, abertura inadequada da mandíbula, vedamento labial insuficiente, diminuição das bolsas de gordura nas bochechas. Desse modo, nem sempre o bebê consegue estabelecer o ritmo e a força adequada à eficiência das mamadas nas suas primeiras experiências com o peito (BOUNDY, 2016).

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

Este formulário deverá ser aplicado na observação de mamada de RNPT de qualquer peso e IG.

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

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

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

Fonte: Silva, 2014.

O protocolo do Unicef (2009) propõe que quando o bebê for estimulado no peito, a mamada seja avaliada através de um instrumento que tem como título Avaliação da Mamada do Recém-Nascido prematuro o qual avalia as seguintes características: **pega, frequência respiratória, coloração da pele, regurgitação, padrão de sucção, estado de sono, reflexo de busca, duração da mamada, deglutição, postura do bebê e a postura da mãe.** Nesse processo, a mãe deve também ser incluída e capacitada para essa avaliação, pois é a principal cuidadora para descrever constantemente as características da mamada de seu filho.

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

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

sobrancelhas e dedos dos pés relaxados. O bebê pode ou não estar dormindo, mas os olhos geralmente estão fechados (HILL; JOHNSON, 2007).

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

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

Descritor: Posição canguru / Contato pele a pele

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

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

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

O contato pele a pele, também conhecido como “Método Canguru”, é uma proposta alternativa ao cuidado neonatal convencional para bebês de baixo peso ao nascer (BRASIL, 2011). Dentre as melhores evidências sobre os

benefícios proporcionados, está o aumento de quatro vezes a chance de AME em prematuros (HEIDARZHADEH *et al.* 2013).

Dentre os vários benefícios que o contato pele a pele pode proporcionar, estão: redução da mortalidade neonatal, da infecção grave, da hipotermia, da doença do trato respiratório inferior e do tempo de permanência hospitalar, aumenta o ganho ponderal, além de aumentar a autoestima da mãe com relação aos cuidados do seu bebê (CONDE-AGUDELO; DÍAZ-ROSSELLO, 2014). Evita a separação entre mãe e filho, dá apoio à amamentação, favorece o estabelecimento dos papéis maternos e paternos e auxilia na estabilização da criança (BOUNDY, 2016; NYQVIST *et al.*, 2001).

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

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

O contato pele a pele com prematuros clinicamente estáveis oferece um aumento estatisticamente significativo na duração do aleitamento materno até a alta hospitalar (RENFREW, *et al.* 2009).

Descritor: Translactação

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

Esse método consiste em **um recipiente contendo o leite (de preferência o da própria mãe), colocado entre as mamas e conectado ao mamilo por meio de uma sonda gástrica nº4 (Figura 8)**. O RN ao sugar recebe o suplemento e continua a estimular a mama até se sentir saciado.

Figura 8 – Técnica da translactação



Fonte: Fujinaga, 2005

Fujinaga *et al.* (2013) asseguram que a técnica de translactação é uma forma segura para administrar em torno de 05 mL. Deve-se ter como critério para interrupção, a ausência de sucção por mais de cinco minutos e/ou presença de sinais clínicos que possam interferir na estabilidade do bebê.

Bibliografia consultada

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Método canguru: diretrizes do cuidado – 1ª ed. revisada – [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017. 340 p

BROTTO LDA, Marinho NDB, Miranda IP et al. Uso de galactogogos no manejo da amamentação: revisão integrativa da literatura Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, vol. 7, núm. 1, enero-marzo, 2015, pp. 2169-2180 Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro Rio de Janeiro, Brasil

Boundy EO, Dastjerdi R, Spiegelman D, Fawzi WW, Missmer SA, Lieberman E, et al. Kangaroo Mother Care and Neonatal Outcomes: A Meta-analysis. *Pediatrics*. 2016;137(1). doi: 10.1542/peds.2015-2238.

BU'LOCK, F.; WOOLRIDGE, M. W.; BAUM, J. D. Development of co-ordination of sucking, swallowing and breathing: ultrasound study of term and preterm infants. **Developmental Medicine and Child Neurology**, Oxford, v. 33, n. 8, p. 669-678, 1990.

CARVALHO, Marcus Renato, GOMES, Cristiane F. **Amamentação: bases científicas**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

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

FUJINAGA, C. I. **Prontidão do prematuro para início da alimentação oral: Confiabilidade e Validação Clínica de um instrumento de avaliação**. 2005. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

FUJINAGA, C.I., Moraes AS, Zamberlan-Amorim NE, Castral TC, Silva AA, Scochi CGS. **Validação clínica do instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para início da alimentação oral**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* jan.-fev. 2013.

GUIDELINE: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. Geneva: World Health Organization; 2017

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.

NYQVIST, K. H. et al. Early oral behaviour in preterm infants during breastfeeding: an electromyographic study. **Acta paediatrica**, Oslo, v. 90, n. 6, p. 658-663, 2001.

Perez-Escamilla R, Martinez JL, Segura-Perez S. Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review. *Matern Child Nutr*. 2016;12(3):402-17. doi: 10.1111/mcn.12294

RENFREW, M. J. et al. Breastfeeding promotion for infants in neonatal units: a systematic review. **Child Care, Health and Development**, Oxford, v. 36, n. 2, p. 165-178, 2009.

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

SILVA, M. H. A. et al. Alimentação do bebê prematuro e de muito baixo peso ao nascer: subsídios para a assistência de enfermagem em berçário. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v. 36, n. 5, p. 286-291, 2000

SILVA L. M.; TAVARES, L. A. M.; GOMES, C. F. Dificuldades na amamentação de lactentes prematuros. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 50-59, 2014.

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

Victoria CG, Bahl R, Barros AJ, Franca GV, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016;387(10017):475-90. doi: 10.1016/S0140- 6736(15)01024-7

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

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

3. Indicador: Avaliação da evolução ponderal

Descritor: Ganho de peso adequado

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

Ainda que a amamentação esteja estabelecida, o ganho ponderal pode estar prejudicado, o que pode estar associado a alguns fatores como pega incorreta, baixa produção ou alta produção láctea (WHO, 2017).

Muitas vezes, o bebê com pega inadequada não ganha o peso esperado apesar de permanecer longo tempo no peito. Isso pode ocorrer por vários motivos, pode ser porque ele é capaz de obter o leite anterior, mas tem dificuldade de ingerir o leite posterior, mais calórico (WHO, 2017). Pode também ser por dificuldade de vedação, por pequena força de sucção para extração do leite, por pequenos volumes ingeridos seguidos de exaustão por ser pequeno e de baixo peso, por produção de leite insuficiente, entre outros.

Um protocolo americano elaborado pela Academy of Breastfeeding publicado em 2011 apresenta algumas estratégias que auxiliam no ganho de peso do prematuro, como: aumentar a frequência das mamadas (incentivar o contato pele a pele entre mãe e bebê, estimulando a liberação de ocitocina);

oferecer complemento alimentar (de preferência com leite materno extraído) após amamentar diretamente no peito e aumentar a frequência de extração manual ou elétrica (pelo menos cinco vezes ao dia obedecendo o tempo de esgotamento da mama).

Descritor: Semi-demanda

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

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

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

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

Bibliografia consultada

ACADEMY OF BREASTFEEDING MEDICINE PROTOCOL COMMITTEE. ABM Clinical Protocol # 9: use of galactogogues in initiating or augmenting the rate of maternal milk secretion (first revision January 2011). **Breastfeeding Medicine**, New

Rochelle, v. 6, n. 1, p. 41-49, 2011. Disponível em: <<http://online.liebertpub.com/doi/pdf/10.1089/bfm.2011.9998>>. Acesso em: 10 fev. 2017.

DAVANZO, R. M. D. et al. **From Tube to Breast: The Bridging Role of Semi-demand Breastfeeding.** *Journal of Human Lactation*, v. 30, n. 4, p. 405-409, 2014.

GUIDELINE: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. Geneva: World Health Organization; 2017

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

4. Indicador: Avaliação da produção láctea

Descritor: Extração de Leite

A extração (ordenha mamária) é o processo de extrair o leite das mamas, que pode ser feita manualmente ou com auxílio de ordenhadeiras manuais ou elétrica (WHO, 2017).

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

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

das seis horas, a mãe deve ser orientada a fazê-lo assim que possível, para aproveitar os picos de prolactina e ocitocina e estabelecer um bom fluxo de leite (MAASTRUP *et al.*, 2014).

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

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

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

A extração pode ser realizada **tanto manual como mecânica**. O método mais adequado de extração pode depender do tempo de nascimento do bebê e do momento individual da mãe. Além disso, independentemente do tipo de extração o mais importante é que ela ocorra o mais precoce possível. A extração manual pode ser mais adequada nos primeiros dias do nascimento, quando a descida do leite ainda está iniciando, a extração elétrica pode ser mais eficaz quando há um aumento do volume de leite (BECKER; SMITH; COONEY, 2015).

As mães devem ser orientadas quanto as práticas de higienização e antisepsia antes do momento da extração, assegurando que sua coleta aconteça de forma a manter as características químicas, físico-químicas, imunológicas e microbiológicas do leite humano (WHO, 2017).

Os cuidados que devem ser essencialmente observados na extração são os princípios da higiene e conservação, que inclui **higienizar as mãos, prender os cabelos, usar máscara se possível e armazenar o leite extraído**

em frascos de vidro esterilizado na geladeira ou refrigerador (BECKER; SMITH; COONEY, 2015). Com o objetivo de manter a conformidade do leite humano extraído e diminuir a microbiota desse leite, orienta a desprezar os primeiros jatos de leite, em torno de 0,5 a 1 ml (ANVISA, 2008).

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

Descritor: Baixa / Alta produção láctea

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

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

Não se pode deixar de citar sobre a aplicação de calor, um estudo com 39 mães de RNPT mostrou que aplicação de compressa de gel aquecida provocou um aumento significativo no volume de leite em relação as mamas que não foram aquecidas. O calor em contato com a pele faz uma vasodilatação, podendo aumentar a produção de leite (WHO, 2017). Embora seja recomendado, o uso de bolsas térmicas no seio da mãe não é muito aconselhado, pois o uso da bolsa térmica quente ou fria podem provocar queimaduras. A fria inibe a produção do leite devido a vasoconstrição. A morna causa uma vasodilatação, podendo aumentar a produção. No entanto, essas compressas podem causar efeito contrário, por isso preferimos a massagem, pois ela ajuda a dissolver os nódulos, sem precisar fazer compressa quente.

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

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

Descritor: Galactogogos

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

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

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

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

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

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

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

Descritor: Recursos adicionais

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

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

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

Bibliografia consultada

BECKER, G. E.; SMITH, H. A.; COONEY, F. Methods of milk expression for lactating women. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, n. 2, 2015. CD 006170. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006170.pub4/pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 204 p.: il

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Referência Nacional para Bancos de Leite Humano – Instituto Fernandes Figueira. **Procedimentos Técnicos para Ordenha, Manipulação e Administração do Leite Humano Cru Exclusivo da Mãe para o próprio filho em Ambiente Neonatal**. Fundação Oswaldo Cruz. Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://rblh.fiocruz.br/sites/rblh.fiocruz.br/files/usuario/8/nt_procedimentos_ordenha_manipulacao_leite_cru.pdf. Acesso em: 1 out. 2017.

BROTTO LDA, Marinho NDB, Miranda IP et al. Uso de galactogogos no manejo da amamentação: revisão integrativa da literatura Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, vol. 7, núm. 1, enero-marzo, 2015, pp. 2169-2180 Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro Rio de Janeiro, Brasil

DONOVAN, T. J.; BUCHANAN, K. Medications for increasing milk supply in mothers expressing breastmilk for their preterm hospitalised infants. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, n. 3, 2012. CD005544. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005544.pub2/abstract>. Acesso em: 10 mar. 2017.

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

Fugate K, Hernandez I, Ashmeade T, Miladinovic B, Spatz DL. Improving Human Milk and Breastfeeding Practices in the NICU. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2015;44(3):426-38; quiz E14-5.

FURMAN, L.; MINICH, N.; HACK, M. Correlates of lactation in mothers of very low birth weight infants. **Pediatrics**, Evanston, v. 109, n. 4, p. e57, 2002

GUIDELINE: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. Geneva: World Health Organization; 2017

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

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

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

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

MAASTRUP, R, et al. Factors associated with exclusive breastfeeding of preterm infants. Results from a prospective national cohort study. **PloS One**, San Francisco, v. 9, n. 2, p. e89077, 2014. Disponível em: <<http://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0089077&type=printable>> Acesso em: 20 mar. 2017.

MORTON, J. et al. Combining hand techniques with electric pumping increases milk production in mothers of preterm infants. **Journal of Perinatology**, Philadelphia, v. 32, n.10, p. 791-796, 2009.

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

OSADCHY, A.; MORETTI, M. E.; KOREN, G. Effect of domperidone on insufficient lactation in puerperal women: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **Obstetrics and Gynecology International**, Muncenv, 2012. ID642893. Disponível em: <<https://www.hindawi.com/journals/ogi/2012/642893/>>. Acesso em: 20 mar. 2017.

PAUL, C. et al. Use of domperidone as a galactagogue drug a systematic review of the benefit-risk ratio. **Journal of Human Lactation**, Charlottesville, v. 31, n. 1, p. 57-63, 2015.

SANCHES, M. T. C. Manejo clínico das disfunções orais na amamentação. **Jornal de Pediatria (Rio de Janeiro)**, v. 80, n. 5, p. S155-162, 2004. Suplemento.

SERRA, S. O. A.; SCOCHI, C. G. S. Dificuldades maternas no processo de aleitamento materno de prematuros em uma UTI neonatal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 597-605, 2004.

SILVA, O. P. et al. Effect of domperidone on milk production in mothers of premature newborns: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. **Canadian Medical Association Journal**, Ottawa, v. 164, n. 1, p. 17-21, 2001.

5. Indicador: Aleitamento materno exclusivo / Acompanhamento

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

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

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

Descritor: Ações educativas de promoção do aleitamento materno

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

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

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

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

Assim, os profissionais de saúde têm um papel fundamental na comunicação e principalmente nas ações de educação sobre aleitamento materno (RENFREW, 2016).

Bibliografia consultada

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à

Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 204 p.: il

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

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

Renfrew MJ. Breastfeeding in the 21st century. *The Lancet*. 2016;387(10033):2089. doi: 10.1016/S0140- 6736(16)30537-2

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

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

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de Validação dos Casos Hipotéticos

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

“EFETIVIDADE DE UM FLUXOGRAMA COMO NORTEADOR PARA O MANEJO CLÍNICO DO ALEITAMENTO MATERNO EM RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS”

Prezada Senhora:

Gostaríamos de convidá-la para participar da pesquisa **“EFETIVIDADE DE UM FLUXOGRAMA COMO NORTEADOR PARA O MANEJO CLÍNICO DO ALEITAMENTO MATERNO EM RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS”**. O objetivo da pesquisa é “Avaliar a efetividade do uso do fluxograma como auxiliar no manejo clínico dos casos hipotéticos nos principais problemas de aleitamento materno com os recém-nascidos prematuros”. Sua avaliação como especialista na área de aleitamento materno e/ou prematuridade será muito importante para o aprimoramento deste material e ela se dará da seguinte forma: você deve responder aos casos hipotéticos relacionados com o manejo do aleitamento materno em recém-nascido prematuro, cujos serão apresentados e avaliados apenas com o seu conhecimento e sua experiência.

Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo a senhora: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Esclarecemos ainda, que o(a) senhor(a) não pagará e nem será remunerado(a) por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação.

Os benefícios esperados são: contribuir valiosamente para a elaboração de casos que serão utilizados posteriormente com os profissionais de saúde para verificar a efetividade do fluxograma do Aleitamento materno em Prematuros por meio de sua validação clínica.

Quanto aos riscos, seriam riscos mínimos relacionados a se sentir incomodados ou cansados durante a resolução para a validação dos casos clínicos, além do gasto de seu tempo. Como resolução, você pode interromper a sua participação na pesquisa a qualquer momento.

Caso o(a) senhor(a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar (**Geisa Marcela Perdigão, rua Amapá 1000, apartamento 105-A, telefone (43) 99959-7132, e-mail: geisaperdigao@hotmail.com**), ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br.

*Termo de Consentimento Livre Esclarecido apresentado, atendendo, conforme normas da Resolução 466/2012 de 12 de dezembro de 2012.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue ao (à) senhor(a).

Londrina, ____ de _____ de 2019.

Geisa Marcela Perdigão

RG: 8.130.083-6

<p>_____ (NOME POR EXTENSO DO SUJEITO DE PESQUISA), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar voluntariamente da pesquisa descrita acima.</p> <p>Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____</p> <p>Data: _____</p>
--

Obs.: Caso o participante da pesquisa seja menor de idade, o texto deve estar voltado para os pais e deve ser incluído ainda, campo para assinatura do menor e do responsável.

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Hospital Universitário de Londrina

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO EFETIVIDADE DE UM FLUXOGRAMA COMO NORTEADOR PARA O MANEJO CLÍNICO DO ALEITAMENTO MATERNO EM RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS

Prezado profissional de saúde,

Por meio deste termo, você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa que tem como objetivo **Avaliar a Efetividade de um Fluxograma como norteador para o Manejo Clínico dos Principais Problemas de Aleitamento Materno em Recém-Nascido Prematuro**, desde o nascimento até o período pós a alta hospitalar, em desenvolvimento pela doutoranda Geisa Marcela Perdigão, sob orientação da profa. Dra. Edilaine Giovanini Rossetto. O critério para sua participação foi o fato de ser profissional atuante no Manejo do Aleitamento Materno com o Recém-Nascido Prematuro em uma das unidades escolhidas para o desenvolvimento do estudo.

Sua participação é essencial e muito valiosa e se constituirá por meio de um estudo de caso hipotético a respeito dessa temática.

Para tal, a pesquisa será dividida em duas fases:

- **Fase 1:** Será realizado a alocação aleatória e oculta, formando o grupo experimental e o grupo controle. Os participantes receberão a intervenção de acordo com o grupo alocado. Todos serão abordados individualmente para a resolução de três situações hipotéticas relacionadas ao aleitamento materno com o recém-nascido prematuro, cujos manejos, em diferentes graus de complexidade serão apresentados.

- **Fase 2:** Nesta etapa, os mesmos participantes da primeira fase farão parte do estudo, pois cada colaborador será seu próprio controle, por se tratar de um estudo do tipo crossover (cruzamento). Entretanto, os participantes que compuseram o grupo experimental na primeira fase, farão parte do grupo controle e vice-versa. Será respeitado um período de 30 dias entre uma fase e outra, a fim de minimizar potenciais influências na eficácia dos resultados. Os participantes responderão novamente a três situações hipotéticas semelhantes de acordo com o grupo alocado.

Caso aceite participar, o (a) senhor (a) responderá às questões hipotéticas de acordo com sua alocação de maneira que não levará mais do que 30 minutos em cada uma das fases.

Ao final dessas etapas, todos os participantes receberão uma resolução devolutiva dos casos que foram expostos. Como parte final desse processo, os profissionais responderão a um questionário para avaliar a aceitabilidade e a aplicabilidade do uso do fluxograma na prática clínica.

Você terá a garantia de receber respostas a qualquer pergunta sobre este trabalho em qualquer momento que desejar. Faremos o possível para auxiliá-lo(a) caso algum desconforto ocorra, atendendo sua necessidade e esclarecendo-o(a) sempre que for necessário. Outrossim, entenderemos também sua decisão caso não queira mais participar da Avaliação da Efetividade do Fluxograma, em qualquer fase, mesmo após ter sido iniciado, sem nenhum prejuízo ou penalidade para o (a) senhor (a). Garantimos o sigilo de suas informações e que em nenhum momento o seu nome será identificado ou divulgado. O (a) senhor (a) não receberá e nem perderá dinheiro por sua participação.

Os benefícios esperados são contribuir valiosamente para a sistematização de uma prática tão complexa que é o manejo do aleitamento materno nos prematuros avaliando a eficácia do fluxograma como norteador para o manejo clínico do aleitamento materno de recém-nascidos prematuros, possibilitando assim sua generalização em outros locais e populações, com maior segurança. Os profissionais de saúde poderão sistematicamente seguir a melhor forma de manejo do aleitamento materno em prematuros baseado em evidências e incentivar a prática da amamentação na unidade neonatal).

Quanto aos riscos, considerando que será aplicado no momento do turno de trabalho, haverá riscos mínimos dos participantes que poderão se sentir incomodados ou cansados durante a resolução dos casos clínicos. Como resolução para este risco, os participantes poderão interromper a pesquisa a qualquer momento.

Ao final da pesquisa o fluxograma será disponibilizado e poderá ser implantado na Unidade Neonatal, se assim desejarem.

Asseguramos que os resultados finais serão divulgados em periódicos e eventos científicos a fim de contribuir para melhorar as condições de saúde dos prematuros relacionadas ao aleitamento materno exclusivo e aprimorar as práticas profissionais de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno dessas crianças.

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

Consentimento de Participação:

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

Agradecemos a sua valiosa colaboração.

Londrina, _____ de _____ de 2019.

Geisa Marcela Perdigão
Endereço: Amapá, 1000 Apto 105 A. Londrina - Pr. CEP: 86026-440
Telefone de contato: (43) 9 9959-7132
E-mail: geisaperdigao@hotmail.com

APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Hospital Evangélico de Londrina

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO EFETIVIDADE DE UM FLUXOGRAMA COMO NORTEADOR PARA O MANEJO CLÍNICO DO ALEITAMENTO MATERNO EM RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS

Prezado profissional de saúde,

Por meio deste termo, você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa que tem como objetivo **Avaliar a Efetividade de um Fluxograma como norteador para o Manejo Clínico dos Principais Problemas de Aleitamento Materno em Recém-Nascido Prematuro**, desde o nascimento até o período após a alta hospitalar, em desenvolvimento pela doutoranda Geisa Marcela Perdigão, sob orientação da profa. Dra. Edilaine Giovanini Rossetto. O critério para sua participação foi o fato de ser profissional atuante no Manejo do Aleitamento Materno em Recém-Nascido Prematuro em uma das unidades escolhidas para o desenvolvimento do estudo.

Sua participação é essencial e muito valiosa e se constituirá por meio de um estudo de caso hipotético a respeito dessa temática.

Para tal, a pesquisa será dividida em duas fases:

- **Fase 1:** Será realizado a alocação aleatória e oculta, formando o grupo experimental e o grupo controle. Os participantes receberão a intervenção de acordo com o grupo alocado. Todos serão abordados individualmente para a resolução de três situações hipotéticas relacionadas ao aleitamento materno com o recém-nascido prematuro, cujos manejos, em diferentes graus de complexidade serão apresentados.

- **Fase 2:** Nesta etapa, os mesmos participantes da primeira fase farão parte do estudo, pois cada colaborador será seu próprio controle, por se tratar de um estudo do tipo crossover (cruzamento). Entretanto, os participantes que compuseram o grupo experimental na primeira fase, farão parte do grupo controle e vice-versa. Será respeitado um período de 30 dias entre uma fase e outra, a fim de minimizar potenciais influências na eficácia dos resultados. Os participantes responderão novamente a três situações hipotéticas semelhantes de acordo com o grupo alocado.

Caso aceite participar, o (a) senhor (a) responderá às questões hipotéticas de acordo com sua alocação de maneira que não levará mais do que 30 minutos em cada uma das fases.

Após a final dessas etapas, todos os participantes receberão uma resolução devolutiva dos casos que foram expostos. Como parte final desse processo, os profissionais responderão a um questionário para avaliar a aceitabilidade e a aplicabilidade do uso do fluxograma na prática clínica.

Você terá a garantia de receber respostas a qualquer pergunta sobre este trabalho em qualquer momento que desejar. Faremos o possível para auxiliá-lo(a) caso algum desconforto ocorra, atendendo sua necessidade e esclarecendo-o(a) sempre que for necessário. Outrossim, entenderemos também sua decisão caso não queira mais participar da Avaliação da Efetividade do Fluxograma, em qualquer fase, mesmo após ter sido iniciado, sem nenhum prejuízo ou penalidade para o (a) senhor (a). Garantimos o sigilo de suas informações e que em nenhum momento o seu nome será identificado ou divulgado. O (a) senhor (a) não receberá e nem perderá dinheiro por sua participação.

Os benefícios esperados são (contribuir valiosamente para a sistematização de uma prática tão complexa que é o manejo do aleitamento materno nos prematuros avaliando a eficácia do fluxograma como norteador para o manejo clínico do aleitamento materno de recém-nascidos prematuros, possibilitando assim sua generalização em outros locais e populações, com maior segurança. Os profissionais de saúde poderão sistematicamente seguir a melhor forma de manejo do aleitamento materno em prematuros baseado em evidências e incentivar a prática da amamentação na unidade neonatal).

Quanto aos riscos, considerando que será aplicado no momento do turno de trabalho, haverá riscos mínimos dos participantes que poderão se sentir incomodados ou cansados durante a resolução dos casos clínicos. Como resolução para este risco, os participantes poderão interromper a pesquisa a qualquer momento.

Após a final da pesquisa o fluxograma será disponibilizado e poderá ser implantado na Unidade Neonatal, se assim desejarem.

Asseguramos que os resultados finais serão divulgados em periódicos e eventos científicos a fim de contribuir para melhorar as condições de saúde dos prematuros relacionadas ao aleitamento materno exclusivo e aprimorar as práticas profissionais de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno dessas crianças.

Esta pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UEL, que tem a finalidade proteger eticamente o participante da pesquisa para a sua realização. Caso você concorde em participar, por favor, preencha essas duas vias com os seus dados, o que caracterizará o seu aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Uma via ficará com você e a outra com a pesquisadora. Caso queira esclarecer quaisquer dúvidas sobre os aspectos éticos desta pesquisa, pode entrar em contato com a pesquisadora principal ou com o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Hospital Evangélico de Londrina, situado na avenida Bandeirantes, 618 Vila Ipiranga, Londrina - PR, 86010-900, telefone (43) 3378-1000.

Consentimento de Participação:

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

Agradecemos a sua valiosa colaboração.

Londrina, _____ de _____ de 2019.

Geisa Marcela Perdigão
Endereço: Ampará, 1000 Apto 105 A. Londrina - Pr. CEP: 86026-440
Telefone de contato: (43) 9 9959-7132
E-mail: geisaperdigao@hotmail.com

APÊNDICE F - Instrumento para avaliar a Aplicabilidade Prática do Fluxograma



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

INSTRUMENTO PARA AVALIAR A ACEITABILIDADE DO USO DO "FLUXOGRAMA DE MANEJO CLÍNICO PARA O ALEITAMENTO MATERNO DE RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS" ENTRE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Nos casos em que assinalarem os itens NÃO, por favor, justificar e sugerir a reformulação.

	SIM	NÃO
1. Motivação quanto ao uso do Fluxograma		
1.1. Senti-me motivado em usar o fluxograma.		
Comentários:		
2. Aplicabilidade do Fluxograma		
2.1. As recomendações do fluxograma possuem aplicabilidade prática.		
2.2. O fluxograma é válido para nortear a prática clínica no manejo dos principais problemas de AM com o RNPT.		
2.3. O uso do fluxograma me ajudou a aprimorar e sistematizar o manejo dos principais problemas de AM entre os RNPT.		
Comentários:		
3. Conteúdo do Manual Operacional		

3.1. As informações são suficientes para o uso do fluxograma.		
3.2. A utilização do manual me ajudou a responder as situações hipotéticas referente ao manejo dos principais problemas de AM entre os RNPT.		
3.3. Se eu tivesse utilizado o manual para responder as situações hipotéticas minhas respostas teriam sido diferentes.		
Comentários:		

Avaliação Global do Fluxograma

Eu recomendo o uso deste fluxograma para nortear a prática assistencial.

) Sim

) Não

Considerações e/ou Sugestões:

APÊNDICE G - Instrumento de Questões Hipotéticas

Profissionais de Nível Superior: Caso 1

Recém-nascido com 45 dias de vida, idade corrigida de 32 semanas, em ar ambiente, hospitalizado em uma unidade de cuidados intermediários neonatais com peso de 1600g, próximo da alta. Mãe sempre amorosa e atenciosa com seu filho, porém fica pouco na unidade porque deixa o outro filho de 1 ano em casa com uma amiga durante horários de visitas. Demonstra insegurança com a amamentação e sucção do bebê. Refere baixa produção láctea, se mostra preocupada com a alta e frequentemente a mãe é vista chorando dentro da unidade.

1. Considerando que a mãe refere baixa produção láctea, o que você pode fazer?
2. O que você faria para avaliar a sucção desse RN?

Caso 2

Bebê nascido de 34 semanas e 6 dias e peso 2.550g. Teve alta com 3 dias de vida pesando 2.300g em AME. Mãe e filho comparecem ao ambulatório de amamentação uma semana após a alta pesando 2.450g. Mãe preocupada, acha que o bebê não ganhou peso e que tem pouco leite, relatou que o bebê passa a maior parte do tempo dormindo.

1. Diante do exposto descreva detalhadamente o que precisa ser avaliado.
2. Mediante sua avaliação, explique detalhadamente as intervenções/orientações para cada problema hipotetizado.

Caso 3

Gestante de 14 anos, sem companheiro, hospitalizada em uma maternidade de alto risco com 30 semanas de gestação e diagnóstico de pré-eclâmpsia. Foi submetida a cesárea de urgência devido a sofrimento fetal agudo. Nasce RNPT com 31 sem pesando 1420g. No dia seguinte ao nascimento a mãe visita o filho na UTI neonatal, o qual encontra-se estável, em incubadora aquecida, com respiração espontânea, porém ainda não foi estimulado a sugar o peito da mãe. Diante do seu desejo de amamentar, a mãe pergunta à equipe quando o bebê poderá sugar.

1. Diante do exposto descreva detalhadamente o que precisa ser avaliado.
2. Mediante sua avaliação, explique detalhadamente as intervenções/orientações que poderiam ser pertinentes para essa situação.

Profissionais de Nível Técnico: Único Caso

A mãe de um recém-nascido com 35 semanas refere dificuldade para estabelecer a amamentação, pois seu bebê começou a sugar há 3 dias, mas é muito sonolento, apresentando poucas sucções não rítmicas e solta facilmente o mamilo. A mãe é bem esclarecida quanto a técnica de pega e posição e visita seu bebê diariamente.

1. Descreva detalhadamente o que precisa ser avaliado.
2. Listar as possibilidades de intervenção/condução mediante sua avaliação.

APÊNDICE H - Declaração de Concordância dos Serviços Envolvidos e/ou de
Instituição Co-Participante

**Declaração de Concordância dos Serviços Envolvidos e/ou de Instituição
Co-Participante**

Sr(a): _____

Instituição: _____

Senhor(a) Coordenador(a)

Declaramos que nós do(a) _____, estamos de acordo com a condução da pesquisa "Efetividade de um fluxograma como norteador para o manejo clínico do aleitamento materno em recém-nascidos prematuros" sob a responsabilidade da doutoranda Geisa Marcela Perdigão, nas nossas dependências.

Estamos cientes, que a pesquisa será realizada com os colaboradores da unidade neonatal e por haver um envolvimento direto com seres humanos já dispõe da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina

A pesquisadora acima qualificada se compromete a:

- 1- Obedecer às disposições éticas de proteger os participantes da pesquisa, garantindo-lhes o máximo de benefícios e o mínimo de riscos.
- 2- Proteger sua imagem, bem como garantir que não utilizará as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da instituição, respeitando deste modo as Diretrizes Éticas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, nos termos estabelecidos na Resolução CNS Nº 466/2012.

Londrina, _____ de _____ de 2018.

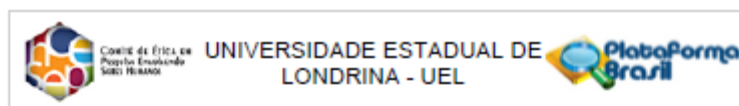
Nome / Cargo na instituição / Carimbo

*A mente que se abre a uma nova
idéia nunca mais volta ao seu
tamanho original.*

(Albert Einstein)

ANEXO

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo seres Humanos da UEL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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

Pesquisador: EDILAINE GIOVANINI ROSSETTO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 51823315.7.0000.5231

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

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

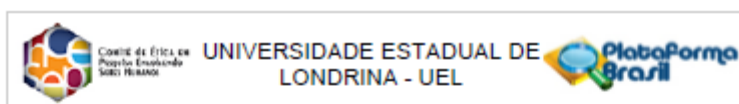
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.395.377

Apresentação do Projeto:

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

Endereço: LABESC - Sala 14
 Bairro: Campus Universitário
 UF: PR Município: LONDRINA CEP: 86.057-970
 Telefone: (43)3371-5455 E-mail: cep288@uel.br



Continuação do Parecer: 1.395.377

Objetivo da Pesquisa:

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

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: embora mínimos, estão apresentados adequadamente no TCLE

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

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

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

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE: está adequado

Folha de rosto: OK

Orçamento e cronograma adequados.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pesquisa aprovada.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador (a),

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

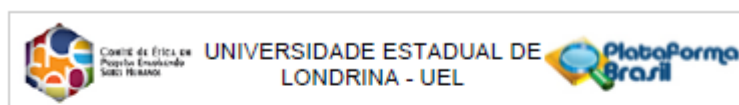
Coordenação CEP/UEL

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_625340.pdf	11/12/2015 14:31:28		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mestrado_Milena.doc	11/12/2015 14:30:28	EDILAINE GIOVANINI ROSSETTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE_reformulado_dezembro.doc	11/12/2015 14:28:54	EDILAINE GIOVANINI	Aceito

Endereço: LABESC - Sala 14
Bairro: Campus Universitário CEP: 86.057-970
UF: PR Município: LONDRINA E-mail: cep288@uel.br
Telefone: (43)3371-5455

Página 02 de 03



Continuação do Parecer: 1.395.377

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

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LONDRINA, 26 de Janeiro de 2016

Assinado por:
Otávio Goes de Andrade
(Coordenador)