



UNIVERSIDADE
ESTADUAL de LONDRINA

MILENA TORRES GUILHEM LAGO

**DIRETRIZ CLÍNICA PARA O ALEITAMENTO MATERNO DO
PREMATURO:
UMA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIA**

Londrina
2017

MILENA TORRES GUILHEM LAGO

**DIRETRIZ CLÍNICA PARA O ALEITAMENTO MATERNO DO
PREMATURO:
UMA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIA**

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

Orientadora: Profa. Dra. Edilaine Giovanini Rossetto

Londrina
2017

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

Lago, Milena Torres Guilhem.

DIRETRIZ CLÍNICA PARA O ALEITAMENTO MATERNO DO PREMATURO: : UMA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIA / Milena Torres Guilhem Lago. - Londrina, 2017. 94 f. : il.

Orientador: Edilaine Giovanini Rossetto.

Coorientador: Cláudia Silveira Vieira.

Coorientador: Sarah Nancy Deggau Hegeto de Souza.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2017.

Inclui bibliografia.

1. Prematuro Enfermagem Baseada em Evidências - Tese. 2. Aleitamento Materno - Tese. 3. Prática Clínica Baseada em Evidências - Tese. 4. Enfermagem Baseada em Evidências - Tese. I. Rossetto, Edilaine Giovanini. II. Vieira, Cláudia Silveira. III. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. IV. Título.

MILENA TORRES GUILHEM LAGO

**DIRETRIZ CLÍNICA PARA O ALEITAMENTO MATERNO DO
PREMATURO:
UMA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIA**

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

BANCA EXAMINADORA

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

Prof. Dr^a Cláudia Silveira Vieira
Universidade Estadual de Cascavel –
UNIOESTE

Prof. Dr^a Sarah Nancy Deggau Hegeto de
Souza
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, 17 de fevereiro de 2017.

DEDICO

Com grande prazer e alegria dedico esse trabalho primeiramente a **Deus**, por ter me dado à oportunidade, força e sabedoria para conduzir este trabalho.

Aos meus amores **Rafael, Lucas e Laura**, todo amor e carinho de vocês, foram essenciais para essa conquista.

Aos meus pais **Miriam e Carlos**, responsáveis por me educarem em todos os sentidos, fornecendo a base do que sou hoje, fornecendo exemplos e inspirações. Espero ser a mesma inspiração para os meus filhos.

A minha querida irmã **Lorena**, que mesmo morando em outra cidade, me incentivava com suas mensagens, ligações de carinho.

A minha querida e eterna vó **Conceição** (in memoriam), que sempre com seu bom humor me ensinou que a vida foi feita para a gente ser feliz.

A todas as **mães** de bebês prematuros que sonham e tem a vontade de amamentar seus pequenos guerreiros.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por me amparar nos momentos difíceis, dando-me força para superar as dificuldades. Obrigada por me ajudar a vencer todos os obstáculos, permitindo que este sonho pudesse ser concretizado.

Aos meus pais, principalmente por me proporcionarem amor incondicional, mas também por me ensinarem a lutar para conquistar os meus objetivos e nunca desistir dos meus sonhos.

Ao meu esposo e companheiro Rafael, por poder me proporcionar a me dedicar aos estudos enquanto não media esforços para trabalhar e cuidar de nossa casa.

À minha querida mãe, que é a pessoa mais doce que eu conheço nessa vida. Muito obrigada por cuidar dos meus filhos e principalmente me acompanhar em toda a trajetória desse mestrado, sem você eu não teria conseguido.

À minha princesa Laura, que junto com a vovó, me acompanhava nas aulas do mestrado. Sempre muito boazinha me esperava para poder mamar entre um intervalo e outro.

À minha Professora, Edilaine Rossetto, um exemplo de profissional, a qual tenho um imenso orgulho de falar que é minha orientadora. Agradeço pela oportunidade de ter feito parte de uma pesquisa tão grandiosa que foi a Iniciativa Hospital Amiga da Criança (IHAC) e logo em seguida ser sua orientanda no mestrado. Durante o mestrado foram muitos encontros para orientações, muitas horas de discussões e acima de tudo muitos aprendizados profissional e pessoal. Muito obrigada toda a sua paciência em compartilhar tantos ensinamentos.

À Professora Doutora Sarah Hegeto de Souza, integrando a banca, que me acolheu quando tive interesse em integrar ao grupo de pesquisa para me preparar para o mestrado, obrigada por ser tão gentil e atenciosa, seu apoio foi primordial.

Às Professoras Doutoras Sueli Mutsumi Tsukuda Ichisato, Cláudia Silveira Viera e Adriana Valongo Zani, por aceitarem o convite e integrarem a banca

desta dissertação. É uma verdadeira honra contar com a contribuição de seus conhecimentos para o aprimoramento deste trabalho.

À Professora Dr^a Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad, coordenadora do mestrado e também docente durante a graduação, muito obrigada por toda atenção que sempre disponibilizou em conversas e orientações.

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

À July Anne Rossi Michelin, uma grande amiga que esteve ao meu lado, me apoiando, ajudando e compartilhando das alegrias e dificuldades, sua amizade levarei para toa a vida.

A todos os amigos da turma de Mestrado, que tornaram os dias mais especiais e leves; levarei cada momento vivido em meu coração. Em especial, às minhas amigas Mariana Faria, Jackeline Martins Leoncio e Luana Santos, por sempre me ajudarem a seguir em frente, por toda dedicação e parceria; vocês fizeram a diferença nesta caminhada.

À Ariane Monteiro que me ajudou no processo seletivo, me acolhendo e me preparando para a prova do mestrado e depois esteve do meu lado em todas as fases da pesquisa. Você foi mais que muito especial, um presente que ganhei do mestrado.

As minhas amigas Gheisa Signolfi Lopes, Fabiana Fontana, Marcia Mitie, Maria Fernanda Imazu, Ana Paula Ferraz, Leiliane de Jesus e Gabriela Ubeda que sempre estiveram me apoiando, incentivando e me ouvindo falar das minhas dificuldades, cada uma de vocês tem um lugar especial no meu coração.

À minha madrinha Marcia Carvalho, que sempre de prontidão me ajudou nas primeiras pesquisas e depois na formatação das referências.

À bibliotecária Vilma Aparecida Feliciano de Jesus, pela paciência e dedicação em me auxiliar, contribuindo com o desenvolvimento e formatação da minha pesquisa.

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

A mente que se abre a uma nova ideia
Jamais voltará ao seu tamanho original.

Oliver Wendell Holmes

LAGO, Milena Torres Guilhem. **Diretriz clínica para o aleitamento materno do prematuro: uma prática baseada em evidência.** 2017. 93p. Exame de Qualificação de Mestrado / Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2017.

RESUMO

O leite materno é o melhor alimento para o prematuro, esse fato já está mais que comprovado. Porém, podem existir várias dificuldades para que ocorra o insucesso dessa amamentação, desse modo, faz-se necessário desenvolver diretrizes para nortear e padronizar a prática dos profissionais de saúde em aleitamento materno, com o intuito de melhorar a assistência e apoiar a mãe de bebê prematuro. O objetivo do estudo foi elaborar uma diretriz clínica alicerçada em práticas baseadas em evidências para o manejo clínico das dificuldades mais frequentes no aleitamento materno dos bebês prematuros desde o nascimento até o período após a alta hospitalar. O método de pesquisa desenvolvido para essa diretriz foi a Revisão Sistemática. Foram incluídos os estudos que respondiam à pergunta formulada por meio do acrônimo PICO. Essa abordagem envolveu a definição de um problema, a busca e avaliação crítica das evidências disponíveis. As bases de dados utilizadas nas buscas foram: BDNF, Biblioteca Cochrane, LILACS, CINAHL e Portal PubMed. Foi utilizado o sistema de manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde, esse instrumento foi utilizado para avaliar e classificar as evidências científicas para formalizar as recomendações. Foram utilizados 52 estudos selecionados e analisados criteriosamente quanto à sua qualidade e padrões de consistência interna de acordo com: pergunta de pesquisa, metodologia, amostra, principais desfechos e limitações existentes. O resultado dessa pesquisa foi sistematizado em 10 recomendações em relação as principais dificuldades: manutenção da produção láctea, início da sucção no peito e avaliação da mamada eficaz. A utilização dessa diretriz clínica, pode contribuir com a prática clínica, auxiliando os profissionais de saúde na condução dos problemas encontrados, facilitando o manejo do aleitamento do bebê prematuro.

Palavras-chave: Prematuro. Aleitamento Materno. Prática Clínica Baseada em Evidências. Enfermagem Baseada em Evidências. Guia de Prática Clínica.

LAGO, Milena Torres Guilhem. **Clinical guideline for breastfeeding prematurity: an evidence-based practice.** 2017. 93p. Dissertation (Master's Degree in Nursing) – State University of Londrina, Londrina, 2017.

ABSTRACT

Breast milk is the best food for the premature, this fact is already proven. However, there may be several difficulties for the failure of this breastfeeding, this clinical guideline was developed to guide and standardize the practice of breastfeeding health professionals in order to improve care and support the mother of premature baby. The objective of the study was to develop a clinical guideline based on evidence-based practices for clinical management of the most frequent difficulties in breastfeeding preterm infants from birth to the period after hospital discharge. The research method developed for this guideline was the Systematic Review. We included the studies that answered the question formulated through the PICO acronym. This approach involved the definition of a problem, the search and critical evaluation of available evidence. The databases used in the searches were: BDNF, Cochrane Library, LILACS, CINAHL and Portal PubMed. The quality of evidence manual and strength of recommendation for health decision making was used, this instrument was used to evaluate and classify the scientific evidence to formalize the recommendations. Fifty-two studies were carefully selected and analyzed according to their quality and internal consistency standards according to: research question, methodology, sample, main outcomes and limitations. The result of this research was systematized in 10 recommendations regarding the main difficulties: maintenance of milk production, initiation of breast suction and evaluation of effective feeding. The use of this clinical guideline can contribute to clinical practice, helping health professionals to manage the problems encountered, facilitating the management of premature baby feeding.

Key words: Premature. Breastfeeding. Evidence-Based Practice. Evidence-Based Nursing. Practice Guideline.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Estrutura da pergunta PICO.....	34
Quadro 2 – Hierarquia de classificação de nível de Evidência	39
Quadro 3 – Níveis de Evidencia segundo GRADE	40
Quadro 4 – Perguntas formuladas por meio da estratégia PICO	45

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AM	Aleitamento Materno
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
COMUT	Programa de Comutação Bibliográfica
FIL	Fator Inibidor da Lactação
GRADE	Grading of Recommendations Assessment Development and Evaluation
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
IG	Idade Gestacional
LH	Leite Humano
LM	Leite Materno
MC	Método Canguru
MS	Ministério da Saúde
NV	Nascidos Vivos
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
OMS	Organização Mundial da Saúde
PBE	Prática Baseada em Evidências
UTIN	Unidades de Terapia Intensiva Neonatais
ECR	Ensaio Clínico Randomizado
PRISMA	Principais Itens para Relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises
RN	Recém-Nascido
RNPT	Recém-Nascido Prematuro

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	Justificativa	18
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	20
2.1	Fisiologia da Lactação	20
2.1.1	Prolactina.....	20
2.1.2	Ocitocina.....	21
2.1.3	Fator de lactação	21
2.1.4	Regulação do volume de leite	22
3	REVISÃO DA LITERATURA	23
3.1	Aleitamento materno em prematuros.....	23
3.2.	Prática baseada em evidências	30
3.3	Revisão Sistemática	32
3.3.1	Níveis de Evidência	38
4	OBJETIVOS	43
4.1	Objetivo Geral.....	43
4.2	Objetivos específicos	43
5	MATERIAL E MÉTODO	44
5.1	Questões PICO.....	44
5.2	Critérios de inclusão	46
5.3	Critérios de exclusão	46
5.4	Organização e processamento das publicações identificadas	46
5.5	Estratégias de busca	46
5.6	Seleção dos estudos	47
5.7	Análise crítica dos estudos e avaliação da qualidade.....	47
5.8	Aspecto éticos da pesquisa	47
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	48
6.1	MANUSCRITO 1	48

7	CONCLUSÃO	81
	REFERÊNCIAS	82
	APÊNDICES	90
	APÊNDICE A - Bases de dados utilizadas	91
	ANEXOS	92
	ANEXO A - Parecer do comitê de ética em pesquisa	93

1 INTRODUÇÃO

A prematuridade responde por 45% das mortes entre recém-nascidos (RN) no país. O Brasil é um dos dez países com maior número de nascimentos prematuros. o nascimento prematuro e suas complicações são as principais causas de mortalidade e morbidade neonatal, tendo como repercussão em curto e longo prazo pode ter um alto custo financeiro para o sistema nacional de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 2014).

No Brasil um estudo multicêntrico, de investigação em prematuridade da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) composto por 20 hospitais de referência em três regiões geográficas do Brasil, que tinha como um dos objetivos, estimar a prevalência e analisar fatores associados à prematuridade espontânea, apontou que nasce 40 prematuros por hora, ou 931 por dia (PASSINI JR et al., 2014).

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

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

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

O Ministério da Saúde define que o AME é quando a criança “recebe apenas o leite proveniente de sua mãe ou de bancos de leite humano, sem nenhum outro líquido ou sólido com exceção de vitaminas, minerais e medicamentos” (BRASIL, 2009a, p. 12).

O Leite Humano (LH) é formado por uma combinação única de proteínas, lipídios, carboidratos, minerais, vitaminas, enzimas e células vivas, assim como benefícios nutricionais, imunológicos, psicológicos e econômicos reconhecidos e inquestionáveis (AZEVEDO; MENDES, 2008).

Os inúmeros benefícios da amamentação não se restringem apenas a saúde, mas também no impacto econômico. Nos Estados Unidos, estimou-se que se 90% das famílias americanas seguissem as recomendações médicas para amamentar exclusivamente por seis meses, os Estados Unidos poderiam ter economizado US\$ 13 bilhões por ano (BARTICK; REINHOLD, 2010). A ampliação da amamentação no aspecto quase universal poderia prevenir 823 mil mortes a cada ano em crianças menores de cinco anos e 20 mil mortes de mulheres por câncer de mama (VICTORA et al., 2016).

A importância do AM já foi comprovada por meio de diversos estudos científicos. Atualmente são vários os argumentos que atuam em seu favor (BRASIL, 2009b).

De acordo com o manual de orientação sobre aleitamento materno da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASGO, publicado no ano de 2013, 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.

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

O AM tem sido uma prioridade nas ações governamentais no Brasil, porém ainda é necessário avançar muito para cumprir a recomendação da OMS no que se refere a AME até os seis meses de vida (WHO, 2014).

A amamentação além de proporcionar nutrição e proteção imunológica ao RN, também favorece a construção e o fortalecimento do vínculo afetivo entre mãe e bebê (EIDELMAN; SCHANLER, 2012; GUBERT et al., 2012).

Em especial, o LM da mãe do bebê prematuro é ainda mais rico em interleucinas, imunoglobulina A e fatores de crescimento que o colostro de mães de bebês a termo. Essas qualidades da composição do LM adquirem ainda mais relevância por sua maior vulnerabilidade (CASTELLOTE et al., 2011).

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

O AM deve ser praticado pelo maior tempo que for possível para poder melhorar os índices de morbimortalidade em prematuros, pois quanto maior o tempo de AME, melhor será a evolução deste bebê (VANDENPLAS et al., 2011).

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

Amamentar um prematuro é um grande desafio, em razão da imaturidade do seu sistema gastrointestinal, além de ser comum certa dificuldade na coordenação e controle de sucção, deglutição e respiração (SCHEEREN et al., 2012), o que interfere na amamentação. Outros fatores também podem concorrer para o desmame precoce, como: a técnica inadequada de alimentação, a falta de estímulo, a dificuldade em manter a produção láctea, medo e ansiedade da mãe, manejo inadequado pelos profissionais (DEMARI et al., 2011), insuficiência de leite, uso de complementos (GUBERT et al., 2012), fatores educacionais relacionados à falta de informação e orientação, influência de fatores culturais, como uso de mamadeira, crenças (SILVA; GUEDES, 2013), uso de chupeta e a troca do LM por leite artificial para maior ganho de peso (AZEVEDO; CUNHA, 2013).

Para promover e apoiar o AM do prematuro, tem que haver uma equipe de saúde multidisciplinar sensibilizada, treinada, mobilizada para mudanças

organizacionais e socioculturais, assim como o estabelecimento de protocolos, normas e rotinas para que uma conduta mais consistente, de todos falando a mesma linguagem e assim evitar o desmame precoce (OLIVEIRA; ESPÍRITO SANTO, 2013; SEKYIA; LUZ, 2010).

1.1 Justificativa

Considerando que alcançar sucesso no AM desses bebês não tem sido tarefa fácil pela alta complexidade desse manejo, os profissionais de saúde têm enfrentado um grande desafio. Existem inúmeras publicações científicas a respeito do tema, porém não integrados, o que dificulta o acesso dos profissionais e promove as divergências nas condutas profissionais, gerando insegurança e inconsistência no apoio que essa família precisa para o sucesso da amamentação. Observa-se que a grande diversificação de condutas muitas vezes não estão baseadas em uma abordagem sustentada por evidências científicas para gerenciar as várias situações que podem ocorrer durante o processo de alimentação (WALKER, 2008).

Diante da complexidade do nascimento de um prematuro e, conseqüentemente as dificuldades para o estabelecimento do seu aleitamento, faz-se necessário um direcionamento das possibilidades de práticas que possam contribuir para uma assistência que seja consistente e melhor qualificada possível.

Esta pesquisa foi motivada pela hipótese de que a elaboração de uma diretriz clínica para o aleitamento do prematuro, poderia 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 de acordo com as melhores evidências científicas.

Uma revisão sistemática, identificando as principais evidências, pode oferecer subsídios científicos para que os profissionais de saúde que trabalham diretamente com a mãe e o bebê possam tomar as melhores condutas para promover o AM em todas as fases: início da amamentação, estabelecimento a produção láctea e manutenção dessa produção após a alta. Conseqüentemente, oferecendo melhor assistência e apoio para o binômio mãe e bebê, aumenta a chance de AME até o sexto mês (RENFREW et al., 2009).

As diretrizes clínicas se destinam aos profissionais na área da saúde desde a atenção primária até a terciária, pois algumas recomendações podem ser utilizadas durante o pré-natal, o período de internação da gestante/puérpera e do bebê prematuro e depois da alta na continuidade da assistência à família.

O público beneficiado será para as mães de bebês prematuros que tem interesse em amamentar seus filhos.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Fisiologia da Lactação

A lactogênese, é o processo pelo qual a glândula mamária desenvolve a capacidade de produzir leite. Esse processo é dividido em duas fases, lactogênese I, que inicia entre a 10^a e a 22^a semana de gestação, quando a mama está pronta para produzir leite, porém o faz em pequena quantidade devido à presença de altos níveis de progesterona produzidos pela placenta. Logo após o nascimento, com a expulsão da placenta, ocorre a queda drástica dos níveis de progesterona e conseqüente elevação dos níveis de prolactina (ANDERSON; VALDÉS, 2007).

No período de 24 a 102 horas após o parto a mama se torna intumescida por causa da migração de água atraída pela força hiperosmolar da lactose, com conseqüente dilatação dos alvéolos e ductos. Neste momento inicia-se a fase II da lactogênese (ANDERSON; VALDÉS, 2007), caracterizada pela secreção mais volumosa de leite. A partir de então, a regulação da secreção de leite passa a ser realizada no próprio local da produção, ou seja, o volume de leite secretado é determinado pelo estímulo produzido para o esvaziamento das mamas. Assim, estabelece-se a fase III da lactogênese, conhecida como galactopoiese, e que perdura até o final da lactação. Deste modo, a síntese do LM fica na dependência da qualidade e da quantidade de sucção da criança (GIUGLIANI, 2004).

2.1.1 Prolactina

A prolactina é secretada em resposta à estimulação mamilar, tendo sua secreção inibida por estímulo hipotalâmico mediada parcialmente pela dopamina (COX et al., 1996). A concentração sérica de prolactina aumenta durante a gravidez, variando de 10µg/L nas não grávidas até 200 µg/L após 37 semanas. Nas mães que amamentam, os níveis basais permanecem elevados e ocorrem picos séricos com a estimulação mamilar. Caso a mãe não esteja amamentando, os níveis séricos de prolactina retornam aos níveis anteriores a gravidez em duas a três semanas após o parto (ANDERSON; VALDÉS, 2007).

2.1.2 Ocitocina

A sucção no mamilo pelo lactente promove estímulo de neurônios sensoriais locais que emitem impulsos nervosos aferentes ao hipotálamo, levando a secreção de ocitocina. A ocitocina secretada é levada, através do sangue, até as glândulas mamárias, onde se liga a receptores específicos nas células mioepiteliais promovendo sua contração e consequente expulsão do leite dos alvéolos para os ductos e seios subareolares. Na lactante, estímulos táteis e visuais, juntamente com a sucção induzem a liberação da ocitocina na corrente sanguínea (BRASIL, 2015). Este processo é chamado reflexo de ejeção do leite. A secreção de ocitocina é inibida por catecolaminas que são liberadas em situações de estresse ou dor. Há evidência que a prevenção e o tratamento de situações que exponham a nutriz ao estresse psíquico ou à dor são fundamentais para o sucesso da amamentação (UEDA et al., 1994).

2.1.3 Fator Inibidor da Lactação (FIL)

Tanto a ocitocina como a prolactina são transportadas no sangue e afluem simultaneamente a ambas as mamas. No entanto, ocasionalmente observamos mães que amamentam os seus filhos em uma única mama enquanto a outra permanece inativa, isso ocorre pelo fator inibidor da lactação (FIL). Esta substância - peptídeos supressores da lactação bloqueia de forma reversível a síntese de proteínas pelas células mamárias (BRASIL, 2009b).

O FIL acumula-se nos alvéolos mamários entre as mamadas, bloqueando a secreção protéica. Quando a mama é esvaziada, rapidamente o bloqueio termina e as células mamárias reiniciam a produção de proteína e lactose, responsáveis pelo volume do leite. Desta forma, a ação do FIL parece explicar o efeito do esvaziamento mamário sob a produção láctea. É desta forma que a produção de leite se adapta às necessidades do lactente, de uma mamada para a seguinte e separadamente para cada uma das mamas. Depois dos seis meses de amamentação, a eficiência do tecido mamário para segregar leite aumenta, permitindo a manutenção da produção, ainda que as mamas aparentemente diminuam de volume (ANDERSON; VALDÉS, 2007).

2.1.4 Regulação do volume de leite

Assim que o bebê nasce, o corpo produz um pequeno volume de leite, de 37 a 169mL de colostro durante as primeiras 48 horas. A partir do quinto dia após o parto, uma mulher pode produzir de 500 a 750mL de leite diariamente, e após o 14º dia, de 700 a 1000mL diariamente. Mães de gêmeos ou trigêmeos podem produzir dois litros ou mais de leite por dia, revelando que mecanismos fisiológicos podem adaptar a produção de leite às necessidades nutricionais dos lactentes. Os lactentes podem regular o volume de leite produzido pela mãe por meio dos seguintes mecanismos(ANDERSON; VALDÉS, 2007).:

- Frequência das mamadas: um aumento na frequência das mamadas está associado ao aumento do volume de leite secretado.
- Esvaziamento completo das mamas: O esvaziamento mamário remove o FIL permitindo maior secreção de leite (ANDERSON; VALDÉS, 2007). Importante lembrar que para que ocorra o esvaziamento mamário é crucial que a pega esteja correta, pois este procedimento também evita o trauma mamilar e consequente dor, sintoma associado à inibição do reflexo de ejeção (GIUGLIANI, 2004).

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 AM em bebês prematuros

As mortes neonatais correspondem pelo menos os 44% das mortes entre crianças menores de cinco anos de idade em todo o mundo, resultando em 2,9 milhões de vidas perdidas a cada ano. O Brasil está em 10º lugar no ranking de morte neonatal (WHO, 2014).

Atualmente tem ocorrido uma redução da mortalidade materna e infantil gradativa no mundo todo, porém essa redução não acompanhou esses índices devido a uma menor atenção e investimento. Esse fato é um importante desafio que precisa ser enfrentado, como plano de ação deve-se concentrar a atenção sobre a saúde neonatal e identificar ações para melhorar a sobrevivência, saúde e desenvolvimento dos prematuros (UNICEF, 2014).

O AME até o sexto mês de vida é o alimento ideal para RN e lactentes. Esse fator é ainda mais importante para o bebê prematuro diante da sua alta vulnerabilidade, o LM ainda pode ser utilizado como uma estratégia barata para combate à mortalidade infantil (WHO, 2009a).

O leite de mães de prematuros apresenta peculiaridades, como maior teor de proteínas e nutrientes de fácil digestão e absorção (CASTELLOTE et al., 2011). Até o 28º dia após o nascimento do prematuro, o leite da mãe apresenta maior concentração de proteínas, lipídios, nitrogênio total, energia, cálcio, fósforo, sódio, zinco e IgA (BRASIL, 2009b; CASTELLOTE et al., 2011). São inúmeros os benefícios que o LM pode trazer para a saúde da mãe e especialmente para o bebê, dentre elas podemos destacar: 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. Para o prematuro vale destacar ainda a proteção contra enterocolite e sepse (BRASIL, 2011a). Um estudo com RN prematuros extremos em unidades de terapia intensiva neonatais (UTIN) dos Estados Unidos e da Áustria apontou que o AME é um fator protetor que reduz significativamente o risco de desenvolver enterocolite necrotizante, além de reduzir a necessidade de intervenção cirúrgica (SULLIVAN et al., 2010).

As práticas alimentares do desmame influenciam diretamente o estado nutricional, a saúde e a sobrevivência dos prematuros, e o impacto causado durante toda a vida pode incluir sobrepeso e obesidade, fraco desempenho escolar, produtividade diminuída, desenvolvimento intelectual e social prejudicados e reinternações frequentes ainda no primeiro ano de vida (BRASIL, 2011b; HORTA; VICTORA, 2013; BELFORT et al., 2013; SILVA et al., 2015).

O AM em prematuros também representa o principal fator para melhor interação do vínculo mãe-filho (BRAGA; MACHADO; BOSI, 2008; DAVIN; ENDERS; SILVA, 2010; EIDELMAN; SCHANLER, 2012; GUBERT et al., 2012). Essa relação foi comprovada em um estudo ao se observar sensibilidade materna mais favorável em mães de RN saudáveis, quando comparada à de mães de prematuros, associando esse resultado à atenção que desenvolveram na interação com o bebê durante a amamentação, demonstrando a importância dessa prática a fim de minimizar os efeitos do nascimento precoce (ALFAYA; SCHERMAN, 2005).

Amamentar o prematuro hospitalizado é um grande desafio em razão de sua imaturidade fisiológica e neurológica, do estado de alerta nas mamadas, da dificuldade em coordenar sucção-deglutição-respiração, da pega e postura do bebê (GUBERT et al., 2012; SCHEEREN et al., 2012). Consequentemente, as famílias dos prematuros necessitam de atenção especial para apoiar a prática da amamentação (SANCHES et al., 2004).

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

A gestação de risco e o nascimento de um filho prematuro podem ocorrer em um momento complicado na vida da mulher. Desde o pré-natal, durante a internação prolongada do prematuro e após a alta hospitalar. O apoio da família e da equipe de saúde têm papel fundamental e devem ser valorizadas as influências

socioculturais e psicológicas que podem interferir no decorrer do caminho, pois o desejo materno e apoio para a amamentação são essenciais para alcançar o sucesso do AM (DIOGO; SOUZA; ZOCCHÉ, 2011).

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

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

Pesquisa realizada em uma unidade com programa de incentivo ao AM do prematuro encontrou taxas de 90% nessa população em AM na alta hospitalar, com aproximadamente 50% deles em AME. Porém, 51% dos bebês foram desmamados antes do sexto mês de vida. As prevalências de AM encontradas para uma população tão específica como RN de muito baixo peso reforçam a ideia de que amamentar prematuros, embora desafiante, é factível desde que haja apoio e suporte apropriados ao binômio mãe-bebê (SASSA et al., 2013). Portanto, é importante ressaltar que o cuidado dessa família deve ter continuidade mesmo após a alta hospitalar.

Em um estudo de coorte que avaliou retrospectivamente bebês prematuros com peso menor que 1.500g, verificou na alta, que o tipo de dieta mais frequente foi o aleitamento complementado (61,6%), seguido da alimentação artificial (26,1%) e do AME (12,3%) (VALETE et al., 2009).

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

A manutenção do AM durante a internação do RN na UTIN está relacionada ao apoio e orientações que a mãe recebe dos profissionais e familiares durante esse período. Todavia, no cotidiano dos serviços, essas práticas nem

sempre são incorporadas às rotinas dos profissionais que prestam assistência aos prematuros (FLACKING; EWALD; WALLIN, 2011).

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

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

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

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

Em um estudo, evidenciou-se que um dos fatores que mais gerou insegurança e culpa nas mães foi a falta de conhecimento sobre o processo de amamentação. Tais sentimentos foram sanados quando houve o reconhecimento

materno de que poderiam contar com o apoio da equipe de saúde da unidade (DAVIN; ENDERS; SILVA, 2010).

Os profissionais de saúde devem ser capazes de reconhecer esses sentimentos maternos para lhes oferecer informações pertinentes em momentos oportunos, para que não haja excesso de orientações, o que leva a desconfortos e confusões, podendo influenciar negativamente no AM (DIOGO; SOUZA; ZOCHE, 2011). É um momento de incluir a mãe nos cuidados do seu bebê, dar oportunidade para segurar o filho no colo e relacionar-se com ele – atitude humanizada que diminui os sentimentos de exclusão resultante da permanência do filho no hospital.

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

Uma estratégia recomendada pela OMS (BRASIL, 2011a) que favorece o AM é a amamentação na primeira hora de vida, estabelecendo o vínculo mãe-bebê, o que promove e apoia a duração da amamentação (BOCCOLINI et al., 2011). Em um estudo, utilizaram-se dados secundários sobre a proporção de crianças amamentadas na primeira hora de vida e a taxa de mortalidade neonatal de 67 países. Os países com os menores percentis de AM na primeira hora de vida tiveram uma taxa 24% maior de mortalidade neonatal, enfatizando o efeito protetor da amamentação na primeira hora de vida sobre a mortalidade neonatal (BOCCOLINI et al., 2013).

A separação precoce imposta pela hospitalização e longa internação tem como consequências a menor estimulação da lactação e a dificuldade em mantê-la, agravando a insegurança e ansiedade maternas, levando até mesmo a mãe a desistir de amamentar (SANTOS; DITZ; COSTA, 2012).

A transição da alimentação é um período importante, durante o qual se deve investir em ações que contemplem tanto a assistência à mãe como ao prematuro, para que se obtenha sucesso no AM (SCOCHI et al., 2010).

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

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

Mais uma estratégia para a manutenção do AM é a prática da translactação em bebês prematuros, podendo aumentar a chance de manter o AME em cinco vezes mais quando comparado com o uso do copo, reforçando a avaliação da prontidão oral e apoio da equipe multiprofissional de saúde (ROSSETTO, 2010).

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

Iniciar e estabelecer o AM em prematuros é um desafio em unidades neonatais, principalmente pelo contato precoce e estímulo no peito, que são as duas maiores dificuldades quando o bebê está internado. Quanto mais precoce se inicia o estímulo à sucção no seio materno, aumenta a chance de alcançar o sucesso do AME em prematuros, diminuindo, desse modo, o tempo de internação do neonato (BRIERE et al., 2014).

Por outro lado, o tempo de internação prolongado pode acabar influenciando positivamente na amamentação. Um estudo realizado com prematuros nos Estados Unidos demonstrou que a internação na UTIN aumentou em 10% a probabilidade de continuação do AME após a alta hospitalar, provavelmente essas mães receberam maior tempo de cuidado e informações a respeito da importância do AM após a alta (COLAIZY; MORRIS, 2008).

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

Os problemas expostos para o início e a manutenção da produção do LM são de grande importância, para que a mãe seja capaz de amamentar um bebê prematuro ou doente. Durante o processo de internação a mãe deve ter o apoio da família e dos profissionais da saúde para ajudar a ter sucesso na superação de desafios fisiológicos e emocionais relacionados à lactação e amamentação (RENFREW et al., 2009). A mãe e a família devem ser orientadas que a longa permanência na UTIN não impede a amamentação (SCHEEREN et al., 2012).

Diante desse contexto, a equipe assistencial assume um papel importante no que diz respeito às práticas do AM, a qual detém o conhecimento técnico e científico adequado para o estabelecimento de um padrão para a alimentação do lactente.

Suas intervenções devem ter enfoque nos benefícios nutricionais, imunológicos, emocionais e fisiológicos para o binômio mãe-filho, embasados em justificativas científicas (SCOCHI et al. 2008; AMARAL et al., 2015).

Pode-se ressaltar a importância do incentivo às mães para que possam obter sucesso na prática do AM, visto que os desconfortos e dificuldades que podem acontecer nos primeiros dias de AM são considerados os principais motivos do desmame precoce (AZEVEDO et al., 2010).

Diante da prática encontrada e conjugada com as experiências clínicas das pesquisadoras, os principais problemas observados na amamentação do prematuro são:

- Bebês muito pequenos, muito prematuros, doentes e entubados;
- Longos períodos de hospitalização;
- Mães estressadas diante da gravidade do bebê;
- Dificuldades para a manutenção da produção láctea;
- Mães com baixa produção láctea por tempo prolongado sem sucção do bebê;
- Falta de consenso entre as práticas e condutas, gerando insegurança materna e conflito por condutas divergentes;
- Insegurança dos profissionais sobre que conduta tomar;
- Muita literatura, porém, não está organizada em uma diretriz norteadora.

3.2. Prática baseada em evidências (PBE)

A prática de saúde baseada em evidência teve início na década de 1970, a partir do desenvolvimento de pesquisas substanciais realizadas em empresas privadas. Porém, seu sucesso foi estabelecido em 1990 quando novas pesquisas começaram a utilizar a PBE como ponto de partida (YOST et al., 2014). A PBE associada a medicina iniciou no Canadá em 1970, com a finalidade de promover a melhoria da assistência à saúde e do ensino das profissões de saúde. Simultaneamente, no Reino Unido, essa prática se desenvolveu diante da necessidade de aumentar a eficiência, a qualidade dos serviços de saúde e diminuir os custos operacionais (SILVA et al., 2014).

Além da finalidade de melhorar a assistência e o ensino, a PBE busca identificar e promover práticas que funcionam, eliminando as ineficientes ou prejudiciais, reduzindo as lacunas entre a produção da evidência e sua aplicação no cuidado ao paciente (PIMENTA et al., 2015). Aproximadamente 40% dos pacientes não recebem cuidados de saúde baseados em evidências e até 25% sofrem intervenções desnecessárias ou mesmo prejudiciais (OYE et al., 2016).

Evidência é aquilo que é claro, ou seja, a constatação de uma verdade que não se tem dúvida. Evidência científica representa uma prova de que um determinado conhecimento é verdadeiro ou falso. Para se ter uma evidência científica é necessário que exista pesquisa prévia, conduzida dentro dos preceitos científicos (KITSON; HARVEY, 2016). No ano de 2000, estimava-se que aproximadamente dois milhões de pesquisas eram publicadas nos mais de 20000 periódicos biomédicos circulantes no mundo. Por outro lado, o processo de disseminação do conhecimento ao término de uma pesquisa (ex.: publicação de resultados de pesquisa em artigos ou eventos científicos) não garante a utilização do conhecimento pelos profissionais de saúde (GAGNON et al., 2014). Para haver a transferência do conhecimento para a prática, é necessário o envolvimento, engajamento e integração daqueles que irão utilizar o conhecimento em todas suas etapas (OELKE; LIMA; ACOSTA, 2015). Embora seja crescente o número de pesquisas e publicações, os resultados da pesquisa clínica ou de saúde pública não vão modificar a realidade da população a menos que os serviços e os profissionais da saúde os adotem em sua prática. Atualmente são necessários de oito a 30 anos para que as evidências de pesquisa sejam adotadas na prática de enfermagem, o

que aponta uma significativa lacuna entre a produção do conhecimento e sua aplicação na cabeceira do leito, ou seja, na prática clínica diária (GRIMSHAW et al, 2012; STRAUS; TETROE; GRAHAM, 2009).

A educação exige considerar um leque de aspectos que preparem os profissionais, a equipe, os pais e cuidadores para desenvolver a sua potencialidade e cidadania. A participação ativa da família, principalmente na área materno-infantil, é outra tendência crescente na tomada de decisão e escolha informada acerca de todos os aspectos da vida em sociedade que requer a atualização permanente de conhecimentos pelos profissionais para promover o cuidado com qualidade. Novos recursos tecnológicos e instrumentos de trabalho são ferramentas importantes para melhoria da qualidade do ensino de profissionais da saúde/enfermeiros, responsáveis pelo cuidado das crianças e suas famílias.

Resultados favoráveis que podem ser derivados de uma PBE são os protocolos, as diretrizes e padronizações da prática clínica, os quais guiam para uma assistência mais consistente, alta qualidade de cuidado e melhor satisfação pelos resultados obtidos não só das famílias, mas também para o provedor do cuidado (MELNYK et al., 2009).

Barreiras e facilitadores para a implementação da PBE

Alguns estudiosos da PBE têm desenvolvido pesquisas com o objetivo de compreender melhor o seu processo de implementação. Estudo descritivo qualitativo, realizado em Medellín, na Colômbia, entrevistou enfermeiros sobre as principais barreiras e elementos facilitadores para a implantação da PBE em suas realidades (ELLEN, 2014). Entre as barreiras foram apontados quatro principais fatores: 1) a falta de reconhecimento da enfermagem como uma profissão autônoma, 2) a falta de incentivos para os enfermeiros prosseguirem em formação avançada ou desenvolver pesquisas, 3) disponibilidade limitada e baixa utilização de evidências científicas em enfermagem e 4) falta de comunicação entre a academia e os profissionais da prática clínica. Como elementos facilitadores foram apontados: 1) aumento do número de enfermeiros que buscam oportunidades de formação avançada, 2) formação de profissionais especialistas em PBE 3) acesso a pesquisas e investigações internacionais e 4) parcerias entre as universidades e as instituições clínicas.

Por sua vez, estudo qualitativo realizado no Canadá que avaliou as barreiras e os elementos facilitadores para a tomada de decisão baseada em evidências científica, identificou como barreiras: 1) recursos financeiros restritos, 2) limitações de tempo, 3) atitudes negativas (ou resistência) para a mudança. O principal facilitador apontado foi o interesse do sistema de saúde em investir com recursos financeiros para criar uma cultura de saúde baseada em evidência nos últimos anos nas organizações de saúde (ELLEN, 2014).

Existem vários fatores de âmbito individual, ambiental, organizacional e cultural que influenciam na implantação da PBE (VISRAM; GOODALL; STEVEN, 2014).

Embora não tenha sido encontrado nenhum estudo com abordagem semelhante para compreensão desse fenômeno no Brasil, a PBE ainda é pouco difundida e sua utilização é pequena entre os enfermeiros, enquanto em outros países como o Canadá, Reino Unido e Estados Unidos ela é uma abordagem amplamente discutida e desenvolvida desde a década de 1990 (MELNYK et al., 2010).

Para que a enfermagem nacional e internacional possa superar as diversas barreiras para implementar a PBE é preciso desenvolver o espírito investigativo nos profissionais, por meio de investimentos em capacitação para o processo investigativo, utilizar os resultados das pesquisas na prática clínica, para superar as dificuldades da avaliação crítica dos estudos disponíveis e da aplicação do novo conhecimento na prática.

Atualmente com o grande volume de produção científica, existe uma enorme quantidade e complexidade de informações na área da saúde, porém muitas vezes o tempo limitado dos profissionais têm determinado a necessidade do desenvolvimento de processos que proporcionem caminhos concisos até os resultados oriundos de pesquisas científicas; assim, a revisão sistemática é um recurso importante da PBE (GALVÃO; SAWADA; TREVIZAN, 2004). A partir das revisões, a enfermagem produz subsídios para fundamentar a tomada de decisão sobre a melhor prática para o cliente e confere mais autonomia e, conseqüentemente, fortalece a profissão (MELNYK et al., 2010).

3.3. Revisão Sistemática

A revisão de literatura é entendida como a busca e análise crítica das publicações e pode ser diferenciada em revisão integrativa e revisão sistemática. A utilização desses dois métodos de pesquisa são pilares da PBE, desde que sigam um método científico que lhe confirmem validade. A revisão sistemática é uma síntese rigorosa de todas as pesquisas relacionadas com uma questão específica. Podem ser desenvolvidas revisões sistemáticas sobre causa, diagnóstico, prognóstico de um problema de saúde; mas geralmente, envolve a eficácia de uma intervenção para a resolução do mesmo (GALVÃO; SAWADA; TREVIZAN, 2004).

Para desenvolver uma revisão sistemática, é necessário ter um segundo revisor, possivelmente um pesquisador assistente, para selecionar os estudos, avaliar a qualidade dos estudos selecionados, extrair os dados e realizar a análise. Esse trabalho em conjunto com um segundo revisor ajuda a evitar vieses (GONÇALVES et al., 2016).

A revisão sistemática difere da revisão tradicional, uma vez que busca superar possíveis vieses em todas as etapas, seguindo um método rigoroso de busca e seleção de pesquisas; avaliação da relevância e validade das pesquisas encontradas; coleta, síntese e interpretação dos dados oriundos das pesquisas (GALVÃO; SAWADA; TREVIZAN, 2004). Tem como princípio a exaustão na busca dos estudos analisados e a seleção justificada dos estudos. A busca deve ser norteada por critérios de inclusão e exclusão explícitos e da avaliação da qualidade metodológica (URRA; BARRÍA, 2010).

Pode estabelecer lacunas do conhecimento e identificar áreas que ainda precisam de futuras pesquisas, trata-se de um recurso valioso de informações para a tomada de decisões (GALVÃO; SAWADA; TREVIZAN, 2004).

As etapas para elaboração de uma revisão sistemática são:

A. Identificação do problema

A primeira fase do processo para a condução da revisão sistemática é feita a partir de um determinado problema de pesquisa, que requer que o profissional faça o exercício de identificar um problema clínico que surge na prática e assim questionar essa prática (MCGRATH, 2010)

Para a elaboração da revisão sistemática, é necessário definir seus componentes: a pergunta norteadora, os critérios de inclusão, as estratégias para buscar os textos, como as pesquisas serão avaliadas criticamente, a coleta e síntese dos dados (GALVÃO; SAWADA; TREVIZAN, 2004).

B. Formulação da pergunta clínica em formato PICO

A estratégia da pergunta de pesquisa bem estruturada é denominada PICO (Paciente, Intervenção, Comparação e desfecho), demonstra um acrônimo. Esses quatro componentes são os elementos fundamentais da questão de pesquisa e da construção da pergunta para a busca bibliográfica de evidências" (PIMENTA et al., 2015).

Uma pergunta bem estruturada e sistemática delimita o problema - quem é o paciente e qual sua condição, qual intervenção/cuidado quero prestar, se há outra intervenção/cuidado mais eficaz, de igual ou pior eficácia. Nessa etapa, ter clareza sobre qual é a dúvida para uma tomada de decisão tende a resultar em uma pesquisa de literatura mais específica e, possivelmente, mais efetiva. A questão de pesquisa deve ser específica, estruturada e clara, e de relevância para o cuidado/assistência de enfermagem (PEREIRA; GALVÃO, 2014; CRUZ; PIMENTA, 2005).

Quadro 1: Estrutura da pergunta clínica em formato PICO

Acrônimo	Definição	Descrição
P	População/tipo de doente e condição	Pode ser um único paciente, um grupo de pacientes com uma condição particular ou um problema de saúde.
I	Intervenção ou situação de interesse	Representa a intervenção de interesse, que pode ser terapêutica, farmacológica, educacional, nutricional, uso de meios físicos, biológicos, psicossociais, administrativas, diagnósticas e etiológicas.
C	Controle/comparação	Definida como uma intervenção padrão, a intervenção mais utilizada ou nenhuma intervenção.
O	Desfecho/resultado (<i>Outcome</i>)	Resultado esperado, principal e secundário.

FONTE: (PIMENTA et al.; 2015)

Obs: Alguns autores trazem a letra "S" no final da pergunta PICO, ficando PICOS, sendo o "S" utilizado para descrever o tipo de estudo (PEREIRA; GALVÃO, 2014).

C. Busca das evidências na literatura ou outros recursos relevantes de informações

Para responder a pergunta de pesquisa é necessário identificar os descritores que são utilizados para indexação de artigos nas bases de dados, pois são comandos e linguagens específicas que permitem a interação com os sistemas automatizados. Caso contrário, a sua busca pode ser imprecisa e ineficaz, podendo não recuperar todos os registros indexados por mecanismos de comunicação inadequados com o sistema. Os vocabulários de descritores controlados mais conhecidos são o Medical Subject Headings - MeSH (MEDLINE/PubMed), o Descritores em Ciências da Saúde - DeCS (BIREME) e o Embase subject headings - Emtree (EMBASE) (PEREIRA; GALVÃO, 2014).

A conexão entre os descritores escolhidos para a estratégia de busca deve ser estabelecida pelos operadores booleanos *AND*, *OR* e *NOT*. Esses termos permitem realizar combinações dos descritores que serão utilizados na busca, sendo *AND* uma combinação restritiva, *OR* uma combinação aditiva e *NOT* uma combinação excludente (PIMENTA et al., 2015).

Depois de organizada a estratégia de busca, definem-se as bases de dados que serão analisadas e outras fontes de informação que serão pesquisadas. Existem diversas bases de dados em saúde e enfermagem e é fundamental conhecer a sua natureza e fazer a busca no maior número possível daquelas que forem pertinentes ao seu propósito. Quanto melhor planejada as estratégias de busca, maior a confiabilidade da revisão e menor risco de viés de publicação (CRUZ; PIMENTA, 2005).

Dentre as possíveis fontes de informação – artigos publicados e indexados, publicados e não indexados, dissertações, teses, estudos em andamento, capítulos de livros e resumos em anais - as principais fontes são os artigos publicados em periódicos e o principal recurso de busca consiste nas bases de dados eletrônicas (CRUZ; PIMENTA, 2005).

Os livros-textos contêm informações existentes há, no mínimo, dois anos da época de sua publicação, devido ao tempo requerido para preparação, edição e produção. Os periódicos são fontes de atualização permanente por ser veículo para divulgar os avanços e as novas ideias sobre diversos assuntos. Entretanto, a escolha deve considerar se o periódico tem comitê de revisores para

avaliação do material publicado; a base de indexação da revista, a abrangência do periódico, se é local, nacional ou internacional; e se o periódico inclui relatos de pesquisas ou somente notícias profissionais, relatos de experiências e discussões gerais sobre assuntos clínicos atuais (CRUZ; PIMENTA, 2005).

As teses e dissertações oferecem valiosas informações, porém quando comparadas com publicações em periódicos científicos, podem não possuir o mesmo grau de rigor que os artigos, considerando que não passou pelos critérios e exigências de padrão de qualidade para publicação (CRUZ; PIMENTA, 2005).

Bases de dados são conjuntos de registros organizados sistematicamente (PEREIRA; GALVÃO, 2014). As fontes de informação são classificadas em primárias e secundárias.

As bases primárias são mais úteis para localização de informações complementares às apresentadas nas bases secundárias, especialmente quando não existirem dados suficientes nas bases secundárias para embasar as decisões clínicas ou os dados não estiverem atualizados (PIMENTA et al., 2015).

Base de dados primários reúne os estudos que relatam os resultados de pesquisa em primeira mão e estão sendo publicados na sua forma original. Exemplos: Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Embase, Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (Lilacs), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Base de dados de enfermagem (BDENF), Sistema de Informação da Biblioteca OMS (WHOLIS), entre outras.

Bases secundárias publicam aquelas informações originais que foram comentadas e avaliadas criticamente de acordo com os princípios da PBE. O BDENf e o PERlenf são exemplos de bases secundárias das publicações brasileiras de enfermagem.

A rede de colaboração Cochrane, o periódico Evidence Based Nursing, o Instituto Joanna Briggs de Revisão Sistemática, o periódico Evidence Based Medicine, ACP Journal Club, Evidence Based Medicine, InfoPOEMs, Journal of Evidence-Based Health Care, Evidence Based Obstetrics & Gynecology, Evidence Based Pediatrics & Child Health, Biblioteca Cochrane entre outros, são exemplos de fontes secundárias (PIMENTA et al., 2015)

As fontes de informações filtradas são representadas pelos periódicos que apresentam análises críticas de pesquisas relatadas em diversas

fontes. A vantagem de utilizar as bases de dados secundárias, é economizar o tempo que poderia ser despendido na recuperação de pesquisas sem o rigor metodológico adequado, o que só seria identificado após ler o resumo ou o artigo como um todo (PIMENTA et al., 2015).

D. Seleção dos estudos

O processo de seleção deve ser guiado pelos critérios determinados previamente no protocolo de pesquisa, esse processo é realizado em duas fases, tendo como finalidade: incluir os melhores estudos, evitar a inclusão de pesquisas não adequadas ao objetivo proposto e a exclusão de publicações importantes (GALVÃO; SAWADA; TREVIZAN, 2004).

- **Fase 1** - avaliação dos títulos e dos resumos de todos os estudos identificados;
- **Fase 2** - avaliação do texto completo de todas as publicações selecionadas na primeira fase (PIMENTA et al., 2015).

E. Análise crítica das evidências disponíveis

A avaliação crítica consiste na fase na qual todos os estudos selecionados são avaliados com rigor metodológico, com o propósito de averiguar se os métodos e resultados das pesquisas são suficientemente válidos para serem considerados. A avaliação crítica dos estudos é uma fase difícil, pois o revisor necessita julgar o delineamento de cada pesquisa, sua condução e os resultados encontrados (GALVÃO; SAWADA; TREVIZAN, 2004).

Os métodos das pesquisas científicas são analisados rigorosamente para verificar se são suficientemente válidos e apropriados para a questão de pesquisa. Dependendo do tipo de estudo e pergunta de pesquisa, o parecer pode variar. Existem diferentes escalas para avaliar a qualidade metodológica dos estudos, algumas utilizadas no Brasil são:

- *CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials)*;
- *CASP (Critical Appraisal Skills Programme)*;
- *Van TULDER*;
- *Newcatle-Otawa*;
- *STARD (Standards for the Reporting of Diagnostic Accuracy Studies)*;

- *GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation)*. (PIMENTA et al., 2015).

A avaliação das evidências configura-se como um movimento que surge para ligar a teoria à prática, uma vez que objetiva reunir, aplicar e avaliar os melhores resultados de pesquisa para uma conduta clínica segura, com qualidade e baixo custo (JAAFAR; LEE; HO, 2012).

F. Síntese dos dados

A finalidade dessa fase da revisão sistemática é sintetizar os dados resultantes de cada estudo para fornecer uma estimativa da eficácia da intervenção investigada (GALVÃO; PEREIRA, 2015). Assim, os resultados podem ser apresentados em publicações científicas como livros, artigos e diretrizes.

3.3.1 Níveis de Evidência

Na classificação, apresentamos no quadro 2 os Níveis de Evidência de acordo com a sua hierarquia de força da evidência produzida (consistência dos resultados), sendo o nível I com maior força e o nível VII de menor força (CENTRE FOR EVIDENCE-BASED MEDICINE, 2011):

Quadro 2 - Hierarquia de classificação do nível de evidência.

NÍVEL DE EVIDÊNCIA	TIPO DE ESTUDO	DESCRIÇÃO
I	Revisão Sistemática ou Metanálise	Evidência forte de pelo menos, uma revisão sistemática de múltiplos estudos randomizados controlados bem delineados.
II	Ensaio Clínico Controlado Randomizado	Evidência forte de, pelo menos, um estudo randomizado controlado de delineamento apropriado e tamanho adequado.
III	Ensaio Clínico Controlado sem Randomização	Evidência de estudos bem delineados sem randomização, grupo único pré e pós, coorte, séries temporais ou caso.
IV	Caso-controle ou Coorte	Evidência de estudos bem delineados não experimentais realizados em mais de um centro ou grupo de pesquisas.
V	Revisão Sistemática de Estudos Qualitativos ou Descritivos	Opiniões de autoridades respeitadas, baseadas em evidências clínicas, estudos descritivos ou relatórios de comitês de especialistas
VI	Estudo Qualitativo ou Descritivo	Estudo qualitativo: recolhe dados sobre o comportamento humano para entender o motivo e como as decisões são tomadas. Estudo descritivo: fornece informações básicas sobre o que, onde, e quando de um determinado tema de interesse.
VII	Opinião ou Consenso	Opinião de comitê de especialistas.

FONTE: Adaptado de *Centre for Evidence Based Medicine. Oxford (2011)*.

Entretanto, utilizar-se de outros itens de avaliação que não somente o delineamento de estudo, mas também as limitações metodológicas (risco de viés), inconsistência, evidência indireta, imprecisão e viés de publicação são de valiosa importância no processo de construção de uma revisão sistemática (GALVÃO; SAWADA; TREVIZAN, 2004).

Para o desenvolvimento dessa revisão sistemática adotamos o sistema GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation). O GRADE é idealizado para uso em diretrizes clínicas baseadas em evidências que fornece metodologia clara e objetiva para classificação do nível de evidência científica e força de recomendação para se adotar ou não determinada conduta (BRASIL, 2014).

O GRADE é um sistema desenvolvido por um grupo colaborativo de pesquisadores que visa a criação de um sistema universal, transparente e sensível para graduar a qualidade das evidências e a força de recomendação. Mais de 80 instituições utilizam o GRADE, entre elas a Organização Mundial da Saúde (OMS), o

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), o Centers for Disease Control and Prevention (CDC) e a colaboração Cochrane e o Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2014).

Nível de evidência representa a confiança na informação utilizada em apoio a uma determinada recomendação. No GRADE a qualidade da evidência é classificada em quatro níveis: Alto, Moderado, Baixo e Muito Baixo; conforme o quadro 3 (BRASIL, 2014):

Quadro 3 - Níveis de evidencia baseado no sistema GRADE

Níveis de Evidência de acordo com o sistema GRADE			
Nível	Definição	Implicações	Fonte de informação
Alto	Há forte confiança de que o verdadeiro efeito esteja próximo daquele estimado.	É improvável que trabalhos adicionais irão modificar a confiança na estimativa do efeito.	- Ensaio clínico bem delineado, com amostra representativa. - Em alguns casos, estudos observacionais bem delineados, com achados consistentes*.
Moderado	Há confiança moderada no efeito estimado.	Trabalhos futuros poderão modificar a confiança na estimativa de efeito, podendo, inclusive, modificar a estimativa.	- Ensaio clínico com limitações leves**. - Estudos observacionais bem delineados, com achados consistentes*.
Baixo	A confiança no efeito é limitada.	Trabalhos futuros provavelmente terão um impacto importante em nossa confiança na estimativa de efeito.	- Ensaio clínico com limitações moderadas**. - Estudos observacionais comparativos: coorte e caso-controle
Muito Baixo	A confiança na estimativa de efeito é muito limitada. Há importante grau de incerteza nos achados.	Qualquer estimativa de efeito é incerta	- Ensaio clínico com limitações graves**. - Estudos observacionais comparativos presença de limitações**. - Estudos observacionais não comparados***. - Opiniões de especialistas.

FONTE: (BRASIL, 2014)

*Estudos de coorte sem limitações metodológicas, com achados consistentes apresentado tamanho de efeito grande e/ou gradiente dose resposta.

**Limitações: vieses no delineamento do estudo, inconsistência nos resultados, desfechos substitutos ou validade externa comprometida.

***Séries e relatos de casos.

A classificação inicial da qualidade da evidência é definida a partir do delineamento dos estudos, porém é necessário fazer uma avaliação de outros critérios, pois a partir do julgamento desses aspectos é possível reduzir ou elevar o nível da evidência (BRASIL; 2014)

Outros critérios avaliados para além dos delineamentos de estudos são:

Limitações metodológicas (risco de viés)

As limitações metodológicas indicam uma maior propensão a vieses, diminuindo assim a confiança na estimativa de efeito. Na presença de limitações relevantes, elas podem ser classificadas em graves ou muito graves, reduzindo respectivamente em um ou dois níveis, dependendo de como os mesmos aumentam as incertezas sobre a estimativa apresentada. A avaliação do risco de viés no sistema GRADE é realizada para o conjunto da evidência, não para estudos individuais (BRASIL, 2014).

Inconsistencia

O julgamento da inconsistência é baseado na similaridade das estimativas de efeito, na sobreposição dos intervalos de confiança e em critérios estatísticos (BRASIL, 2014).

Evidência indireta

Evidência indireta em que os participantes, intervenções ou desfechos avaliados nos estudos são substancialmente diferentes daqueles considerados na questão de pesquisa (PICO) (BRASIL, 2014).

Imprecisão

O principal critério utilizado pelo sistema GRADE para julgar a precisão das estimativas é a amplitude do intervalo de confiança de 95% (BRASIL, 2014).

Viés de publicação

Observar se as pesquisas tem algum tipo de financiamento (por exemplo, patrocínio da indústria farmacêutica) (BRASIL; 2014).

Força de recomendação

Já em relação a força de recomendação, poderá ser classificada em forte ou fraca. A força de recomendação em forte/recomendável, é quando os efeitos desejáveis de uma intervenção superam, claramente, os efeitos indesejáveis e

fraca/sugerida, quando há um certo grau de incerteza sobre a relação entre vantagens e desvantagens de uma determinada conduta (BRASIL, 2014).

A qualidade de uma diretriz clínica está diretamente relacionada à confiança de que os vieses potenciais do desenvolvimento foram adequadamente abordados, que as orientações são exequíveis, que apresente validades interna e externa, além de levar em consideração os benefícios, riscos e custos das recomendações (RIBEIRO, 2010).

Diretriz clínica

Existe grande variabilidade de informações e condutas clínicas nos serviços de saúde, em sua grande parte sem evidência científica relevante para explicá-las. Diante de uma heterogenia de informações, surge a necessidade de um gerenciamento de forma a instrumentalizar os profissionais de saúde e, dessa forma homogeneizar suas condutas, tornando-as mais efetivas, com custos mais razoáveis criando, assim, uma diretriz clínica (RIBEIRO, 2010).

Diretriz clínica é um conjunto de recomendações elaboradas de forma sistemática para apoiar em decisões da clínicas e do paciente acerca dos melhores cuidados de saúde em circunstâncias clínicas específicas (DRIESSNACK; SOUSA; MENDES, 2016). Além disso, as diretrizes clínicas têm um importante papel na formação de políticas de saúde e pode ser utilizada em todo o processo de saúde, ou seja, na prevenção, diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2009a).

Para a construção de uma diretriz deve-se ter metodologias apropriadas e estratégias rigorosas no processo do seu desenvolvimento, as quais são importantes para o sucesso da implementação das recomendações. A qualidade das diretrizes pode ser extremamente variável e algumas frequentemente não alcançam os padrões básicos (RIBEIRO, 2010).

Sobre outros delineamentos de estudo, que não as revisões sistemáticas, as pesquisas clínicas são aquelas que respondem a uma dúvida da prática clínica, frequentemente envolve a eficácia de uma intervenção para a solução desse problema e geralmente está relacionada à algum diagnóstico, prognóstico, tratamento, situação; e um tratamento/intervenção, que pode ser o uso de fármacos, de ações educacionais entre outras.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar uma diretriz clínica alicerçada em práticas baseadas em evidências para o manejo clínico das principais dificuldades apresentadas no AM dos bebês prematuros desde o nascimento até o período após a alta hospitalar.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar uma revisão sistemática dos principais problemas relacionados com o processo de amamentação do bebê prematuro, baseada em evidências científicas.
- Classificar as evidências de acordo com os níveis de evidência baseado no sistema GRADE.
- Sistematizar um quadro com as condutas de acordo com as principais evidências e respectivas forças de recomendação

5 MATERIAL E MÉTODO

O método de pesquisa desenvolvido para essa diretriz foi a Revisão Sistemática, que é o uso de métodos rigorosos e explícitos de busca sistemática da literatura, análise crítica dos estudos e síntese da informação disponível para responder a uma pergunta e um problema específico da área da saúde (PEREIRA, GALVÃO; 2014, MEDINA, PAILAQUILÉN; 2010).

Para efetuar o trabalho, foi escolhido o tema de aleitamento do prematuro. Como a revisão sistemática é objeto e método nesta dissertação, um capítulo lhe foi dedicado (Cap. 3.3), o que dispensa sua fundamentação na presente seção.

5.1 Questões formuladas por meio da estratégia PICO

A pergunta geral que orientou primeiramente a seleção dos estudos para análise foi: De acordo com as evidências, quais intervenções/conduas são mais apropriadas para o manejo das principais dificuldades comumente apresentadas no AM do bebê prematuro?

Após essa primeira pergunta, as pesquisas subsequentes foram divididas em três eixos: produção láctea, início da sucção no peito e avaliação da mamada. O primeiro eixo produção láctea ainda foi subdividido em: ordenha, contato pele a pele, alojamento conjunto, ações educativas e galactogogos. Porém, o tema da ordenha foi novamente subdividido em: início precoce, frequência, tipo de ordenha (manual/elétrica) e recursos adicionais. Para cada subtema, foi desenvolvida uma pergunta do tipo PICO específica, totalizando 10 perguntas apresentadas no quadro 4:

:

Quadro 4 - Perguntas formuladas por meio da estratégia PICO

Eixos	Pergunta para cada subgrupo
1 Produção láctea	<p>1.1 Ordenha Em mães de prematuros, quais os principais aspectos a serem observados na ordenha, para a manutenção da produção láctea?</p> <p>1.1.1 Início precoce Em mães de prematuros, quando iniciar a ordenha para a manutenção da produção láctea?</p> <p>1.1.2 Frequência da ordenha Em mães de bebês prematuros, qual a frequência da ordenha a ser realizada para a manutenção da produção láctea?</p> <p>1.1.3 Tipos de ordenha (manual e/ou elétrica) Em mães de prematuros, qual tipo de ordenha (manual/elétrica) a ser realizada para a manutenção da produção láctea?</p> <p>1.1.4 Recursos adicionais para ordenha Em mães de prematuros, quais recursos adicionais à ordenha são efetivos para a manutenção da produção láctea?</p> <p>1.2 Contato pele a pele Qual a efetividade do contato pele a pele para o prematuro, comparado ao cuidado convencional, sobre o sucesso do AM?</p> <p>1.3 Alojamento conjunto Qual a efetividade do alojamento conjunto em Unidade neonatal, comparada ao cuidado convencional para o sucesso do AM no prematuro?</p> <p>1.4 Ações educativas de promoção do AM do prematuro Qual a efetividade da ação educativa específica para AM de prematuro, comparada a nenhuma intervenção educativa para o sucesso do AM?</p> <p>1.5 Galactogogo Qual a efetividade do uso do galactogogo, comparada a nenhuma medicação, para o sucesso do AM?</p>
2 Início da Sucção no peito	Quais as evidências científicas que fundamentam o início da sucção do prematuro no peito de sua mãe?
3 Avaliação da Mamada	Quais aspectos devem ser avaliados para considerar uma mamada eficaz no prematuro?

5.2 Critérios de inclusão

Foram incluídos os estudos que respondiam às perguntas formuladas por meio da estratégia PICO, identificadas como tal pelo título, resumo ou metodologia e que tratassem do assunto nos idiomas inglês, português, espanhol ou francês sem limites de data.

5.3 Critérios de exclusão

Foram excluídos os estudos duplicados, artigos que não estavam relacionados com prematuros (bebês maiores que 37 semanas), aqueles que não responderam especificamente à pergunta de pesquisa e um estudo que não foi possível encontrar na íntegra, mesmo depois de realizar as buscas via Programa de Comutação Bibliográfica (COMUT) e por contato direto com os autores sem sucesso.

5.4 Organização e processamento das publicações identificadas

As publicações identificadas foram organizadas em pastas do Excel, com as seguintes informações: título do estudo, nomes dos autores, ano de publicação, país, objetivo, delineamento do estudo, método utilizado, nível da evidencia, qualidade individual, participantes, limitações metodológicas, intervalo de confiança, resultados e observações.

5.5 Estratégias de busca

A estratégia de pesquisa foi capaz de identificar os estudos que são relevantes e que contribuíam para responder à questão de investigação da revisão sistemática.

Para a busca, foram utilizados três passos em todos os componentes desta revisão. Foi realizada uma busca inicial com a seleção dos descritores em Ciências da Saúde, baseadas no MeSH e no DeCS.

As palavras foram observadas nos títulos, resumos e nos próprios descritores. No segundo passo foi feito os cruzamentos dos descritores utilizando os booleanos AND e OR. No terceiro passo foi aplicado o método "bola de neve", nos artigos encontrados, que se refere a buscar as referências nas referências dos artigos selecionados.

As bases de dados nas quais foram feitas as buscas foram: **BDENF, Biblioteca Cochrane, LILACS, CINAHL e Portal PubMed** (APÊNDICE A).

5.6 Seleção dos estudos

Inicialmente, todas as publicações identificadas nas bases de dados eletrônicas foram lidas superficialmente e dinamicamente e analisadas considerando-se o título e o resumo.

Todas as publicações que atenderam aos critérios de inclusão, segundo os critérios das questões PICO, foram selecionadas para a etapa seguinte, na qual todas foram lidas e analisadas integralmente por duas revisoras. Após essa avaliação, as que preencheram os critérios de inclusão foram incorporadas na revisão sistemática. Os estudos lidos integralmente que não atenderam aos critérios de inclusão foram separados e não integrados na revisão.

5.7 Análise crítica dos estudos e avaliação da qualidade

Os estudos foram selecionados e analisados criteriosamente quanto à qualidade e padrões de consistência interna de acordo com: pergunta de pesquisa, metodologia, amostragem, principais desfechos e limitações existentes.

As etapas utilizadas para essa revisão foram as seguintes: identificação do problema (formulação da pergunta PICO), busca bibliográfica, análise e avaliação dos estudos, classificação do nível de evidencia de acordo com nível e qualidade e elaboração das recomendações.

Os estudos selecionados foram avaliados previamente por dois revisores, por meio do GRADE, detalhado no capítulo 3 item 3.3.

5.8 Aspectos éticos da pesquisa

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da Universidade Estadual de Londrina; sob o CAAE nº 51823315.7.0000.5231 (Anexo 1).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 MANUSCRITO 1

Diretriz clínica para o manejo do aleitamento materno no prematuro: uma prática baseada em evidências

Milena Torres Guilhem Lago¹; Edilaine Giovanini Rossetto²; Sarah Nancy Deggau Hegeto de Souza³; Cláudia Silveira Vieira⁴, Carmen Gracinda Silvan Scochi⁵

1. Mestre em Enfermagem. Enfermeira. Universidade Estadual de Londrina (UEL).

Email: milena_mtg@hotmail.com

2. Orientadora. Phd, Professor Adjunto, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil.

3. Phd, Professor Adjunto, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil.

4. Phd, Docente Associad, Unioeste, Cascavel, PR, Brasil.

5. Phd, Professor Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Revista escolhida: Latino Americana de Enfermagem

Objetivo: elaborar uma diretriz clínica alicerçada na abordagem de práticas baseadas em evidências para apoiar as condutas no manejo das principais dificuldades apresentadas no aleitamento materno dos prematuros desde o nascimento até o período após a alta hospitalar.

Método: Trata-se de uma revisão sistemática, na qual foi utilizada o sistema *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* para avaliar criteriosamente as evidencias e oferecer recomendações práticas com a melhor qualificação possível. Resultados:

Foram consultadas cinco bases de dados, identificando-se inicialmente 9815 estudos e após

aplicação dos critérios de seleção, 52 estudos originaram 10 recomendações de práticas relacionadas a produção láctea, início da sucção no peito e avaliação da mamada. A maioria dos estudos encontrados foram classificados como baixo nível de evidência e, conseqüentemente, metade das práticas indicadas não foram fortemente recomendadas, embora pareçam contribuir para o apoio, fortalecimento e sucesso do aleitamento materno do prematuro. Conclusão: Essa diretriz apontou as lacunas de estudos para sustentar uma prática baseada em evidências no manejo do aleitamento materno do prematuro.

Descritores: Prematuro; Aleitamento Materno; Prática Clínica Baseada em Evidências; Enfermagem Baseada em Evidências; Guia de Prática Clínica; Enfermagem Neonatal.

Descriptors: Premature; Breast Feeding; Evidence-Based Practice; Evidence-Based Nursing; Practice Guideline; Neonatal Nursing.

Descriptores: Prematuro; Lactancia Materna; Práctica Clínica Basada en la Evidencia; Enfermería Basada en la Evidencia; Guía de Práctica Clínica; Enfermería Neonatal.

Introdução

A prematuridade e suas complicações são as principais causas de mortalidade e morbidade neonatal, o que corresponde a 45% das mortes entre Recém-Nascidos (RN) no Brasil que, ocupa o décimo lugar entre os países com maior número de nascimentos prematuros⁽¹⁾. O Aleitamento Materno (AM) constitui-se então em uma das principais estratégias para reduzir a morbimortalidade em prematuros considerando uma relação custo-benefício⁽²⁾. Além de proporcionar nutrição, imunização e proteção, possibilita um crescimento e desenvolvimento saudável, auxilia na maturação gastrointestinal, reduzindo os riscos de enterocolite necrotizante⁽³⁾, protege da retinopatia da prematuridade⁽⁴⁾, previne alergias alimentares, doenças cardiovasculares, sobrepeso e obesidade⁽⁵⁻⁶⁾, infecções neonatais

e pode influenciar diretamente no desenvolvimento cognitivo das crianças⁽⁷⁾ e favorecer a construção e o fortalecimento do vínculo afetivo entre a mãe e o bebê⁽⁸⁻⁹⁾.

Entretanto, amamentar um prematuro não é tarefa fácil, principalmente em razão de sua imaturidade fisiológica e neurológica, dificuldade na coordenação e controle de sucção, deglutição e respiração⁽¹⁰⁻¹¹⁾. Outros fatores também concorrem para o risco de desmame precoce com a alta morbidade, longos períodos de internação, falta do contato precoce entre mãe e bebê, mães com estado emocional abalado, dificuldade para manter a produção láctea da mãe, técnicas inapropriadas de alimentação, dificuldade para iniciar e transicionar a alimentação, ausência de estímulo à amamentação, manejo inadequado pelos profissionais e fatores organizacionais e institucionais⁽⁹⁻¹⁴⁾.

Diante do desafio de amamentar um prematuro, existem inúmeras publicações científicas a respeito do tema, mas, além de frequentemente controversas, não estão reunidas e sistematizadas em uma só produção sustentada por evidências científicas, de maneira que possa facilitar o acesso dos profissionais, reduzir as divergências nas condutas profissionais e oferecer assim uma assistência melhor qualificada.

Considerando a complexidade e necessidade de integração das diversificadas opções de ações que podem ser realizadas desde o período antenatal se estendendo até após a alta, uma alternativa para apoiar os profissionais de saúde para o manejo e sucesso do AM seria a elaboração de uma diretriz clínica, a fim de nortear e apoiar os profissionais de saúde para o manejo e sucesso do AM nessa população específica.

Diretriz clínica é um conjunto de recomendações elaboradas de forma sistemática para apoiar em decisões da clínica e do paciente acerca dos melhores cuidados de saúde em circunstâncias clínicas específicas⁽¹⁵⁾.

Além de oferecer um direcionamento das possibilidades de práticas, a elaboração de uma diretriz tem também a finalidade de aprimorar o processo de saúde, padronizar condutas e contribuir para uma assistência que seja consistente e melhor qualificada possível⁽¹⁵⁾.

A vista disso, o objetivo dessa pesquisa foi elaborar uma diretriz clínica alicerçada em práticas baseadas em evidências para o manejo clínico das principais dificuldades apresentadas no AM dos bebês prematuros desde o nascimento estendendo-se até o período após a alta hospitalar.

Método

Trata-se de uma revisão sistemática que seguiu as orientações publicadas no Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses (PRISMA), que tem como objetivo auxiliar os autores a realizarem o registro completo e claro de uma revisão sistemática e metanálise⁽¹⁶⁾. As etapas no desenvolvimento dessa revisão, foram:

A) Formulação da pergunta clínica em formato PICO

O objetivo de uma revisão sistemática é responder a uma questão clínica clara e focada. Para tanto, deve-se utilizar de ferramentais que venham a traduzir uma lacuna de conhecimento por meio de uma questão clínica construída de forma sólida e focada. Assim, a estratégia PICO (Paciente, Intervenção, Comparação e Desfecho) apresenta os componentes fundamentais da questão de pesquisa para a busca de evidências.

Portanto, a identificação do problema foi caracterizada por uma pergunta geral que norteou inicialmente a seleção dos artigos para uma única diretriz: De acordo com as evidências, quais intervenções/condutas são mais apropriadas para o manejo das principais dificuldades comumente apresentadas no AM do bebê prematuro?

Em acordo com os resultados dessa primeira pergunta, as pesquisas subsequentes foram divididas em três eixos: produção láctea, início da sucção no peito e avaliação da mamada. O primeiro eixo *produção láctea* ainda foi subdividido em: ordenha, contato pele a pele, alojamento conjunto, ações educativas e galactogogos. Porém, o tema da ordenha foi ainda subdividido em: início precoce, frequência, tipo de ordenha (manual/elétrica) e recursos adicionais. Para cada subtema, foi desenvolvida uma pergunta do tipo PICO específica, totalizando 10 perguntas diferentes (Quadro 1).

B) Busca das evidências

A busca dos estudos foi realizada no período de março a dezembro de 2016. Um grupo de 38 descritores foi selecionado de acordo com o Medical Subject Headings (MeSH) para cada subitem, resultando em 9815 estudos. A conexão entre os descritores escolhidos para a estratégia de busca foi estabelecida com o auxílio de bibliotecária que utilizou os operadores booleanos *AND*, *OR* e *NOT*, conforme as peculiaridades de cada base de dados, de maneira que o problema pesquisado estivesse sempre relacionado com a prematuridade. As bases de dados consultadas foram: BDEFN, Biblioteca Cochrane, LILACS, CINAHL e Portal PubMed (quadro 1).

C) Seleção dos estudos

Inicialmente, os títulos e resumos de todas as publicações identificadas nas bases de dados eletrônicas nos idiomas inglês, português, espanhol ou francês, sem limite estabelecido para a data de publicação, foram lidos superficialmente e analisadas, independente do tipo do delineamento de estudo. Todos os estudos que respondiam às perguntas formuladas por meio da estratégia PICO, específicas por tema, seja por desfecho primário ou não e estavam necessariamente relacionados com prematuros (bebês menores que 37 semanas) foram incluídos. Essa etapa foi realizada por uma das revisoras.

Em uma segunda etapa, os estudos foram lidos integralmente por duas revisoras separadamente e as divergências na seleção dos estudos eram discutidas até o consenso sobre a decisão de inclusão/exclusão. Ainda nessa etapa, os estudos duplicados foram excluídos e a lista de referências de cada estudo foi investigada para identificação de outros estudos que atendessem aos critérios de inclusão e que, por ventura, ainda não tinham sido encontrados.

D) Análise crítica das evidências disponíveis

Os estudos selecionados foram analisados criteriosamente por dois revisores quanto à qualidade e padrões de consistência interna proposto pelo GRADE (*Grading of Recommendations Assessment Development and Evaluation*) que avalia a pergunta de pesquisa, metodologia, amostragem, principais desfechos e limitações existentes, e classifica a qualidade da evidência em quatro níveis: Alto, Moderado, Baixo e Muito Baixo. A força de recomendação pode ser classificada como forte ou fraca, de acordo com os seguintes critérios: importância do problema, qualidade geral da evidência, balanço entre benefícios e riscos, valores e preferências, utilização de recursos, equidade, aceitabilidade e viabilidade⁽¹⁸⁾.

E) Síntese das recomendações

Dez recomendações foram sintetizadas e apresentadas no quadro 1 com três eixos: 1. Produção Láctea, 2. Início da sucção no peito e 3. Avaliação da mamada, contendo: pergunta PICO, número de estudos selecionados, delineamento de cada estudo, qualidade da evidência, e força de cada recomendação.

QUADRO 1 - Evidências científicas no manejo do AM do bebê prematuro

EIXOS	Pergunta PICO	Estudos	Delineamento	Qualidade da evidência	Recomendação	Força de recomendação
1 Produção láctea	Ordenha - início precoce Em mães de prematuros, quando iniciar a ordenha para a manutenção da produção láctea?	3	1 coorte prospectivo ¹⁹ 2 descritivos ^{20,21}	Baixa	Até 6 horas após o parto	Fraca
	Ordenha – frequência Em mães de prematuros, qual a frequência da ordenha a ser realizada para a manutenção da produção láctea?	3	3 descritivos ^{20,21,22}	Baixa	No mínimo 5 vezes ao dia	Fraca
	Ordenha - tipo de ordenha Em mães de prematuros, qual tipo de ordenha (manual/elétrica) a ser realizada para a manutenção da produção láctea?	5	1 revisão sistemática ²³ 2 ECR ^{24,25} 2 descritivos ^{22,26}	Alto	Combinação de ordenha manual e elétrica, sendo que nos três dias após o parto, a estimulação manual seja mais apropriada para a remoção do colostro.	Forte
	Ordenha - recursos adicionais Em mães de prematuros, quais recursos adicionais à ordenha são efetivos para a manutenção da produção láctea?	6	5 ECR ^{27,28,29,30,31} 1 Coorte prospectivo ³²	Moderado	Massagem, compressa morna, educação, ordenha próxima do bebê/contato pele a pele, associação de recurso áudio/visual	Forte
	Contato pele a pele Qual a efetividade do contato pele a pele para o prematuro, comparado ao cuidado convencional, para o sucesso do AM?	11	1 meta-análise ³³ 4 revisões sistemáticas ^{34,35,36,37} 6 ECR ^{38,39,40,41,42,43}	Alta	O contato pele a pele é recomendado para o prematuro estável o mais precoce, contínuo e prolongado possível	Forte
	Alojamento Conjunto Qual a efetividade do alojamento conjunto em Unidade neonatal, comparada ao cuidado convencional para o sucesso do AM no prematuro?	2	1 descritivo ⁴⁴ 1 descritivo qualitativo ⁴⁵	Baixa	O alojamento conjunto é sugerido mesmo para o prematuro grave desde o nascimento	Fraca
	Ações educativas de promoção do aleitamento materno do prematuro Qual a efetividade da ação educativa específica para AM de prematuro, comparada a nenhuma intervenção educativa para o sucesso do AM?	4	2 revisões sistemática ^{34,46} 2 ECR ^{47,48}	Alta	Educação em saúde em aleitamento materno do prematuro é recomendado desde o período ante-natal, de internação até após alta do prematuro.	Forte
	Galactogogo Qual a efetividade do uso do galactogogo, comparada a nenhuma medicação, para o sucesso do AM?	9	2 Metanálises ^{49,50} 3 revisões sistemáticas ^{51,52,53} 2 ECR ^{54,55} 2 protocolos baseados em evidência ^{56,57}	Alta	O uso do Galactogo, associado a ordenha e/ou sucção frequente pode aumentar a produção láctea da mulher com baixa produção	Sugestão
2 Início da Sucção no peito	Início da sucção Quais as evidências científicas que fundamentam o início da sucção do prematuro no peito de sua mãe?	6	1 Revisão integrativa ⁵⁸ 1 Estudo transversal ⁵⁹ 2 Descritivo prospectivo ^{60,61} 1 Acurácia ⁶² 1 coorte prospectivo (multicêntrico) ⁶³	Baixa	Um conjunto de aspectos devem ser considerados para o início da sucção no peito da mãe: - estabilidade fisiológica independente da IG corrigida ou peso - vínculo entre mãe e bebê; - posição adequada do binômio mãe/bebê	Fraca
3 Avaliação da mamada	Avaliação da mamada Quais aspectos devem ser avaliados para considerar uma mamada eficaz no prematuro?	7	2 ECR ^{64,65} 1 coorte ⁶⁶ 1 descritivo ⁶⁷ 3 protocolos baseados em evidência ^{68,69,70}	Baixa	A mamada pode ser avaliada por um conjunto de observações: - Fazer avaliação dos sinais de uma boa mamada do prematuro utilizando um formulário de observação - Ganho de peso acima de 20g/dia, após recuperação peso do nascimento - oferta em livre demanda. - Fazer a transição da mamadeira diretamente para o peito.	Fraca

Resultados

Inicialmente, foram identificados 9815 estudos e ao final de todo o processo de seleção foram selecionados 52 estudos publicados entre o ano de 1989 e 2016 (Figura 1), sistematizados em 10 recomendações relacionadas às principais dificuldades, apresentados no quadro 1. Observou-se que 43 (82%) dos 52 estudos incluídos nesta revisão estavam relacionados com a produção láctea, sendo que 17 (39,5%) deles tratavam mais especificamente da questão da ordenha. Na sequência, o segundo subtema com maior número de publicações foi o contato pele a pele, seguido dos galactogogos. Apesar da quantidade de estudos incluídos no eixo do início da sucção e avaliação da mamada, na grande maioria, eram evidências, consideradas de baixa qualidade. Consequentemente, as recomendações classificadas como fracas foram predominantes nessa diretriz clínica, sendo que uma delas foi considerada como uma possibilidade (sugestão) e não uma recomendação propriamente dita.

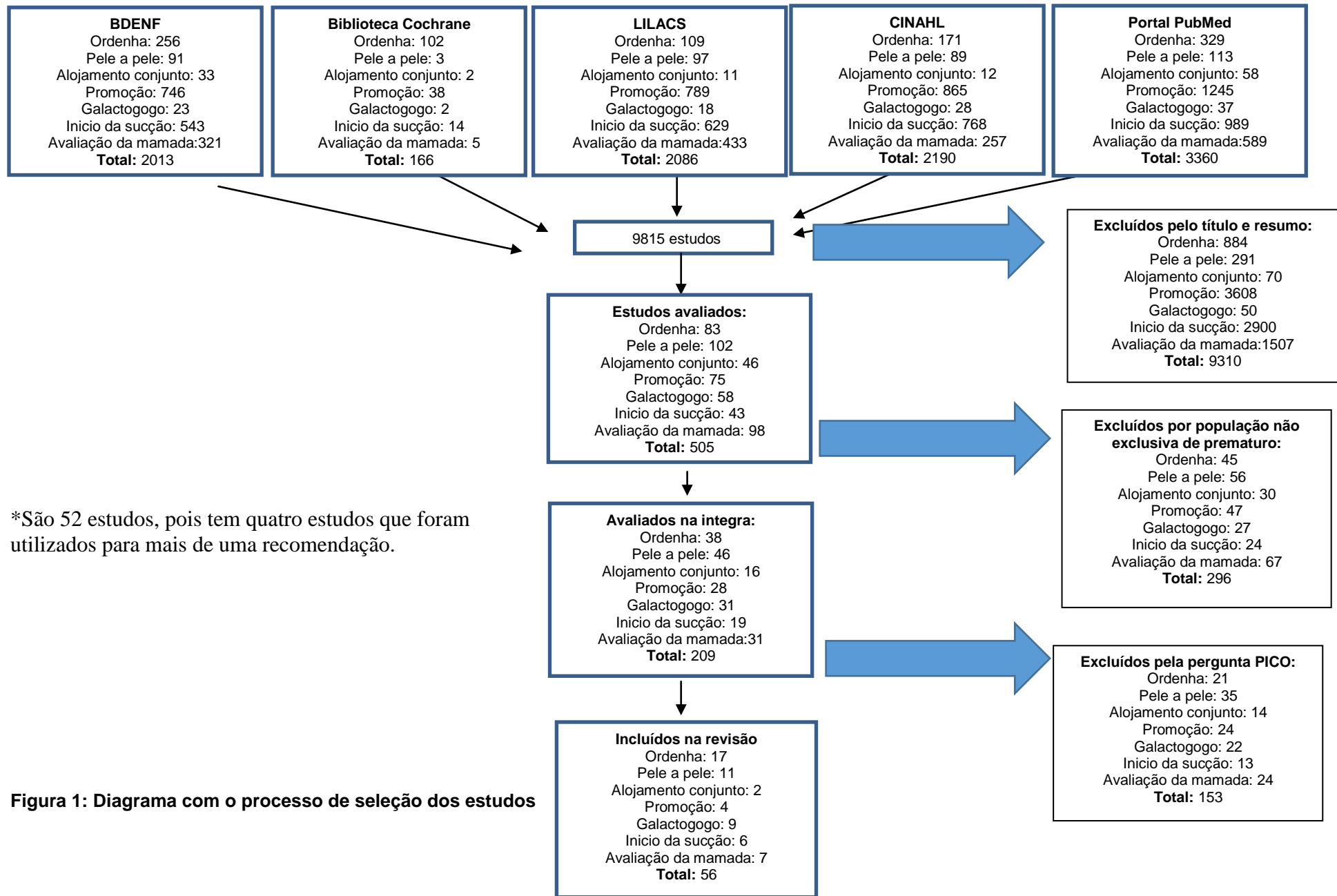


Figura 1: Diagrama com o processo de seleção dos estudos

Discussão

A busca por reunir as evidências e organizá-las em uma diretriz tem um potencial efeito de aprimorar a assistência e o ensino, promovendo práticas mais efetivas, eliminando as ineficientes ou prejudiciais, reduzindo as lacunas entre as evidências produzidas e sua aplicação no cuidado ao paciente⁽⁷¹⁾.

A diretriz clínica elaborada, composta por 10 recomendações práticas, pode contribuir com melhores condutas para o apoio e promoção do AM e propiciar o desenvolvimento de ações, que integradas, abrangem todas as fases igualmente importantes para o sucesso do desfecho: antes do nascimento, ao nascer, início da amamentação, estabelecimento da produção láctea, estabelecimento da amamentação e manutenção do AME até o sexto mês de vida.

Iniciar e estabelecer o AM em prematuros são duas importantes expectativas quando o bebê está internado. No entanto, a maioria dos estudos selecionados e as recomendações dessa diretriz, refletiram qual é a maior dificuldade de todo esse processo de amamentar um prematuro, enquanto ele ainda não suga com eficácia. A falta de contato precoce entre mãe e filho, a ausência do estímulo à amamentação na sala de parto, períodos prolongados de internação e o impedimento da permanência da mãe em unidades neonatais, além de outros critérios rígidos são algumas das barreiras que podem acarretar problemas relacionados com a produção láctea ineficaz⁽⁷²⁻⁷³⁾. Considerando a produção láctea como a matriz principal dos demais problemas no processo de amamentar, a ordenha parece ser a solução mais universalmente recomendada por estar fisiologicamente fundamentada, porém, nem sempre alcançada com a eficácia e sucesso almejados.

Na busca por evidências sobre o início e frequência da ordenha, os estudos encontrados foram de baixo nível de evidência, um coorte prospectivo e cinco descritivos, insuficientes para dar sustentação a uma forte recomendação para a prática. O início da

ordena precoce e realizada frequentemente na ausência de sucção do bebê são duas práticas que estão bem fundamentadas teoricamente com os períodos e concentração de produção do hormônio prolactina^(19,74-75). Nas mães que amamentam, os níveis basais permanecem elevados e ocorrem picos séricos com a estimulação mamilar. Caso a mãe não esteja amamentando, os níveis séricos de prolactina retornam aos níveis anteriores a gravidez em duas a três semanas após o parto⁽⁷⁶⁾, período em que, muitas vezes, o prematuro sequer sugou pela primeira vez em sua mãe.

Contudo, na prática, tal recomendação relacionada dificilmente é cumprida, dada as dificuldades operacionais e contextuais da realidade, o que talvez possa explicar a escassez de estudos aplicando tais conhecimentos teóricos. É recomendado o início da ordenha até seis horas após o parto, entretanto, neste período, a mulher comumente está exausta, sentindo-se desconfortável, com dor, geralmente preocupada com o quadro clínico do bebê, tornando este momento inapropriado para se abordar pela primeira vez a importância do AM. Um caso controle demonstrou que mulheres que receberam informações de aleitamento durante o pré-natal foi associado significativamente com maior sucesso do AM em prematuros, tanto no período de internação quanto após a alta⁽⁷⁷⁾. Em consonância com essa pesquisa, o passo três do Iniciativa Hospital Amigo da Criança para unidades neonatais- IHACNEO, que é uma estratégia que expandiu os passos do IHAC convencional com a finalidade de atender as necessidades específicas dos prematuros em unidades neonatais, trata dessa problemática e recomenda que todas as gestantes hospitalizadas em risco de parto prematuro sejam informadas sobre esse manejo antes do nascimento do prematuro⁽⁷⁸⁾. Dessa forma, essas gestantes estariam melhor preparadas para viver todo o processo de AM de um prematuro por terem sido antecipadamente sensibilizadas para tal situação.

Sobre a frequência da ordenha, no mínimo cinco vezes diárias seria uma alternativa mais realística, compatível com os esforços e possibilidades maternas e se aproxima ao

número de mamadas diárias de um RN⁽²¹⁾, que é em torno de oito vezes ao dia. Quanto ao tempo ideal de duração da ordenha, não se evidenciou recomendação específica, pois depende do tipo de ordenha, se manual ou elétrica, e quantidade de leite que essa mãe produz. Em média, os estudos sugeriram entre 10 a 30 minutos, mas, independentemente do tempo, é importante ordenhar até a mama esgotar, ou seja, quando começar a gotejar esporadicamente^(21-22,75). Essa recomendação requer prioridade de dedicação e tempo para com o seu filho internado, em detrimento, muitas vezes, da rotina familiar dessa mulher, oferecendo risco de sobrecarga emocional e, às vezes, sentimento de culpa. A abordagem da questão pela equipe exige cuidado e respeito, para que os benefícios que a ordenha proporciona para a mãe e bebê, a curto e longo prazo, sobreponham-se aos possíveis dissabores.

Sobre o melhor tipo de ordenha, não há indicação preferencial para a manual ou elétrica, fundamentada por estudos de alto nível de qualidade. Uma revisão sistemática da Cochrane, publicada em 2015, destacou que o método mais adequado de ordenha pode depender do tempo de nascimento do bebê e do momento individual da mãe⁽²³⁾. A ordenha manual pode ser mais adequada nos primeiros dias do nascimento, quando a descida do leite ainda está iniciando, e a ordenha elétrica pode ser mais eficaz quando houver um fluxo maior de leite⁽²³⁾. A recomendação final foi para a combinação das técnicas de ordenha manual com a elétrica respeitando a escolha da puérpera, o momento da ordenha em relação ao nascimento, as características individuais da mãe e do bebê, o propósito da ordenha e a conscientização da mãe quanto a importância de realizar a ordenha, independente do acesso a bomba.

Embora os recursos auxiliares para aumentar a eficácia da ordenha tenham sido encontrados em estudos isolados com propostas diferentes de intervenção, estes estudos foram classificados como alto nível de evidência⁽⁷⁹⁾.

Sobre a recomendação da massagem, um Ensaio Clínico Randomizado (ECR) dividiu dois grupos de mulheres que iriam realizar ordenha mecânica, um recebeu orientação de fazer massagem antes e durante a ordenha e o outro, realizou apenas a ordenha mecânica. O grupo que realizou a massagem teve importante aumento no volume de leite. A hipótese explicativa para esse resultado foi que a estimulação tátil na mama facilitou a resposta da prolactina e ocitocina, aumentando a pressão intramamária, o que ajuda a diminuir a resistência na saída do leite dos alvéolos quando se utiliza uma bomba⁽²⁷⁾.

Sobre a aplicação de calor, um ECR com 39 mães de prematuros mostrou que aplicação de compressa de gel aquecida provocou 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 de alguma forma aumentar a produção de leite. Nesse delineamento uma mama era o controle da outra, considerando que somente uma das mamas recebia o calor e ambas eram ordenhadas por bomba elétrica pelo mesmo tempo⁽³¹⁾. Vale ressaltar os cuidados já apontados em relação à contraindicação de calor em caso de ingurgitamento mamário, principalmente na presença de edema⁽⁸⁰⁾.

Outro ECR avaliou o efeito de um programa de educação em amamentação na prática de mães de prematuros. O grupo intervenção recebeu orientações de como fazer ordenha e o grupo controle não recebeu qualquer orientação técnica. O grupo intervenção teve 80% de AME na alta, enquanto que no grupo controle foi de 40%, sendo considerado programa eficaz na melhoria dos conhecimentos e práticas de AM entre mães de bebês prematuros⁽⁴⁸⁾.

Em um ECR, 162 mães de bebês prematuros foram divididas em quatro grupos, um controle e três experimentais: 1º grupo, mães ouviram uma gravação de como deveria ser realizada a ordenha, 2º grupo, mães ouviram a gravação e mais canções de ninar e 3º grupo, mães ouviam a gravação da ordenha mais canções de ninar e ainda visualizaram fotos de seus filhos. As mães dos três grupos experimentais produziram maior quantidade de leite, sem

nenhuma significância estatística entre os grupos. Ainda, nos grupos intervenções, o leite materno apresentou maior teor de gordura durante os primeiros seis dias do estudo⁽²⁹⁾. Diante das evidências, pode-se concluir que adicionar à ordenha recursos adicionais pode ajudar a mulher a aumentar a produção láctea.

Apesar da heterogeneidade metodológica entre os estudos, o estímulo, apoio ou incentivo podem ser o ponto comum para produzir o efeito de aumentar a produção láctea na mulher.

A recomendação considerada mais robusta dessa diretriz é o contato pele a pele, também conhecido como “Método Canguru (MC)”, uma proposta alternativa ao cuidado neonatal convencional para bebês de baixo peso ao nascer, recomendada pelo Consenso Internacional de 2013⁽⁸¹⁾, devido a quantidade de estudos realizados com o fim de comprovar os diferentes benefícios dessa prática⁽³³⁻³⁷⁾. O MC aumenta em 4,1 vezes a chance de AME em prematuros. Além de aumentar a prevalência do AME em prematuros, duração ou início do AM, o MC mostrou diferença no crescimento e desenvolvimento do bebê e no vínculo mãe-filho⁽³⁶⁾.

O passo 4 do IHAC-Neo recomenda que o contato pele a pele seja o mais precoce possível após o nascimento, contínuo (sem interrupções injustificadas ou desnecessárias) e prolongado (idealmente 24 horas/dia, sete dias/semana) para estimular o AM e aumentar a produção láctea⁽²¹⁾. Mesmo que não haja sucção durante o contato pele a pele, o contato entre a mãe e o bebê proporciona a diminuição do estresse da mãe, deixa-a mais tranquila e confiante, e com isso diminui o nível de cortisol tanto na mãe quanto no bebê. Esse hormônio é responsável por coordenar a liberação da prolactina diante do estresse⁽⁸²⁾.

Mesmo assim, uma problemática observada para a colocação dessa evidência na prática é a resistência do profissional em promover o contato pele a pele precoce, contínuo e prolongado no bebê gravemente doente. Para superar esse desafio faltam evidências que

definam critérios sobre quando deve ser feito, em que intensidade e com que frequência para produzir o efeito esperado sobre a amamentação nos prematuros^(83,84).

Portanto, apesar da robustez dessa evidência, ainda se faz necessário outros estudos que comprovem quão precoce, contínuo e prolongado essa prática deva ser realizada para garantir o AME.

Ainda em relação ao eixo da produção láctea, a recomendação da internação conjunta do prematuro com a sua mãe deve ser proporcionada desde o nascimento. No Brasil, o chamado alojamento conjunto ocorre essencialmente para bebês a termo e saudáveis e, nas Unidades Pediátricas que não são terapia intensiva, e denomina-se internação conjunta. De uma forma geral, essa realidade ainda não está ocorrendo na maioria das unidades neonatais no mundo. Um dos motivos para essa recomendação ficar com a qualidade baixa e força de recomendação fraca é que não há estudos que subsidiem essa evidência, visto que foram encontrados apenas dois estudos descritivos, e um deles, qualitativo, sem enfoque específico para o AM. Poucos países, como a Suécia, Dinamarca e Canadá, tem publicado iniciativas dessa prática. A proposta da IHAC-Neo pode ser uma importante aliada, pois contempla em um dos 10 passos a permanência da família junto do bebê gravemente doente, o que pressupõe um sistema de internação conjunta nas UTIN a partir do nascimento⁽⁴⁴⁻⁴⁵⁾.

Em relação a recomendação de ações educativas para a promoção do aleitamento, devem ser feitas desde o pré-natal, no período de internação e até após alta hospitalar para obtenção de maior sucesso do AM. A qualidade dos estudos que comprovam sua eficácia é alta tornando-a uma forte recomendação. Uma revisão sistemática realizada com 36 estudos de mães de bebês prematuros, concluiu que intervenções realizadas com grupos de gestantes para explicar e esclarecer dúvidas de AM pode proporcionar um início mais rápido da amamentação, além de aumentar o tempo de duração⁽⁴⁶⁾. Um ECR realizado com 876 mulheres com o objetivo avaliar se uma intervenção de orientação e esclarecimento de

dúvidas na visita domiciliar pós-natal tem um efeito em relação ao AM, teve como resultado aumento significativo do AME⁽⁴⁷⁾. Alguns autores alertaram para o efeito somatório das ações educativas, afirmando que pacotes de intervenção usando vários métodos de ensino e apoio de profissionais bem treinados são mais eficazes do que as intervenções que se concentram em um único método ou período⁽⁴⁶⁾. Para isso, os profissionais de saúde têm um papel fundamental na comunicação e visões positivas sobre AM⁽⁸⁵⁾. A educação em saúde não é uma prática que oferece riscos relevantes, ressaltando que a informação permite à mulher fazer uma opção consciente por seguir ou não as orientações. Além desse benefício, o conhecimento esclarece dúvidas, reduz ansiedades e preocupações desnecessárias, além de empoderar os indivíduos para o cuidado à saúde.

O último tema do eixo produção láctea está relacionado ao uso de galactogogos, e sugeriu-se o uso preferencialmente da Domperidona em dose 30mg/dia (10mg 3x ao dia) por um período de sete a 14 dias, desde que associado à sucção ou ordenha frequente, a informação à mulher sobre os riscos dos efeitos colaterais e que aumentar a produção láctea é uma possibilidade e não garantia.

Existem algumas opções de galactogogos como: Domperidona, metoclopramida, sulpiride, clorpromazina, hormônio de crescimento, hormônio secretor de tireotropina, fenogreco e ervas naturais. Porém, a Domperidona e metoclopramida, são as únicas indicações que registraram estudos com eficácia e segurança⁽⁸⁵⁾. A domperidona foi indicada na presente diretriz devido a identificação de efeitos colaterais pelo uso da metoclopramida, que podem causar reações efeitos extrapiramidais. A domperidona por sua vez, apresenta menor lipossolubilidade e maior peso molecular que a metoclopramida, tornando-a menos permeável à barreira hematoencefálica, oferecendo menor risco de reações extrapiramidais^(57,86). Em relação à segurança da domperidona, uma revisão sistemática teve como resultado a seleção de sete estudos que expôs 113 crianças a domperidona por meio da

amamentação. Nenhum efeito adverso foi observado em 85 crianças e nenhuma informação foi fornecida para os restantes 28 ⁽⁵²⁾.

Sobre os galactogogos a base de ervas, uma revisão sistemática que incluiu cinco estudos encontrou aumento na produção de leite materno. Entretanto, várias limitações existentes quanto a validade interna dos resultados, incluindo pequeno tamanho da amostra, métodos de randomização insuficientes, critérios de elegibilidade mal definidos e práticas de amamentação variadas, levaram à conclusão de que não há evidências suficientes que indiquem a eficácia das ervas como galactogogos ⁽⁵³⁾.

Apesar dos estudos com alto nível de evidência ⁽⁴⁹⁻⁵²⁾ no uso da Domperidona, os resultados são controversos. Uma metanálise trouxe evidências de alguns pequenos ensaios clínicos randomizados de moderada a alta qualidade, sugerindo um aumento maior na produção de leite materno que o placebo ⁽⁴⁹⁾. Outra metanálise que incluiu apenas dois estudos, mostrou aumento modesto no volume de leite materno ordenhado com intervalos de confiança bastante amplos, além de chamar atenção que nenhum estudo mostrou melhorias significativas em resultados a longo prazo do aleitamento materno em uma população pré-termo ⁽⁵⁰⁾. Uma revisão sistemática considerou a qualidade metodológica moderada dos estudos e, apesar de ter encontrado aumento de produção láctea, afirmou que as evidências continuam a ser insuficientes para concluir sobre a eficácia da domperidona ⁽⁵²⁾. Além disso, o uso de domperidona como um galactagogo pode induzir a síndrome do QT longo que causa taquiarritmia nas mulheres, concluindo que, nestas circunstâncias, uma melhoria das práticas de amamentação parece ser mais eficaz e mais seguro do que o uso de domperidona como galactogogo ⁽⁵²⁾.

Diante das conclusões divergentes, sobre os riscos em potencial de efeitos colaterais, incerteza da dose, do tempo e início de uso e da eficácia do efeito para o aumento de produção láctea, não foi possível gerar uma única recomendação que pudesse ser considerada forte ⁽⁵¹⁾.

Nesta diretriz optou-se por apresentar essa prática apenas como uma sugestão a ser oferecida para a mulher, devidamente informada. Antes de indicar essa intervenção, indica-se esgotar todas as outras formas não farmacológicas para a manutenção da produção láctea, ou seja, ordenha, contato pele a pele, alojamento conjunto e ações educativas.

O início da sucção no peito tem sido considerado um desafio para os profissionais, pois estabelecer o momento adequado e seguro para iniciar a amamentação em prematuros pode gerar insegurança e discordância de conduta. Muitas vezes os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e fonoaudiólogos) têm dificuldade para estabelecer o momento adequado para iniciar a alimentação no seio materno⁽⁶²⁾.

Dois estudos descritivos prospectivos que tinham como objetivo descrever o desenvolvimento do comportamento dos bebês muito prematuros (28 semanas) no peito materno, postularam que quanto mais cedo o bebê prematuro é estimulado no peito, maior chance ele possui de iniciar a amamentação⁽⁶⁰⁻⁶²⁾. Em virtude da natureza dos estudos encontrados nessa temática, há necessidade de novos estudos para comprovar se os recém-nascidos são capazes de iniciar a sucção a partir de 28 semanas de idade corrigida sem oferecer riscos adicionais ao seu estado de saúde⁽⁶¹⁾. Além disso, argumentam sobre a falta de evidências para afirmar que o bebê não é competente para sugar antes de 32 ou mesmo 34 semanas comparados aos que conseguiram tal êxito tão precocemente⁽⁸⁷⁾.

Vale ressaltar que iniciar o estímulo da sucção no peito não significa necessariamente ter os três reflexos de sucção, deglutição e respiração completamente integrados. O contato pele a pele, por exemplo, é muito importante para o desenvolvimento do início da sucção, pois por intermédio desse contato o bebê prematuro pode sentir o cheiro, pode lambe o peito e começa o desenvolvimento da sucção inicialmente não nutritiva, o que foi demonstrado a partir de 24 semanas corrigidas⁽⁵⁸⁾. Os bebês prematuros com menos de 32 semanas podem precisar de várias semanas para fazer a transição completa para amamentação plena no peito.

Essas evidências foram encontradas em uma revisão integrativa realizada com 12 estudos que tinham como objetivo examinar as evidências relacionadas com o início da amamentação para lactentes com menos de 32 semanas⁽⁵⁸⁾.

Estudo descritivo afirmou que os prematuros têm a capacidade de iniciar a amamentação no peito de sua mãe, independente da idade gestacional (IG) ou peso, porém, a equipe de saúde deve estar preparada para observar o desenvolvimento do bebê e encorajar a mãe a iniciar o AM sem quaisquer limitações injustificadas. Com o objetivo de explorar o desenvolvimento da capacidade de sugar em prematuros extremos, observou-se que o prematuro tinha a capacidade de explorar o peito de sua mãe e ter sucção curta com 29 semanas, e sucções longas com deglutição a partir de 31 semanas. O número máximo consecutivo de sucções ficou entre 5 e 24, com uma mediana de 17. A amamentação completa foi atingida em uma mediana de 35 semanas⁽⁶⁰⁾.

O início da sucção no peito depende do desenvolvimento de cada bebê prematuro, pois não existe unanimidade nem precisão que estabeleça uma idade ideal ou mesmo um peso mínimo para iniciar o ato de sugar diretamente no seio materno.

A estabilidade do bebê, definida como ausência de apnéia grave, dessaturação, bradicardia⁽⁶¹⁾, deve ser um critério para início da amamentação, independente da IG ou peso ao nascer, uma vez que os bebês prematuros apresentam alguma competência para serem amamentados.

Os critérios para o início da sucção devem estar claros para a equipe de saúde, pois o profissional que faz a abordagem inicial com a mãe deve demonstrar segurança. Se a equipe de saúde conseguir estimular a mãe, ela poderá se sentir mais confiante para iniciar a amamentação no peito o quanto antes.

Portanto, para iniciar a amamentação deve-se, primeiramente, estar atento ao envolvimento da mãe com o prematuro. Ela precisa estar presente desde o nascimento de seu

filho e ser orientada adequadamente para poder se sentir segura e ciente da sua importância para a evolução do seu bebê⁽⁶¹⁾.

O posicionamento confortável da mãe e do bebê também são importantes para o início da sucção. Um estudo transversal realizado com 48 bebês prematuros observou que a variável que teve maior associação estatística à adequação da sucção nutritiva foi a posição adequada entre a mãe e o bebê⁽⁵⁹⁾. A posição do bebê durante a alimentação deve ser cuidadosa para evitar apneia, bradicardia, ou dessaturação, especialmente para as crianças com diminuição do tônus muscular. Os prematuros são mais propensos a apneia posicional devido à obstrução das vias aéreas, portanto, as posições de alimentação inadequadas podem causar alguma instabilidade respiratória⁽⁶⁸⁻⁶⁹⁾. Por isso a melhor posição para o bebê é aquela que ele fique de frente para o peito materno independente se for sentado, de pé ou em canguru.

Com a finalidade de respaldar o profissional de saúde a iniciar a sucção diretamente no seio materno com segurança e tão logo seja possível, foi desenvolvido o Instrumento de Avaliação da Prontidão do Prematuro para Início da Alimentação Oral⁽⁶²⁾. Uma das questões que o instrumento permite superar é o paradigma de considerar apenas o peso e IG como parâmetro, uma prática predominante por muitos anos, uma vez que consiste em uma avaliação ampla, que engloba diversos fatores, incluindo maturidade e estado de consciência, habilidades motoras orais e aspectos da sucção do prematuro⁽⁶²⁾.

Portanto, a recomendação do início precoce da sucção, apesar de classificada como fraca em virtude da natureza dos estudos, é viável e acessível e depende do preparo da equipe para avaliar e padronizar critérios para considerar a estabilidade do bebê.

As mamadas dos prematuros são diferentes das mamadas de crianças a termo e requer critérios diferenciados: são mais lentas, silenciosas e pouco vigorosas, de longa duração e com engasgos frequentes e o esvaziamento gástrico é mais lento⁽⁶⁸⁻⁶⁹⁾. As pausas do bebê durante a amamentação podem levar à mãe a retirar o bebê precocemente do peito, aumentando o risco

de ganho ponderal insatisfatório e, conseqüentemente, desmame. Uma forma de avaliar se a amamentação está sendo eficaz, é observar o ganho médio de peso de no mínimo 20g/dia⁽⁷⁰⁻⁷¹⁾. O contato pele a pele contínuo foi uma estratégia apontada como positiva no ganho de peso para os bebês nascidos com baixo peso e dificuldade de ganho de peso após oito dias de vida⁽⁸³⁾.

Um único formulário de observação da mamada do prematuro encontrado tem como título Avaliação da Mamada do Recém-Nascido Prematuro, da UNICEF e constitui-se de um protocolo que 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⁽⁶⁷⁾.

Outro aspecto importante a ser observado é a amamentação por livre demanda, que significa que o bebê é amamentado com base nos seus sinais comportamentais relacionados ao interesse em sugar/pegar observados pela mãe⁽⁶¹⁾.

Um estudo que desenvolveu um protocolo de alimentação por semidemanda associou com pesagem antes e depois como uma técnica eficaz de acompanhamento. Entretanto, ainda é controversa, porque não manteve o AME após a alta e a cessação da técnica, pois a mãe ficou dependente da pesagem e poderia ser um elemento estressor⁽⁶⁹⁾.

Um fenômeno frequentemente identificado é a "confusão de bicos", que se refere a "dificuldade da criança em conseguir a pega e sucção correta para o sucesso da amamentação após a alimentação com mamadeira ou a exposição a um mamilo artificial"⁽⁸⁸⁾, daí a recomendação de que a transição da sonda seja feita diretamente para o peito, preferencialmente, sem utilizar outros recursos intermediários⁽⁷⁰⁾.

Essa recomendação de um conjunto de parâmetros a ser observado é aplicada no tempo e contexto ideal para cada bebê prematuro e sua família. O alcance da mamada plena está relacionada ao do desenvolvimento do prematuro, que pode ocorrer em alguns dias ou até mesmo semanas, pois depende da IG ao nascer, das condições clínicas, do tempo de vida e das experiências vividas pelo bebê, mães, família e profissionais de saúde após o nascimento e nas unidades neonatais.

O estudo tem como limitação que a heterogeneidade da qualidade dos estudos permitiu a elaboração de uma diretriz para prematuros em termos gerais, sem considerar todas as especificidades das diferentes idades gestacionais e fases da amamentação do prematuro.

O estudo trouxe como avanço do conhecimento a criação da diretriz clínica para manejo do AM com prematuros, a qual poderá aprimorar a qualidade da assistência no manejo do aleitamento do prematuro na padronização das condutas e, assim, contribuir para o aumento das taxas de aleitamento materno.

Conclusão

A utilização da prática baseada em evidência e a classificação das evidências pelo sistema GRADE, foi primordial para a construção da presente diretriz clínica para o manejo do AM do prematuro.

A diretriz para o manejo do AM no prematuro reuniu 10 recomendações classificadas em cinco fracas, quatro fortes e uma sugestão, que devem ser iniciadas desde o período antenatal com informações e sensibilização da mulher, estendendo-se até após a alta hospitalar.

Considerando a abrangência das recomendações, alcançar o sucesso no AM do PT sugere mudanças em todo o processo de assistir o bebê prematuro e sua família, adotando uma abordagem que priorize o AM. É preciso reconhecer que esse novo cuidado requer

modificações na estrutura funcional e organizacional das unidades neonatais voltados para um cuidado que inclua a família.

Referências

1. World Health Organization. Every newborn: an action plan to end preventable deaths [Internet]. Geneva: WHO; 2014 [cited 2016 Out 23]. Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/enap_consultation/en/.
2. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016;387(10017):475-90.
3. Sullivan S, Schanler RJ, Kim JH, Patel AL. An exclusively human milk based diet is associated with a lower rate of necrotizing enterocolitis than a diet of human milk and bovine milk based products. *J Pediatr*. 2010;156(4):562-67.
4. Sanches MTC, Buccini GDS, Gimeno SGA, Rosa TEDC, Bonamigo AW. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo de lactentes com baixo peso assistidos na atenção básica. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(5):953-65.
5. Black RE, Cousens S, Johnson HL, Lawn JE, Rudan I, Bassani DG, Eisele T. Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: a systematic analysis. *The lancet*, 2010;375(9730):1969-87.
6. Horta BL, Victora CG. Long-term effects of breastfeeding: a systematic review [Internet]. Geneva: WHO; 2013 [cited 2016 Out 23]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79198/1/9789241505307_eng.pdf?ua=1

7. Belfort MB, Rifas-Shiman SL, Kleinman KP, Guthrie LB, Bellinger DC, Taveras EM, et al. feeding and childhood cognition at ages 3 and 7 years: effects of breastfeeding duration and exclusivity. *JAMA Pediatr.* 2013;167(9):836-44.,
8. Eidelman AI, Schanler RJ. Section. Policy statement breastfeeding and the use of human milk: policy statement. *Pediatrics.* 2012;129(3):827-41.
9. Gubert JK, et al. Avaliação do aleitamento materno de recém-nascidos prematuros no primeiro mês após a alta. *Cienc Cuid Saúde.* 2012;11(1):146-55.
11. Scheeren B, Mengue APM, Devincenzi BS, Barbosa LDR, Gomes E. Condições iniciais no aleitamento materno de recém-nascidos prematuros. *J Soc Bras Fonoaudiol.* 2012;24(3):199-204.
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: MS; 2009.
13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção á Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: MS; 2011. v. 1.
14. Demari L, Gomes JS, Stucky RMM, Kolankiewicz ACB, Loro MM, Rosanelli, CLSP. Estratégias para promoção do aleitamento materno em recém-nascidos pré-termo: estudo bibliográfico. *Pediatrics.* 2011;33(2):89-96.
15. Driessnack M, Sousa VD, Mendes IAC. An overview of research designs relevant to nursing: part 2: qualitative research designs. *Rev Latinoam Enferm.* 2016;15(4):684-88. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692007000400025>.
16. Galvão TF, Pansani TSA, Harrad, D. Principais itens para relatar revisões sistemáticas e meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiol Serv Saúde.* 2015;24(2):335-42.

18. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas: Sistema GRADE – manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
19. Maastrup R, Hansen BM, Kronborg H, Bojesen SN, Hallum K, Frandsen A, et al. Factors associated with exclusive breastfeeding of preterm infants. Results from a prospective national cohort study. *PloS One*. 2014;9(2):e89077. doi: 10.1371/journal.pone.0089077.
20. Furman L, Nori M, Maureen H. Correlates of lactation in mothers of very low birth weight infants. *Pediatrics*. 2002;109(4):e57.
21. Hill PD, Adalg JC, Chatterton RT. Initiation and frequency of pumping and milk production in mothers of non-nursing preterm infants. *J Hum Lact*. 2001;17(1):9-13.
22. Morton J, Wong RJ, Hall JY, Pang WW, Lai CT, Lui J, et al. Combining hand techniques with electric pumping increases milk production in mothers of preterm infants. *J Perinatol*. 2009;32(10):791-6.
23. Becker GE, Smith HA, Cooney F. Methods of milk expression for lactating women. *The Cochrane Database Syst Rev*. 2015;9:cd006170. doi: 10.1002/14651858.
24. Ohyama M, Watabe H, Hayasaka Y. Manual expression and electric breast pumping in the first 48 h after delivery. *Pediatr Int*. 2010;52(1):39-43.
25. Fewtrell MS, Lucas P, Collier S, Singhal A, Ahluwalia JS, Lucas A. Randomized trial comparing the efficacy of a novel manual breast pump with a standard electric breast pump in mothers who delivered preterm infants. *Pediatrics*. 2001;107(6):1291-7.
26. Slusher TM, Slusher IL, Keating EM, Curtis BA, Smith EA, Orodryio E, et al. Comparison of maternal milk (breastmilk) expression methods in an African nursery. *Breastfeed Med*. 2012;7(2):107-11.

27. Jones E, Dimmock PW, Spencer SA. A randomised controlled trial to compare methods of milk expression after preterm delivery. *Arch Dis Child Fetal Neonatal* Edition. 2001;85(2):F91-F5. doi: 10.1136/fn.85.2.F91.
28. Feher SD, Berger RL, Johnson JD, Wilde JB. Increasing breast milk production for premature infants with a relaxation/imagery audiotape. *Pediatrics*. 1989;83(1):57-60.
29. Keith DR, Weaver BS, Vogel RL. 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. *Adv Neonatal Care*. 2012;12(2):112-9.
30. Ahmed AH. Breastfeeding preterm infants: an educational program to support mothers of preterm infants in Cairo, Egypt. *Pediatr Nurs*. 2008;34(2):125.
31. Yiğit F, Çiqdem Z, Temizsoy E, Cingi ME, Korei O, Yildirim E, et al. Does warming the breasts affect the amount of breastmilk production? *Breastfeed Med*. 2012;7(6):487-8.
32. Acuña-Muga J, Ureta-Velasco N, de la Cruz-Bértolo J, Ballesteros-López R, Sánchez-Martínez R, Miranda-Casabona E, et al. Volume of milk obtained in relation to location and circumstances of expression in mothers of very low birth weight infants. *J Hum Lact*. 2013;30(1):41-6.
33. Lawn JE, Mwansa-Kambafwile J, Horta BL, Barros FC, Cousens S. Kangaroo mother care to prevent neonatal deaths due to preterm birth complications. *Int J Epidemiol*. 2010;39(suppl 1):i144-i54.
34. Renfrew MJ, Dyson L, McCormick F, Misso K, Stenhouse E, King SE, et al. Breastfeeding promotion for infants in neonatal units: a systematic review. *Child Care Health Dev*. 2009;36(2):165-78.

35. Ahmed AH, Sands LP. Effect of pre-and postdischarge interventions on breastfeeding outcomes and weight gain among premature infants. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2010;39(1):53-63.
36. Conde-Agudelo A, Belizán JM. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database Sys Rev* 2014;22(4): CD002771. doi: 10.1002/14651858.CD002771.pub3.
37. Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(3): CD003519. doi: 10.1002/14651858.CD003519.pub2.
38. Ahmed S, Mitra SN, Chowdhury AM, Camacho LL, Winikoff B, Sloan NL. Community Kangaroo Mother Care: implementation and potential for neonatal survival and health in very low-income settings. *J Perinatol*. 2011;31(5):361-7. doi: 10.1038/jp.2010.131.
39. Nagai S, Andrianarimanana D, Rabesandratana N, Yonemoto N, Nakayama T, Mori R. Earlier versus later continuous Kangaroo Mother Care (KMC) for stable low-birth-weight infants: a randomized controlled trial. *Acta Paediatr*. 2010;99(6):826-35.
40. Cattaneo A, Davanzo R, Worku B, Surjono A, Echeverria M, Bedri A, et al. Kangaroo mother care for low birthweight infants: a randomized controlled trial in different settings. *Acta Paediatr* .1998;87(9):976-85.
41. Ghavane S, Murki S, Subramanian S, Gaddam P, Kandraj H, Thumalla S. Kangaroo Mother Care in Kangaroo ward for improving the growth and breastfeeding outcomes when reaching term gestational age in very low birth weight infants. *Acta Paediatr*. 2012;101(12):e545-e49.

42. Hake-Brooks S, Anderson, GC. Kangaroo care and breastfeeding of mother–preterm infant dyads 0–18 months: a randomized, controlled trial. *Neonatal Netw.* 2008;27(3):151-59.
43. Nagai S, Yonemoto N, Andrianarimanana D, Rabesandratana N, Nakayama T, Mori R. Long-term effects of earlier initiated continuous Kangaroo Mother Care (KMC) for low-birth-weight (LBW) infants in Madagascar. *Acta Paediatr.* 2011;100(12):e241-7. doi: 10.1111/j.1651-2227.2011.02372.x.
44. Maastrup R, Bojesen SN, Kronborg H, Hallström I. Breastfeeding support in neonatal intensive care a national survey. *J Hum Lact.* 2012;28(3):370-9.
45. Heinemann AB, Hellström-Westas L, Hedberg Nyqvist K. Factors affecting parents' presence with their extremely preterm infants in a neonatal intensive care room. *Acta Paediatr.* 2013;102(7):695-702.
46. Hannula L, Kaunonen M, Tarkka MT. A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. *J Clin Nurs.* 2008;17(9):1132-43.
47. Bashour HN, Kharouf MH, Abdulsalam AA, El Asmar K, Tabbaa MA, Cheikha SA. Effect of postnatal home visits on maternal/infant outcomes in Syria: a randomized controlled trial. *Public Health Nurs.* 2008;25(2):115-25.
48. Ahmed AH. Breastfeeding preterm infants: an educational program to support mothers of preterm infants in Cairo, Egypt. *Pediatr Nurs.* 2008;34(2):125-30.
49. Osadchy A, Moretti ME, Koren G. Effect of domperidone on insufficient lactation in puerperal women: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Obstet Gynecol Int.* 2012; 642893. doi: 10.1155/2012/642893.
50. Donovan TJ, Buchanan K. Medications for increasing milk supply in mothers expressing breastmilk for their preterm hospitalised infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;14(3):CD005544. doi: 10.1002/14651858.CD005544.pub2.

51. Forinash AB, Yancey AM, Barnes KN, Myles TD. The use of galactogogues in the breastfeeding mother. *Ann Pharmacother*. 2012;46(10):1392-404.
52. Paul C, Zénut M, Dorut A, Coudoré MA, Vein J, Cardot JM, et al. Use of domperidone as a galactagogue drug a systematic review of the benefit-risk ratio. *J Hum Lact*. 2015;31(1):57-63.
53. Mortel M, Mehta SD. Systematic review of the efficacy of herbal galactogogues. *J Hum Lact*. 2013;29(2):154-62.
54. Hansen WF, McAndrew S, Harris K, Zimmerman MB. Metoclopramide effect on breastfeeding the preterm infant: a randomized trial. *Obstet Gynecol* 2005;105(2):383-9.
55. Knoppert DC, Page A, Warren J, Seabrook JA, Carr M, Angelini M, et al. The effect of two different domperidone doses on maternal milk production. *J Hum Lactat*. 2013;29(1):38-44.
56. Haase B, Taylor SN, Mauldin J, Johnson TS, Wagner CL. Domperidone for treatment of low milk supply in breast pump–dependent mothers of hospitalized premature infants a clinical protocol. *J Hum Lact*. 2016;32(2):373-81.
57. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol# 9: use of galactogogues in initiating or augmenting the rate of maternal milk secretion (First revision January 2011). *Breastfeed Med*. 2011;6(1):41-9, 2011.
58. Lucas RF, Smith RL. When is it safe to initiate breastfeeding for preterm infants? *Adv Neonat Care*. 2015;15(2):134-41.
59. Delgado SE, Halpern R. Amamentação de prematuros com menos de 1500 gramas: funcionamento motor-oral e apego. *Pró-Fono Rev Atual Cient*. 2005;17(2):141-52.

60. Nyqvist KH. Early attainment of breastfeeding competence in very preterm infants. *Acta Paediatr.* 2008;97(6):776-81.
61. Nyqvist KH, Sjöden PO, Ewald U. The development of preterm infants' breastfeeding behavior. *Early Hum Dev.* 1999; 55(3):247-64.
62. Fujinaga CI, Moraes SA, Zamberlan-Amorim NE, Castral TC, Almeida e Silva A, Scochi CGS. Clinical validation of the preterm oral feeding readiness assessment scale. *Rev Latino-Am Enferm* 2013;21(n. Spe):140-45.
63. Neiva FCB, Leone CR, Leone C, Siqueira LL, Uema KA, Evangelista D, et al. Non-nutritive sucking evaluation in preterm newborns and the start of oral feeding: a multicenter study. *Clinics (São Paulo)* 2014;69(6):393-7.
64. Berger I, Weintraub V, Dollberg S, Kopolovitz R, Mandel D. Energy expenditure for breastfeeding and bottle-feeding preterm infants. *Pediatrics.* 2009;124(6):e1149-e52.
65. Blaymore Bier JA, Ferguson AE, Morales Y, Liebling JA, Oh W, Vohr BR. Breastfeeding infants who were extremely low birth weight. *Pediatrics.* 1997;100(6):e3.
66. Pineda R. Direct breast-feeding in the neonatal intensive care unit: is it important quest. *J Perinatol.* 2011;31(8):540-5.
67. Silva LM, Tavares LAM, Gomes CF. Dificuldades na amamentação de lactentes prematuros. *Disturb Comun.* 2014;26(1)50-9.
68. Walker M. Breastfeeding the late preterm infant. *J. Obst Gynecol Neonatal Nurs.* 2008;37(6):692-701.
69. Davanzo R, Strajn T, Kennedy J, Crocetta A, De Cunto A. From tube to breast the bridging role of semi-demand breastfeeding. *J Hum Lact.* 2014;30(4):405-9.

70. Academy of Breastfeeding Medicine. ABM clinical protocol# 10: breastfeeding the late preterm infant (34 0/7 to 36 6/7 weeks gestation) (first revision June 2011). *Breastfeed Med.* 2011;6(3):151-6.
71. Pimenta CAM, Pastana ICASS, Sichuieri K, Solha RKT, Souza W. Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem. São Paulo: COREN-SP; 2015.
72. Scochi CGS, Ferreira FY, Góes FSN, Fujinaga CI, Ferecini GM, Leite AM. Alimentação láctea e prevalência do aleitamento materno em prematuros durante internação em um hospital amigo da criança de Ribeirão Preto-SP, Brasil. *Cienc Cuid Saúde.* 2008;7(2):145-54.
73. Flacking R, Ewald U, Wallin L. Positive effect of kangaroo mother care on long-term breastfeeding in very preterm infants. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2011;40(2):190-97.
74. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual do método canguru: seguimento compartilhado entre a atenção hospitalar e a atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
75. Furman L, Minich N, Hack M. Correlates of lactation in mothers of very low birth weight infants. *Pediatrics.* 2002;109(4):e57.
<http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/109/4/e57.full.pdf>
76. Anderson PO, Valdés V. A critical review of pharmaceutical galactagogues. *Breastfeed Med.* 2007;2(4):229-42.
77. Friedman S, Flidel-Rimon O, Lavie E, Shinwell ES. The effect of prenatal consultation with a neonatologist on human milk feeding in preterm infants. *Acta Paediatr.* 2004;93(6):775-78.

78. Nyqvist KH, Häggkvist AP, Hansen MN, Kylberg E, Frandsen AL, Maastrup R, et al. Expansion of the ten steps to successful breastfeeding into neonatal intensive care: expert group recommendations for three guiding principles. *J Hum Lact*. 2012;28(3):289-96.
79. Sanches MTC. Manejo clínico das disfunções orais na amamentação. *J Pediatr (Rio de Janeiro)*. 2004;80 Suppl 5:155-62.
80. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. (Cadernos de Atenção Básica; n. 23).
81. Engmann C, Wall S, Darmstadt G, Valsangkar B, Claeson M. Consensus on kangaroo mother care acceleration. *Lancet*. 2013;382(9907):26-7.
82. Ueda T, Yokoyama Y, Irahara M, Aono T. Influence of psychological stress on suckling-induced pulsatile oxytocin release. *Obstet Gynecol*. 1994;84(2):259-62.
83. Oras P, Thernström Blomqvist Y, Hedberg Nyqvist K, Gradin M, Rubertsson C, Hellström-Westas L, et al. Skin-to-skin contact is associated with earlier breastfeeding attainment in preterm infants. *Acta Paediatr*. 2016;105(7):783-89.
84. Samra NM, El Taweel A, Cadwell K. Effect of intermittent kangaroo mother care on weight gain of low birth weight neonates with delayed weight gain. *J Perinat Educ*. 2013;22(4):194-200.
85. Chaves RG, Lamounier JA, Santiago LB, Vieira GO. Uso de galactagogos na prática clínica para o manejo do aleitamento materno. *Rev Med Minas Gerais*. 2008;18(4 Suppl. 1):S146-S53.
86. Chaves R, Lamonier J, César C. Medicamentos e amamentação: atualização e revisão aplicada à clínica materno-infantil. *Rev Paul Pediatr*. 2007;25(3):276-88.

87. Nyqvist KH, Häggkvist AP, Hansen MN, Kylberg E, Frandsen AL, Maastrup R, et al. Expansion of the baby-friendly hospital initiative ten steps to successful breastfeeding into neonatal intensive care: expert group recommendations. *J Hum Lact.* 2013;29(3):300-09.

88. Collins CT, Ryan P, Crowther CA, McPhee AJ, Paterson S, Hiller JE. Effect of bottles, cups, and dummies on breast feeding in preterm infants: a randomised controlled trial. *BMJ.* 2004;329(7459):193-98.

7 CONCLUSÃO

Nessa revisão sistematizou-se 10 recomendações em relação as principais dificuldades: manutenção da produção láctea, início da sucção no peito e avaliação eficaz da mamada. Utilizou-se 52 estudos para formatar esta diretriz.

As recomendações da diretriz de AM do bebê prematuro orientam que a ordenha deve ter início até seis horas após o parto para a manutenção da produção láctea, sendo realizada no mínimo cinco vezes ao dia, de forma manual ou elétrica. Como recurso adicional da ordenha, utilizar massagem, calor, educação e ordenha associada a recurso áudio/visual.

O contato pele a pele precoce, contínuo e prolongado é um forte aliado para que a nutriz mantenha a produção láctea, entre outros benefícios. A internação conjunta também pode contribuir para o aumento da produção láctea, bem como outros recursos auxiliares como calor, massagem e ações de apoio e incentivo. O início da sucção e a avaliação da mamada requerem um conjunto de condições e observações específicas de cada bebê prematuro e sua família, sem restrição ou limitação imposta por qualquer parâmetro isolado.

Para que ocorra o sucesso no AM do PT sugere que seja necessário realizar mudanças em todo o processo de assistir o bebê prematuro e sua família, adotando uma abordagem que prioriza o AM. É preciso reconhecer que esse novo cuidado requer modificações na estrutura funcional e organizacional das Unidades Neonatais voltados para um cuidado que inclui a família.

A maior parte das recomendações baseadas em evidências foram classificadas como fracas, assim mostrou que muitos estudos apresentam lacunas como: inadequações metodológicas, amostras pequenas e estudos sem testes estáticos adequados. Assim essa temática pode nortear a elaboração de futuras pesquisas que possam consolidar cada vez mais a abordagem da prática baseada em evidências.

Espera-se que a utilização dessa diretriz clínica, possa contribuir com a prática clínica, auxiliando os profissionais de saúde na condução dos problemas encontrados, facilitando o manejo do aleitamento do bebê prematuro e por fim, contribua para o aumento das taxas de AM.

REFERÊNCIAS

- ALFAYA, C; SCHERMANN, L. Sensibilidade e aleitamento materno em díades com recém-nascidos de risco. **Estud. Psicol.**, Natal, v. 10, n. 2, p. 279-85, ago. 2005.
- ANDERSON, P. O.; VALDÉS, V. A Critical review of pharmaceutical galactagogues. **Breastfeeding Medicine**, New Rochelle, v. 2, n. 4, p. 229-242, Dec. 2007.
- AMARAL, L. J. X. et al. Fatores que influenciam na interrupção do aleitamento materno exclusivo em nutrízes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 36, p. 127-134, 2015. Número Especial.
- ASSUNÇÃO, A.A.B. **Incentivo ao aleitamento materno e a promoção da alimentação complementar saudável, às crianças de zero a dois anos de idade na ESF Vila Educacional do município de Fátima do Sul**. Pós-graduação (Atenção Básica e Saúde da Família) - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2011.
- AZEVEDO, D. S. et al. Conhecimento de primíparas sobre os benefícios do aleitamento materno. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 53-62, abr./jun. 2010.
- AZEVEDO, M.; CUNHA, M.L.C. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em prematuros no primeiro mês após a alta hospitalar. **Rev HCPA**, Porto Alegre, v. 33, 1, p. 40-9, 2013.
- AZEVEDO, M.; MENDES, E.N.W. Manutenção da lactação: um desafio para mães de prematuros hospitalizados. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 68-75, 2008.
- BARTICK, M.; REINHOLD, A. The burden of suboptimal breastfeeding in the United States: a pediatric cost analysis. **Pediatrics**, v. 125, n. 5, p. e1048-56, may 2010.
- BELFORT, M. B. et al. Infant feeding and childhood cognition at ages 3 and 7 years: effects of breastfeeding duration and exclusivity. **JAMA Pediatr**, v. 167, n. 9, p. 836-44, 2013.
- BELO, M.N.M. et al. Aleitamento materno na primeira hora de vida em um hospital Amigo da Criança: prevalência, fatores associados e razões para sua não ocorrência. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 14, n. 1, p. 65-72, jan-mar. 2014.
- BLACK, E.R. et al. Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: a systematic analysis. **Lancet.**, 2010.
- BOCCOLINI, C.S. et al. Breastfeeding during the first hour of life and neonatal mortality. **J Pediatr**, v. 89, p. 131-6, 2013.
- BOCCOLINI, C.S. et al. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. **Rev Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 69-78, 2011.

BRAGA, D.F.; MACHADO, M.M.T.; BOSI, M.L.M. Amamentação exclusiva de recém-nascidos prematuros: percepções e experiências de lactantes usuárias de um serviço público especializado. **Rev. Nutr**, v. 21, n. 3, p. 293-302, 2008.

BRAGA, P.P.; ALMEIDA, C.S.; LEOPOLDINO, I.V. Percepção materna do aleitamento no contexto da prematuridade. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 2, n. 2, p. 151-8, mai-ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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: OPAS, 2009a.

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. v. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia de orientações para o Método Canguru na Atenção Básica: cuidado compartilhado** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 56P, 2016.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Diretrizes metodológicas: Sistema GRADE – Manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRIERE, C. E. et al. An integrative review of factors that influence breastfeeding duration for premature infants after NICU hospitalization. **Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing**, Philadelphia, v. 43, n. 3, p. 272-281, May/June 2014.

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

CENTRE FOR EVIDENCE-BASED MEDICINE. **Oxford Centre for Evidence-Based Medicine 2011 Levels of Evidence**. 2011. Disponível em: < <http://www2.cch.org.tw/ebm/file/CEBM-Levels-of-Evidence-2.1.pdf>. >. Acesso em: 18 out. 2016.

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

CONDE-AGUDELO, A.; BELIZÁN, J.M.; DIAZ-ROSSELLO, J. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, n. 2, Mar. 2014. CD002771.

COX, D. B.; OWENS, R. A.; HARTMANN, P. E. Blood and milk prolactin and the rate of milk synthesis in women. **Experimental Physiology**, Cambridge, v. 81, n. 6, p. 1007-1020, Nov. 1996.

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

CRUZ, D. A. L. M.; PIMENTA, C. A. M. Prática baseada em evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 415-422, 2005.

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

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

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

DRIESSNACK, M.; SOUSA, V. D.; MENDES, I. A. C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: parte 2: desenhos de pesquisa qualitativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 4, p. 684-688, 2016.

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

ELLEN, M. E. et al. Barriers, facilitators and views about next steps to implementing supports for evidence-informed decision-making in health systems: a qualitative study. **Implementation Science**, London, v. 9, n. 179, p. 2-12. Dec. 2014.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Manual de perinatologia**. São Paulo. 118p. 2013.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Manual de Aleitamento Materno**. São Paulo.130p. 2015.

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

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

GAGNON, M. P. et al. A systematic review of instruments to assess organizational readiness for knowledge translation in health care. **PloS one**, San Francisco, v. 9, n. 12, p. e114338, Dec. 2014.

GALVÃO, T. F.; PEREIRA, M. G. Avaliação da qualidade da evidência de revisões sistemáticas. **Epidemiologia e Serviços de Saude**, Brasília, v. 24, n. 1, p. 173-175, jan./mar. 2015.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; TREVIZAN, M. A. Revisão sistemática. **Rev Latino-am enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 549-56, 2004.

GIUGLIANI, E. R. J. Problemas comuns na lactação e seu manejo. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. 147-54, 2004.

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

GONÇALVES, H. A. et al. Revisão sistemática e metanálise: níveis de evidência e validade científica. **Revista Eletrônica Debates em Educação Científica e Tecnológica**, Vitória, v. 5, n. 3, p. 386-389, 2016.

GRIMSHAW, J. M. et al. Knowledge translation of research findings. **Implementation Science**, London, v. 31, p. 7:50, May 2012 . Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3462671/pdf/1748-5908-7-50.pdf>>. Acesso em: 9 nov. 2016.

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

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

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

JAAFAR, S. H.; LEE, K. S.; HO, J. J. Separate care for new mother and infant versus rooming-in for increasing the duration of breastfeeding. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, v. 9, Sept. 2012 . CD006641.

KITSON, A.L, HARVEY, G. Methods to succeed in effective knowledge translation in clinical practice. **Journal of Nursing Scholarship**, Indianapolis, v. 48, n. 3, p. 294-302, May 2016.

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

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

MCGRATH, J. M. Using evidence-based practice to guide caregiving in the neonatal intensive care unit. **The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing**, Frederick, v. 24, n. 4, p. 293-294, Oct./Dec. 2010.

MEDINA, E. U.; PAILAQUILÉN, R. M. B. A revisão sistemática e sua relação com a prática baseada na evidência em saúde. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 4, jul./ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt_23.pdf>. Acesso em: 12 set. 2016

MELNYK, B. M. et al. Igniting a spirit of inquiry: an essential foundation for evidence-based practice. **American Journal of Nursing**, New York, v. 109, n. 11, p. 49-52, Nov. 2009.

MELNYK B. M. et al. The seven steps of evidence-based practice: following this progressive, sequential approach will lead to improved health care and patient outcomes. **American Journal of Nursing**, New York, v. 110, n. 1, p. 51-53, Jan. 2010.

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

OELKE, N. D.; LIMA, M. A. D. S.; ACOSTA, A.M. Translação do conhecimento: traduzindo pesquisa para uso na prática e na formulação de políticas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 36, n. 3, p. 113-117, set. 2015.

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

OYE, C. et al. Facilitating change from a distance—a story of success? A discussion on leaders styles in facilitating change in four nursing homes in Norway. **Journal of Nursing Management**, Oxford, v. 24, n. 6, p. 745-754, Sept. 2016.

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

PEREIRA, M. G.; GALVÃO, T. F. Etapas de busca e seleção de artigos em revisões sistemáticas da literatura. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 23, n. 2, p. 369-371, abr./jun. 2014.

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

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, Nov. 2009.

RIBEIRO, R. C. Diretrizes clínicas: como avaliar a qualidade? **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 350-355, jul./ago. 2010.

ROSSETTO, E.G. **O uso da translactação para o aleitamento materno de bebês nascidos muito prematuros: ensaio clínico randomizado**. 2010. [tese de doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP; 2010.

SANCHES, M. T. C. Manejo clínico das disfunções orais na amamentação. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. 155-162, nov. 2004. Suplemento.

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

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

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

SCHEEREN, B. et al. Condições iniciais no aleitamento materno de recém-nascidos prematuros. **Jornal da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 199-204, 2012.

SCOCHI, C. G. S. et al. Alimentação láctea e prevalência do aleitamento materno em prematuros durante internação em um hospital amigo da criança de Ribeirão Preto-SP, Brasil. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 7, n. 2, p. 145-154, abr./jun. 2008.

SCOCHI, C. G. S. et al. Transição alimentar por via oral em prematuros de um Hospital Amigo da Criança. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 540-545, 2010.

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

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

SILVA, E. N. et al. Estudos de avaliação econômica de tecnologias em saúde: roteiro para análise crítica. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington , v. 35, n. 3, p. 219-227, 2014.

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

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, mar. 2014.

STRAUS, S. E.; TETROE, J.; GRAHAM, L. Defining knowledge translation. **CMAJ** , Ottawa, v. 181, n. 3, p. 165-8, Aug. 2009.

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

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

UNICEF. **Iniciativa hospital amigo da criança**: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. Brasília: UNICEF; OMS, 2014. Módulo 3.

URRA, M. E.; BARRÍA, R. M. A revisão sistemática e sua relação com a prática baseada na evidência em saúde. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. 2010 [acesso 2016 out 20];18(4):549-56. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt_23.pdf

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

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

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

VISRAM, S.; GOODALL, D.; STEVEN, A. Exploring conceptualizations of knowledge translation, transfer and exchange across public health in one UK region: a qualitative mapping study. **Public Health**, London, v. 128, n. 6, p. 497-503, June 2014.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Baby Friendly Hospital Initiative, revised, updated and expanded for integrated care**. Geneva: WHO, 2009b. Disponível em: <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse/en/>. Acesso em: 28 out. 2016.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Every Newborn: an action plan to end preventable deaths**. Geneva: WHO, 2014. Disponível em: <http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/enap_consultation/en/>. Acesso em: 23 out. 2016.

YOST, J. et al. Knowledge translation strategies for enhancing nurses evidence-informed decision making: a scoping review. **Worldviews Evidence Based Nursing**, Malden, v. 11, n. 3, p. 156-167, June 2014.

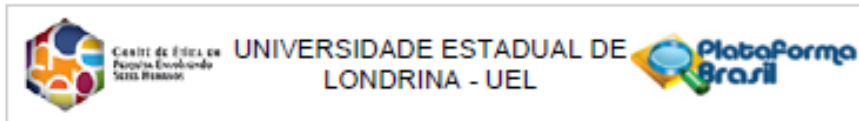
APÊNDICES

APÊNDICE A - Base de dados utilizadas

Base de dados	Descrição
Biblioteca Cochrane www.thecochranelibrary	Contém evidências de alta qualidade para embasar a tomada de decisões. Inclui revisões sistemáticas, ensaio clínicos e muito mais. As revisões Cochrane trazem o resultado combinado das melhores evidências do mundo e são reconhecidas como padrão ouro nos cuidados de saúde baseada em evidências.
CINAHAL www.ebscoost.com/academic/cinahhl	É a base de dados especializada em enfermagem, aliada à pesquisa em saúde. fornecendo o texto completo de mais de 770 revistas indexadas na CINAHL.
PUBMED www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed	Um serviço da Biblioteca Nacional de Medicina que oferece acesso a mais de 22 milhões de citações da MEDLINE e revistas de ciências da vida adicionais. PubMed inclui links para muitos sites que fornecem artigos em texto completo e outros recursos relacionados.
LILACS http://lilacs.bvsalud.org/	É uma base de dados abrangente da literatura científica e técnica da América Latina e do Caribe. Há mais de 30 anos contribui para o aumento da visibilidade, acesso e qualidade da informação.
BDEF http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=BDEF&lang=p	É uma base de dados bibliográficas especializada na área de Enfermagem há mais de 30 anos. Inclui referências bibliográficas e resumos de documentos convencionais e não convencionais, tais como: livros, teses, manuais, folhetos, congressos, separatas e publicações periódicas, gerados no Brasil ou escritos por autores brasileiros e publicados em outros países.

ANEXOS

ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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

Pesquisador: EDILAINE GIOVANINI ROSSETTO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 51823315.7.0000.5231

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

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

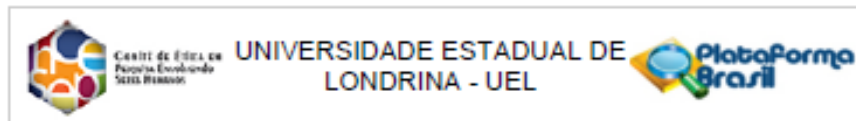
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.395.377

Apresentação do Projeto:

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

Endereço: LABESC - Sala 14
 Bairro: Campus Universitário CEP: 88.057-970
 UF: PR Município: LONDRINA
 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

Oçamento e cronograma adequados.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pesquisa aprovada.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador (a),

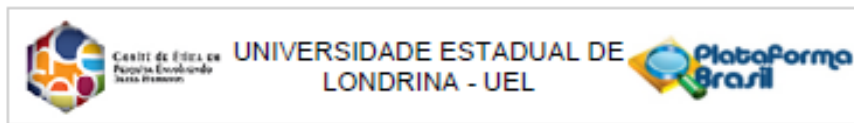
Este é seu parecer final de aprovação, vinculado ao Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina. É sua responsabilidade imprimi-lo para apresentação aos órgãos e/ou Instituições pertinentes.

Coordenação CEP/UEL.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_625340.pdf	11/12/2015 14:31:28		Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mestrado_Milena.doc	11/12/2015 14:30:28	EDILAINE GIOVANINI ROSSETTO	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE_reformulado_dezembro.doc	11/12/2015 14:28:54	EDILAINE GIOVANINI	Acelto

Endereço: LABESC - Sala 14
 Bairro: Campus Universitário CEP: 86.257-970
 UF: PR Município: LONDRINA
 Telefone: (43)3371-5455 E-mail: cep288@uel.br



Continuação do Parecer: 1.395.377

Justificativa de Ausência	TCLE_reformulado_dezembro.doc	11/12/2015 14:28:54	ROSSETTO	Acelto
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_Milena.pdf	25/11/2015 13:13:54	EDILAINE GIOVANINI ROSSETTO	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LONDRINA, 26 de Janeiro de 2016

Assinado por:
Otávio Goes de Andrade
(Coordenador)

Endereço: LABESC - Sala 14	CEP: 86.057-970
Bairro: Campus Universitário	
UF: PR	Município: LONDRINA
Telefone: (43)3371-5455	E-mail: cep288@uel.br

Página 03 de 03

* 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. A mamada deverá ser administrada em RN acordado e responsivo, após verificação da presença do reflexo de procura, sucção, deglutição e a coordenação entre eles. O bebê necessariamente necessita apresentar-se eupneico e sem alterações da coloração da pele, e ainda calmo, em ambiente tranquilo e sem a presença de luz ou som intensos. Luís Alberto Mussa Tavares, pediatra, Campos-RJ Revisado por Cristiane Faccio Gomes, fonoaudióloga, Maringá-PR. Setembro/2008.