



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

LÍGIA CORRÊA JUNG BARBOSA

**A UTILIZAÇÃO DO REFERENCIAL *KNOWLEDGE
TRANSLATION* NA IMPLANTAÇÃO DA INICIATIVA
HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA PARA UNIDADES
NEONATAIS – IHAC-NEO**

LÍGIA CORRÊA JUNG BARBOSA

**A UTILIZAÇÃO DO REFERENCIAL *KNOWLEDGE*
TRANSLATION NA IMPLANTAÇÃO DA INICIATIVA
HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA PARA UNIDADES
NEONATAIS – IHAC-NEO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dra. Sarah Nancy Deggau Hegeto de Souza.

Londrina
2017

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

BARBOSA, LÍGIA CORRÊA JUNG.

A UTILIZAÇÃO DO REFERENCIAL *KNOWLEDGE TRANSLATION* NA IMPLANTAÇÃO DA INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA PARA UNIDADES NEONATAIS – IHAC-NEO / LÍGIA CORRÊA JUNG BARBOSA. – Londrina, 2017.
124 f.: il.

Orientador: 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. Prática clínica baseada em evidência – Tese. 2. Prematuro – Tese. 3. Aleitamento materno – Tese. 4. Pesquisa em enfermagem – Tese. I. DE SOUZA, SARAH NANCY DEGGAU HEGETO. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

LÍGIA CORRÊA JUNG BARBOSA

**A UTILIZAÇÃO DO REFERENCIAL *KNOWLEDGE TRANSLATION* NA
IMPLANTAÇÃO DA INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA
PARA UNIDADES NEONATAIS – IHAC-NEO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof.^a Dra. Sarah Nancy Deggau
Hegeto de Souza
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof.^a Dra. Thaíla Correia Castral
Universidade Federal de Goiás – UFG

Prof.^a Dra. Adriana Valongo Zani
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Londrina, 24 de abril de 2017.

À minha família, pela força, pelo estímulo e pela vibração nessa caminhada.

À minha mãe, pelo abraço quentinho, carinho gostoso e especial.

Ao meu pai (*in memoriam*), pelo exemplo de dedicação integral aos seus pacientes, pela perseverança em acreditar no sistema público de saúde e nas pessoas que o constroem. Sua luta é a minha luta!

Ao meu amado esposo Alesandro, por seu amor e pela participação nessa jornada e em todos os momentos nos quais precisei de um porto seguro.

Aos meus filhos Isabela e Eliseu, os motivos de eu não desistir...

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À Prof.^a Dra. Sarah Nancy Deggau Hegeto de Souza, querida orientadora, agradeço o conhecimento, a competência e o discernimento compartilhados em momentos agradáveis de orientações e dialogadas, dirimindo minhas dúvidas e estimulando meu aprendizado. Agradeço ainda o respeito e a confiança em mim depositados, que me deram segurança para ousar um caminho desconhecido, tanto no escopo da pesquisa quanto no marco teórico-metodológico adotado. Tenho certeza de que muito do que aprendi e produzi neste trabalho são reflexos de sua orientação.

“Alguns de nós são pálidos, outros brilhantes e outros coloridos. Mas de vez em quando encontramos alguém que é irradiante. E quando encontramos não há nada que se compare!”

(Flipped – O primeiro amor)

A você, Sarah, todo o meu reconhecimento e admiração.

AGRADECIMENTOS

No desenvolvimento deste trabalho por horas me vi solitária, porém, na sua totalidade, vejo também como ele se deu a partir de uma construção coletiva, cujas grandes e pequenas participações fizeram a diferença na minha caminhada.

Assim, agradeço a Deus sua infinita bondade e todas as graças que Ele me tem concedido.

À Valéria Costa Evangelista da Silva agradeço a amizade, a disposição sempre presente e a intensa participação neste e em outros projetos. Este trabalho também é seu, minha amiga!

A Ariane Thaíse, Louise Fontana e Milena Lago agradeço por estarem sempre presentes no Conselho de Pesquisa Prática e em tantos outros momentos.

À Prof.^a Dra. Edilaine Rossetto o suporte teórico oferecido e a inestimável contribuição na elaboração desta dissertação.

Às amigas Áurea, Caroline, Janaína, Larissa, Maria José, Pâmela e Tatiane por compartilhar ideias e por todos os momentos de descontração, tão importantes no decorrer desta trajetória.

Às equipes das Unidades de Neonatologia e Maternidade do Hospital Universitário o acolhimento afetivo e carinhoso, além do apoio.

Por fim, ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e à Fundação Bill & Melinda Gates agradeço o fomento que proporcionaram a esta pesquisa.

“E chegará uma hora que compreenderemos que o que mais importa na vida é o amor compartilhado.”

(Rachel Carvalho)



BARBOSA, Lígia Corrêa Jung. **A utilização do referencial *knowledge translation* na implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança para unidades neonatais – IHAC-Neo.** 2017. 124 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2017.

RESUMO

Incorporar as evidências científicas à prática dos profissionais de saúde nos diferentes cenários em que atuam é um desafio. Modelos teóricos têm sido desenvolvidos para preencher essa lacuna, entre eles o *knowledge translation* (KT). Houve um crescente aumento de descobertas científicas de como cuidar e tratar do recém-nascido (RN) e de sua família, avanços substanciais determinaram melhora dos índices de mortalidade neonatal, mas a aplicação dessas evidências na prática é prejudicada por barreiras de diversas magnitudes. Para atuar no aleitamento materno (AM) do prematuro – importante aliado na redução da morbimortalidade neonatal –, ampliou-se a proposta da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) com a adição dos “Três Princípios Norteadores” e a adaptação dos “Dez Passos para o sucesso do AM” em unidades neonatais: a IHAC-Neo. O presente trabalho teve como objetivo descrever a utilização do marco teórico-metodológico KT na implantação da IHAC-Neo em um hospital universitário. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, qualitativo, do tipo estudo de caso, realizado em uma unidade neonatal e maternidade de um hospital universitário do sul do Brasil. Participaram do processo de implantação profissionais de saúde das referidas unidades, os bebês prematuros atendidos durante o período da pesquisa e suas famílias. A pesquisa compreendeu o período de março de 2014 a abril de 2016, totalizando 25 meses. A unidade de análise foi o processo de implantação da IHAC-Neo e as fontes de dados foram as atas das reuniões do Conselho de Prática e Pesquisa (CPP), os quadros de implantação dos dez passos divididos em quatro ciclos com suas respectivas metas, estratégias e resultados das auditorias, conforme preconizado pelo referencial teórico-metodológico KT, e o quadro de barreiras e facilitadores para implantação. Na fase de preparação houve formação do CPP e determinação das barreiras e facilitadores para a implantação da IHAC-Neo. As principais facilidades apontadas foram o hospital já ter implantado os dez passos da IHAC convencional, banco de leite atuante e equipe multiprofissional capacitada no manejo do AM do prematuro e do método canguru (MC). As barreiras referidas pela equipe se relacionavam à falta de estrutura para permanência da família 24 horas, à escassez de recursos humanos, à falta de uniformidade entre a equipe em relação a critérios para contato pele a pele e complementação, e ao menor comprometimento com o AM fora das unidades neonatais. Na fase de implantação ocorreu elaboração de metas e estratégias para cada passo, seguindo a ordem dos ciclos estabelecidos pelo CPP. A partir das auditorias, constatou-se que das 17 metas estabelecidas, nove foram completamente atingidas, e algumas superadas. As que alcançaram maior êxito estavam relacionadas: à elaboração da política de AM; às normas e rotinas; à capacitação da equipe; ao aumento do tempo de permanência das mães nas unidades; à orientação às gestantes internadas; e ao retorno em ambulatório precoce de amamentação. As maiores dificuldades para atingir as metas foram as relacionadas ao contato pele a pele com pré-termos tardios na maternidade, à

orientação das puérperas sobre o início do AM e manutenção da lactação, além do aumento do tempo e número de vezes de contato pele a pele em bebês nas unidades neonatais. Conclui-se que, por meio da utilização do KT, com participação ativa dos atores do processo de mudança, considerando as peculiaridades do contexto e com a facilitação adequada, foi possível implantar os Dez Passos da IHAC-Neo com sucesso, com a busca de soluções para superação das barreiras frequentemente encontradas nos serviços de saúde para essa prática.

Palavras-chave: Prática clínica baseada em evidências. Prematuro. Aleitamento materno. Unidades de terapia intensiva neonatal. Pesquisa em enfermagem.

BARBOSA, Lígia Corrêa Jung. **The use of the referential of knowledge translation in the implantation of the Baby-Friendly Hospital Initiative for neonatal units – Neo-BFHI.** 2017. 124 p. Dissertation (Master's in Nursing) – State University of Londrina, Londrina, 2017.

ABSTRACT

Incorporating scientific evidence into the practice of health professionals in the different settings in which they operate is a challenge. Theoretical models have been developed to fill this gap, among them the knowledge translation (KT). There has been a growing increase in scientific discoveries of how to care for and treat the newborn (NB) and his family, substantial advances have led to improvements in neonatal mortality rates, but the application of this evidence in practice is hampered by barriers of various magnitudes. In order to act in the breastfeeding (BF) in prematurity – an important ally in the reduction of neonatal morbidity and mortality –, the proposal of the Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI) was expanded with the addition of the “Three Guiding Principles” and the adaptation of the “Ten Steps to Successful Breastfeeding” (Ten Steps), for neonatal units: the Neo-BFHI. The present study aimed to describe the use of the theoretical-methodological framework KT in the implantation of the Neo-BFHI in a university hospital. It is a descriptive, exploratory, qualitative, case-study. Premature babies seen during the period of the research and their families participated in the process of implantation of health professionals of these study. The study comprised the period from March 2014 to April 2016, totaling 25 months. The unit of analysis was the implementation process of the Neo-BFHI and the data sources were the minutes of the meetings of the Research Practice Council (RPC), the implementation tables of the Ten Steps divided into four cycles with their respective goals, strategies and audit results, as recommended by the theoretical-methodological framework KT, and the framework of barriers and facilitators for implementation. In the preparation phase, there was formation of RPC and determination of barriers and facilitators for the implantation of the Neo-BFHI. The main facilities pointed out were the hospital already having implemented the Ten Steps of the conventional BFHI, active milk bank and multi-professional team trained in the management of the BF of the premature and the kangaroo mother care (KMC). The barriers mentioned by the team were related to the lack of structure for 24-hour family permanence, lack of human resources, lack of uniformity among the team regarding criteria for skin-to-skin contact and complementation, and the lower commitment to BF out of neonatal units. In the implementation phase, goals and strategies were developed for each step, following the order of the cycles established by the RPC. From the audits, it was verified that of 17 goals established nine were completely reached and some overcome. Those that were most successful were related to: the elaboration of the BF policy; standards and routines; training of the team; to the increase of the time of stay of the mothers in the units; guidance to inpatient pregnant women; and return to an early breastfeeding clinic. The greatest difficulties to reach the goals were those related to skin-to-skin contact with late preterm in the maternity ward, the orientation of the mothers on the beginning of the BF and maintenance of lactation, besides the increase of the time and number of times of skin-to-skin contact in babies in neonatal units. It was

concluded that, through the use of the KT, with the active participation of the actors of the change process, considering the peculiarities of the context and with the adequate facilitation, it was possible to implement the Ten Steps of the Neo-BFHI successfully, with the search for solutions to overcome the barriers frequently found in health services for this practice.

Keywords: Evidence-based practice. Infant, premature. Breast feeding. Intensive care units, neonatal. Nursing research.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Modelo conceitual PARIHS.....	42
Figura 2 – Condições para evidência.....	43
Figura 3 – Condições para facilitação.....	45
Figura 4 – Condições para contexto	49
Figura 5 – Modelo do ciclo rápido: questões fundamentais	53
Figura 6 – Modelo do ciclo rápido: <i>plan-do-study-act</i>	54
Figura 7 – Ciclos rápidos para implementação da IHAC-Neo em unidades neonatais de um hospital universitário na Região Sul do Brasil	72

LISTA DE QUADROS

Quadro 1– Os dez passos da IHAC e sua expansão para a IHAC-Neo	31
Quadro 2– Critérios globais, princípio norteador 1	32
Quadro 3– Critérios globais, passo 8.....	33
Quadro 4– Barreiras e facilitadores para implantação da IHAC-Neo em unidades neonatais de um hospital universitário na Região Sul do Brasil, Novembro, 2014	68
Quadro 5– Descrição detalhada das metas, ações de mudanças para prática, indicadores e resultados no Ciclo 1 (passos 1, 2 e 7) para implantação da IHAC-Neo em unidades neonatais e maternidade de um hospital universitário na Região Sul do Brasil, Abril, 2016.....	74
Quadro 6– Descrição detalhada das metas, ações de mudanças para prática, indicadores e resultados no Ciclo 2 (passos 4, 8 e 9) para implantação da IHAC-Neo em unidades neonatais e maternidade de um hospital universitário na Região Sul do Brasil, Abril, 2016.....	75
Quadro 7– Descrição detalhada das metas, ações de mudanças para prática, indicadores e resultados no Ciclo 3 (passos 3, 5 e 6) para implantação da IHAC-Neo em unidades neonatais e maternidade de um hospital universitário na Região Sul do Brasil, Abril, 2016.....	81
Quadro 8– Descrição detalhada das metas, ações de mudanças para prática, indicadores e resultados no Ciclo 4 (passo 10) para implantação da IHAC-Neo em unidades neonatais e maternidade de um hospital universitário na Região Sul do Brasil, Abril, 2016.....	85

LISTA DE SIGLAS

AC	alojamento conjunto
AEHU	Ambulatório de Especialidades do Hospital Universitário de Londrina
AM	aleitamento materno
AME	aleitamento materno exclusivo
APS	Atenção Primária à Saúde
BLH	Banco de Leite Humano
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
Celac	Centro de Lactação do AEHU
CIHR	Canadian Institute of Health Research
CME	Continuous Medical Education/Educação Médica Continuada
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CPD	Continuous Professional Development/Desenvolvimento Profissional Contínuo
CPP	Conselho de Pesquisa Prática
Decit	Departamento de Ciência e Tecnologia
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
EPIQ	Evidence-Based Practice for Improving Quality/Prática Baseada em Evidência para a Melhoria da Qualidade
HAC	Hospital Amigo da Criança
HUL	Hospital Universitário de Londrina
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
IHAC-Neo	Iniciativa Hospital Amigo da Criança para Unidades Neonatais
ILCA	International Lactation Consultant Association
IVO	Inventário de Valores Organizacionais
KT	<i>knowledge translation</i>
MBI	Maslach Burnout Inventory
MC	método canguru
MCTI	Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PARIHS	Promoting Action on Research Implementation in Health Services

PBE	Prática Baseada em Evidência
PDSA	<i>plan-do-study-act</i>
PT	premature(s)/pré-termo(s)
RN	recém-nascido(s)
RNPT	recém-nascido(s) premature(s)/pré-termo(s)
RNPTT	recém-nascido(s) premature(s) tardio(s)
RNT	recém-nascido(s) a termo
SCTIE	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCINCa	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru
UCINCo	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UN	unidade neonatal
Unicef	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USP	Universidade do Estado de São Paulo
UTIN	unidade de terapia intensiva neonatal
VD	visita domiciliar
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
2	OBJETIVOS	25
2.1	OBJETIVO GERAL.....	25
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
3	REVISÃO DE LITERATURA	26
3.1	A INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA PARA UNIDADES NEONATAIS	26
3.1.1	A IHAC	26
3.1.2	A Expansão da IHAC para Unidades Neonatais	29
4	REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	34
4.1	PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIA	34
4.1.1	DESAFIOS DA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIA	36
4.2	<i>KNOWLEGE TRANSLATION</i>	38
4.2.1	MODELO CONCEITUAL PROMOTING ACTION ON RESEARCH IMPLEMENTATION IN HEALTH SERVICES	41
4.2.1.1	Evidência	42
4.2.1.2	Facilitação	44
4.2.1.3	Contexto	48
4.2.2	PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIA PARA A MELHORIA DA QUALIDADE.....	50
5	METODOLOGIA	56
5.1	TIPO DE ESTUDO	56
5.2	LOCAL DO ESTUDO	57
5.3	PERÍODO DO ESTUDO.....	59
5.4	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	59
5.5	INSTRUMENTOS DE COLETAS DE DADOS	60
5.6	PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS.....	61

5.7	ASPECTOS ÉTICOS.....	61
6	RESULTADOS.....	62
6.1	CONHECENDO A HISTÓRIA DA UNIDADE	62
6.2	O PROCESSO DA IMPLANTAÇÃO DA IHAC-NEO	64
6.2.1	Fase 1 – Preparação	64
6.2.1.1	Formação do Conselho de Pesquisa Prática	65
6.2.1.2	Coleta de dados basais	66
6.2.1.3	Barreiras e facilitadores para a implantação do IHAC-Neo	67
6.2.2	Fase 2 – Implementação e Mudanças.....	71
6.2.2.1	Estabelecimento de metas e estratégias	71
6.2.2.2	Auditoria e <i>feedback</i>	73
7	DISCUSSÃO	86
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
	REFERÊNCIAS.....	97
	APÊNDICES	107
	APÊNDICE A – Auditoria para dedo de luva	107
	APÊNDICE B – Auditoria para o contato pele a pele	107
	APÊNDICE C – Auditoria para o alojamento parcial.....	108
	APÊNDICE D – Auditoria para visita guiada e orientação de gestante/puérpera.....	108
	APÊNDICE E – Auditoria para controle de complementação de leite	109
	APÊNDICE F – Auditoria para controle de alta com acompanhamento ambulatorial	109
	APÊNDICE G – Critérios para o contato pele a pele precoce.....	110
	APÊNDICE H – Fluxograma para hipoglicemia/necessidade de complementação.....	111
	APÊNDICE I – Cartilhas de orientação	112

ANEXOS	113
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	113
ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (integrantes da equipe e gerente)	115
ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (mães)	116
ANEXO D – Registro das ações realizadas	117

1 INTRODUÇÃO

Incorporar as evidências científicas à prática dos profissionais de saúde nos diferentes cenários onde atuam tem sido um desafio. Nas últimas décadas a consulta às publicações científicas foi facilitada pelo acesso à internet disponibilizado a grande parte da população mundial, importante conquista dos países com menor investimento em pesquisa.

Em posse das descobertas científicas, os profissionais se deparam com a tarefa de incorporá-las na prática. As dificuldades neste processo se tornam barreiras que desestimulam os profissionais a implantá-las, levando a uma acomodação ao que está posto e consolidado, atuando de uma forma desatualizada e ineficiente.

Essa realidade não é diferente na área da Neonatologia. Houve um crescente aumento de descobertas científicas de como cuidar e tratar do recém-nascido (RN) e sua família, avanços substanciais determinaram melhora dos índices de mortalidade neonatal, mas percebemos que ainda enfrentamos resistência no que tange a aplicação de conhecimentos científicos consolidados e que, por barreiras da prática e resistência a mudanças, continuamos a ignorar sua implementação.

Em todo o mundo, nascem anualmente 20 milhões de bebês prematuros (PT) e de baixo peso. Destes, um terço morre antes de completar um ano de vida (WHO, 2012). Segundo o relatório *Born too soon*, da World Health Organization (WHO), um a cada dez bebês nascidos no mundo nasceram prematuramente, dos quais mais de 1 milhão morreram como resultado dessa condição. A prematuridade é a segunda causa principal de morte em crianças com menos de cinco anos e a principal no primeiro mês de vida. Os que sobrevivem podem enfrentar uma vida de sequelas importantes e uma perda a longo prazo de suas potencialidades humanas (WHO, 2012).

O Brasil é um dos dez países com maior número de nascimentos prematuros, com taxas altas e crescentes (BRASIL, 2011b). Em 2015, o nascimento de bebês com menos de 37 semanas totalizou 12% de todos os nascimentos no país. No Paraná, foi de 9,7% e em Londrina 14,2% (BRASIL, 2015a; BRASIL, 2015b). Em relação aos óbitos, neste mesmo ano, os PT corresponderam a 55,7% de todos os óbitos no Brasil, 61,9% no Paraná e 62,4% em Londrina. Quando verificamos se os óbitos ocorreram no primeiro mês de vida, essas porcentagens são ainda maiores,

sendo 70,6% no Brasil, 71,7% no Paraná e 77,5% em Londrina (BRASIL, 2015c; BRASIL, 2015d).

O enfrentamento desse problema de saúde é premente, pois, além do impacto na mortalidade, os seus efeitos se estendem para o prejuízo na qualidade de vida das crianças, suas famílias, para a sociedade e o sistema de saúde (WHO, 2012).

O grande progresso técnico-científico na assistência neonatal tem repercutido na maior sobrevivência desses PT, com aumento significativo dos riscos de morbimortalidade durante seu crescimento e desenvolvimento. Mais de 1 milhão de crianças morrem a cada ano devido a complicações de parto prematuro e muitos sobreviventes enfrentam uma vida de incapacidades, incluindo dificuldades de aprendizagem, paralisia cerebral, deficiências cognitivas, problemas visuais e de audição. Os diversos problemas associados à prematuridade acarretam alto custo para o sistema de saúde do Brasil e são traumatizantes para os pais (WHO, 2012).

Muitas dessas condições graves decorrentes do nascimento prematuro podem ser prevenidas ou reduzidas. Nos países de baixa renda, metade dos PT com menos de 32 semanas de gestação morrem por falta de intervenções viáveis, de baixo custo e comprovadamente eficientes, como o método canguru (MC) e o aleitamento materno exclusivo (AME). Estima-se que tais métodos poderiam salvar cerca de 450.000 crianças por ano (WHO, 2012).

Um importante aliado na redução da morbimortalidade neonatal é o AME, que está associado à redução do tempo de hospitalização, da sepse neonatal, da retinopatia da prematuridade, de doenças respiratórias e enterocolite necrotizante. Promove ótimo crescimento e neurodesenvolvimento e incentiva o vínculo mãe-bebê, além de ser a intervenção mais efetiva em custo-benefício para reduzir a morbimortalidade dessa população (VICTORA et al., 2016; WHO, 2012).

A revisão sistemática de Horta e Victora (2013) apresentou como vantagens do AM a longo prazo a prevenção da obesidade e do sobrepeso, evitando o risco de diabetes, câncer e doenças cardiovasculares. Esses benefícios se estendem para a pressão arterial, as taxas de colesterol total e a *performance* em testes de inteligência.

Diante do exposto, a educação e a implantação de estratégias baseadas em evidências efetivas para apoiar as práticas de promoção ao AM são essenciais para diminuir as mortes neonatais (BRASIL, 2011a).

Contudo, amamentar o PT hospitalizado envolve um processo complexo devido à sua imaturidade fisiológica e neurológica, dificuldade em coordenar sucção-deglutição-respiração e hospitalização prolongada, gerando na mãe sentimentos de incapacidade e estresse emocional que podem diminuir a lactação, além da ausência do contato precoce mãe-filho e início tardio do AME (SCOCHI et al., 2008; NASCIMENTO; ISSLER, 2005).

Embora muitos estudos tenham evidenciado um aumento nas taxas de AME, em neonatos PT o aumento desses índices ainda é um desafio, pois muitos fatores podem interferir nesse processo, ocasionando o desmame frequente, antes mesmo da alta hospitalar (SCOCHI et al., 2008).

A exemplo, Demirci, Sereika e Bogen (2013) realizaram no estado da Pensilvânia, Estados Unidos, a primeira análise do impacto de múltiplas variáveis sociodemográficas sobre a iniciação da amamentação com prematuro tardio (PTT) (bebês nascidos entre 34+0 semanas e 36+6 semanas de gestação), incluindo os bebês de gestações múltiplas do país. Implementada entre os anos de 2003 a 2009, os autores também puderam investigar a prevalência do início do aleitamento materno (AM) entre as mães de PTT e seus filhos e compararam estes últimos com PT moderado (30+1 – 33+6 semanas de gestação) e recém-nascido a termo (RNT) (com idade gestacional \geq 37 semanas) num mesmo período de tempo. As taxas do início da amamentação aumentaram entre todas as idades gestacionais e, apesar de maiores nos PT moderados (12,6%), em comparação aos PTT (7,7%) e aos RNT (7,4%), não houve diferença significativa. O início da amamentação nos PTT aumentou de 2003 (54%) para 2009 (61,8%), porém, em particular, a prevalência de 2009 permaneceu cerca de 10% abaixo das taxas globais de início à amamentação, quando foram observadas as populações de RNT e os parâmetros preconizados pelo local da pesquisa.

A admissão na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) parece ser potencialmente um dos fatores de risco para o não início da amamentação, além de outras variáveis relacionadas à mãe, como raça negra, tabagismo durante a gestação, partos anteriores e antecedente de parto prematuro (DEMIRCI; SEREIKA e BOGEN, 2013).

Comparar as taxas de AM entre PT nos diversos estudos, é um trabalho árduo, pois os métodos divergem sobremaneira em relação às variáveis estabelecidas. No entanto, apresentamos a seguir estudos nacionais e

internacionais que investigaram as taxas de AM em prematuros.

Estudo de coorte realizado com mães e seus RNPT internados em uma unidade neonatal (UN), demonstrou que no momento da alta hospitalar todos os bebês estavam em AM, porém nenhum dos PT incluídos na pesquisa estava em AME, o que foi revertido no 14º dia após a alta da criança, quando 55,2% dos bebês PT se encontravam em AM, 36,2% estavam em AME e 8,6% dos bebês já tinham sido desmamados (estavam em aleitamento artificial). No 28º dia após a alta, 60,3% dos PT estavam em AM, 25% estavam sendo amamentados exclusivamente e 14,7% não estavam mais sendo amamentados (AZEVEDO; CUNHA, 2013).

Sassá, Lopes e Bengozi (2013) demonstraram que na alta hospitalar aproximadamente 90% estavam em AM e, destes, 50% em AME. Entretanto, 51% da amostra foram desmamados antes do sexto mês de vida. Ao final da sua pesquisa concluíram que as prevalências de AM encontradas para uma população tão específica como os RN de muito baixo peso reforçaram a ideia de que amamentar o PT, embora desafiante, era factível desde que houvesse apoio e suporte apropriados ao binômio mãe-bebê.

Nos Estados Unidos, Pineda (2011) encontrou em RN < 30 semanas e com < 1500g ao nascer uma taxa de início da alimentação pelo leite materno de 78%. O início da alimentação do leite materno foi definido como se a criança já havia recebido leite materno por amamentação, mamadeira ou tubo gástrico. Entre as mães que iniciaram a alimentação de seus bebês com leite materno, 48% continuaram a fornecer leite materno durante a alta, enquanto 34% forneceram leite materno exclusivo durante a alta. Apenas 52% das mães amamentaram diretamente seus bebês enquanto estavam na UTIN e 18% realizaram a primeira alimentação oral de seu bebê na mama.

Constituído por uma amostra de 1488 PT e realizado na Dinamarca, o estudo de Maastrup, Hansen e Kronborg e colaboradores (2014a), evidenciou que 68% dos lactentes foram amamentados exclusivamente na alta, 17% foram amamentados parcialmente e 15% não foram amamentados.

Políticas públicas têm sido implantadas para promover, proteger e apoiar o AME, dentre elas a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), uma estratégia que tem como objetivo transformar as práticas, políticas e estruturas dos serviços de saúde para apoiar o AM por meio da implantação dos “*Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno*”, bem como adoção do Código Internacional para

Comercialização dos Substitutos de Leite Materno (BRASIL, 2011a). A IHAC foi amplamente adotada no Brasil e tem resultado em melhora significativa no apoio ao início e duração do AM. Figueredo, Mattar e Abrão (2012) realizaram uma revisão bibliográfica sobre os efeitos do “*Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno*” na prática da amamentação, e incluíram 35 referências publicadas em vários países, alcançando um período próximo a 20 anos de fonte de dados. Como resultado verificaram que a estratégia IHAC é mundialmente efetiva nas mudanças das práticas hospitalares tais como, capacitação dos funcionários, orientação às gestantes, início precoce do AM, apoio durante a internação, uso não rotineiro de outros líquidos ou leite artificial, alojamento conjunto (AC), livre demanda, proibição de propaganda e distribuição de fórmulas infantis, bicos e chupetas, contribuindo para a redução do desmame precoce, podendo conseqüentemente aumentar a prevalência do AM e diminuir a morbi-mortalidade infantil.

Outra revisão, integrativa, da literatura identificou uma grande variedade de facilitadores e barreiras para a implementação da IHAC. Semenic e colaboradores (2012) em análise compreensiva desta literatura sugeriram que, para o comprometimento efetivo dos profissionais de saúde em adotar e cumprir os passos da IHAC, é preciso que a equipe de saúde seja envolvida ativamente no processo de mudança da prática, incluindo identificar os métodos, as estruturas e rotinas existentes na unidade que requerem modificações para corresponder aos dez passos, bem como monitorar as práticas da IHAC para avaliar o impacto nos serviços de saúde.

Contudo, lançada originalmente para apoiar o AME em RNT saudáveis nos serviços de maternidades, a IHAC necessitava de diretrizes e políticas específicas para incluir o contexto especial das UN e as necessidades específicas dos PT e bebês doentes internados nestas unidades, assim como suas mães e família (RENFREW; CRAIG e DYSON et al., 2009; NYKVIST e KYLBERG, 2008).

Desejando contemplar a especificidade do contexto das UN e as necessidades do PT, aumentar as taxas de AME, aprimorar as relações pais-bebês e reduzir a morbimortalidade nessa população, pesquisadores do Canadá e Escandinávia adaptaram, os “*Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno Exclusivo*” para UN, surgindo assim a IHAC-Neo (NYQVIST et al., 2015; 2012; HAIEK, 2011).

Embora implantada em alguns países, como Noruega, Dinamarca e Suécia

(NYKVIST et al., 2015), a IHAC-Neo ainda não tem evidências do impacto nas práticas e indicadores de AM e no PT. Diferentemente da IHAC, que possui um robusto conjunto de pesquisas sobre a melhora desses índices nos Hospitais Amigos da Criança (HAWKINS et al., 2015; ZAKARIJA-GRKOVIC et al., 2012; ABRAHAMS; LABBOK, 2009).

Com o propósito de contribuir para geração de evidências sobre a IHAC-Neo, por meio de elaboração de estratégias para enfrentar o desafio de implantar de maneira sólida e permanente as práticas que estão consolidadas cientificamente como exitosas no cuidado do PT e da família, um grupo de pesquisadoras brasileiras, em parceria com pesquisadores e profissionais de saúde que desenvolveram a IHAC-Neo nos países nórdicos, propôs a implantação da IHAC-Neo em serviços de saúde brasileiros, utilizando-se o marco teórico-metodológico *knowledge translation* (KT).

O KT é definido como “um processo dinâmico e interativo que inclui a síntese, a disseminação, a troca e a aplicação eticamente sólida do conhecimento, dentro de um complexo sistema de interações entre pesquisadores e usuários” (CIHR, 2011).

O processo de simples disseminação do conhecimento ao término de uma pesquisa (por exemplo, publicação de resultados de pesquisa em artigos ou eventos científicos) não garante a utilização do conhecimento pelos profissionais de saúde, ao passo que o KT envolve o engajamento e a integração daqueles que irão utilizar o conhecimento em todas as etapas da pesquisa (CIHR, 2011).

A utilização do KT para a implantação da IHAC-Neo constituiu-se uma proposta ousada do grupo de pesquisadores, pois envolveu uma abordagem diferenciada e abrangente da complexidade inerente à mudança, não somente de práticas, mas de valores, cultura e comportamentos. Nessa perspectiva, a evidência a ser construída não é o único resultado esperado, mas, também, o conjunto de mudanças efetivamente implantadas a partir do envolvimento ativo dos participantes na elaboração das melhores práticas a serem incorporadas, factíveis no contexto vivido e com a facilitação adequada, proposta pelo referencial.

A presente pesquisa foi um recorte de um projeto multicêntrico de intervenção, vinculado a universidades públicas em cinco estados brasileiros, intitulado “*Aleitamento materno em prematuros: impacto da IHAC para unidades neonatais*”, da chamada nº 05/2013, MCTI/CNPq/MS/SCTIE/Decit/Fundação Bill e Melinda Gates. No presente estudo, apresentamos um estudo de caso sobre a

utilização do marco teórico-metodológico KT para a implantação da IHAC-Neo em um dos hospitais participantes da pesquisa, na região sul do Brasil.

Espera-se contribuir para a disseminação dessa estratégia de aproximação da evidência científica com a prática dos profissionais de saúde e, conseqüentemente, com a melhoria da qualidade e eficiência dos cuidados prestados aos pacientes e suas famílias.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever a utilização do marco teórico-metodológico KT na implantação da IHAC-Neo em um hospital universitário brasileiro.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever as fases de preparação e implantação da IHAC-Neo nas unidades neonatais e maternidade;
- b) Identificar facilitadores e barreiras percebidas pelos profissionais de saúde para a implantação da IHAC-Neo nas unidades neonatais e maternidade;
- c) Relacionar o processo de implantação da IHAC-Neo às etapas propostas pelo marco teórico-metodológico KT.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA PARA UNIDADES NEONATAIS

3.1.1 A IHAC

Com o objetivo de buscar mecanismos e ações que pudessem ser desenvolvidos para transformar as práticas, políticas e estruturas dos serviços de saúde para proteger, promover e apoiar o AM, em 1990, a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) emitiram uma declaração conjunta – a *Declaração de Innocenti* – estabelecendo um conjunto de medidas intitulado “Os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” (Quadro 1), bem como adoção do Código Internacional para Comercialização dos Substitutos de Leite Materno (BRASIL, 2011a).

Neste contexto para implementar os dez passos, a OMS e a Unicef lançaram, em 1991, a estratégia IHAC e desenvolveram ferramentas baseadas em evidência para avaliar e incentivar a amamentação em RNT e RN saudáveis nos serviços de maternidade (WHO, 1998).

Atualmente, a estratégia mundial IHAC soma mais de 20 mil hospitais certificados como Amigos da Criança em 156 países, incluindo o Brasil. Entre 1992 e 2010 foram credenciados 359 hospitais brasileiros. Porém, como resultado do monitoramento à adesão aos dez passos das maternidades à iniciativa, 26 hospitais foram descredenciados, contabilizando, em 2011, 333 Hospitais Amigos da Criança no país (BRASIL, 2011a; WHO; Unicef, 2009).

Inicialmente, para que uma instituição fosse intitulada como Amiga da Criança, era necessário ter uma equipe capacitada e uma mudança de cultura na prática diária do trabalho (WHO; Unicef, 2003; 1990).

O processo de credenciamento da IHAC no Brasil ocorre após sucessivas avaliações do estabelecimento candidato ao título. Dessa forma, quando o hospital atinge os objetivos determinados pelo programa recebe uma avaliação externa. A avaliação externa determina se a instalação cumpre os *critérios globais* dos Dez Passos para um Hospital Amigo da Criança (HAC) (BRASIL, 2011a).

Os critérios globais da IHAC padronizam a mensuração da adesão a cada um dos “*Dez Passos para o Sucesso da Amamentação*” e do “Código Internacional de

Comercialização de Substitutos do Leite Materno”. Estes são considerados critérios mínimos para a obtenção da certificação do estabelecimento como HAC e descrevem como a instituição será julgada durante a avaliação externa (WHO; Unicef, 2009).

No caso de uma avaliação favorável, a instituição é credenciada como HAC e recebe a placa fornecida pelo Unicef. A validade do credenciamento é de três anos, podendo o estabelecimento ser recertificado (BRASIL, 2011a). O estabelecimento deve, por sua vez, constantemente monitorar sua prática e trabalhar para manter os padrões exigidos pelo programa (WHO; Unicef, 2009).

O objetivo do monitoramento é apoiar e incentivar a equipe do hospital a manter as práticas “amigas da criança”; verificar se as experiências das mães no hospital influenciam positivamente a amamentação; identificar se o hospital tem deficiências relacionadas a algum dos dez passos e, neste caso, trabalhar para implantar as melhorias necessárias (BRASIL, 2011a).

A IHAC procura proporcionar às mães e aos bebês um bom começo para a amamentação, aumentando a probabilidade de que os bebês serão amamentados exclusivamente durante os primeiros seis meses de vida e, então recebam alimentos complementares apropriados enquanto a amamentação continua por dois anos ou mais (WHO; Unicef, 2009).

Por si só a estratégia não pode garantir que as mulheres que começam a amamentação exclusivamente continuam a fazê-lo pelos seis meses recomendados. No entanto, estudos têm mostrado que o atraso no início da amamentação e alimentação suplementar precoce no hospital está associado a uma amamentação não exclusiva posteriormente (MAASTRUP et al., 2014a; AZEVEDO e CUNHA, 2013; SASSÁ et al., 2013; PINEDA et al., 2011; WHO; Unicef, 2009).

Adotada e implantada no Brasil desde março de 1992, a IHAC tem resultado em melhora significativa no apoio ao início, frequência e duração da amamentação e na redução dos gastos hospitalares (BRASIL, 2009; ALMEIDA et al., 2008; ARAÚJO e SCHMITZ, 2007; NARCHI et al., 2005; TOMA e MONTEIRO, 2001).

O AM é a estratégia isolada que mais previne mortes infantis, além de promover a saúde física, mental e psíquica da criança e da mulher que amamenta. É o alimento ideal não somente para RNT como também o mais indicado para PT (BRASIL, 2009; ALMEIDA et al., 2008; EDMOND; ZANDOH e QUIGLEY et al., 2006;

ESCUDER; VENÂNCIO e PEREIRA, 2003; JONES; STEKETEE e BLACK et al., 2003).

No Brasil, houve uma melhora nos índices de AM, resultado de uma política de saúde voltada para o incentivo às práticas de AM e capacitações das equipes de saúde nas maternidades. Um estudo demonstrou a melhora significativa da situação do AM na última década, no conjunto das capitais brasileiras, apesar de persistir diferenças entre as regiões e capitais. Com dados de 34.366 crianças, verificou-se que 67,7% mamaram na primeira hora de vida; a prevalência do AME em crianças de zero a seis meses foi de 41% e do AM em crianças de nove a 12 meses foi de 58,7%. Houve aumento de 30,7 dias na duração mediana do AME e de 45,7 dias na mediana do AM (VENANCIO; ESCUDER; SALDIVA et al., 2010).

Pesquisa com mesmo desenho metodológico foi desenvolvida no município de Londrina – PR, demonstrando o aumento dos índices de AME em menores de seis meses de 21% em 2002, para 33,8% em 2008. Quando se observa o AME em menores de quatro meses, o aumento foi ainda mais expressivo: de 29,3% para 54,8%. Ao associar com o AM predominante (16%), observa-se que, em 2008, quase metade das crianças (49,8%) de zero a seis meses recebia leite materno como única fonte láctea. Contudo não houve nesse estudo a discriminação da idade gestacional (IG) ao nascer das crianças avaliadas (SOUZA; MIGOTO; ROSSETTO et al., 2012).

Apesar dos indicadores nacionais e locais ainda poderem melhorar, o aumento dos índices tanto no Brasil como em Londrina representam o esforço na implementação do conjunto das diferentes estratégias de incentivo ao AM preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS), como a IHAC e MC, bem como outras estratégias como a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, e a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano.

Para que o início e o estabelecimento do AM tenham sucesso, as mães necessitam de apoio, durante a gestação e após o parto. Todos os agentes de saúde devem estar comprometidos, ser capazes de fornecer informações apropriadas e demonstrar conhecimento prático do manejo do AM (WHO; Unicef, 2003; BRASIL, 2009).

3.1.2 A Expansão da IHAC para Unidades Neonatais

Iniciar e manter a produção do leite materno é essencial para que mães de bebês PT ou doentes sejam capazes de amamentar seus filhos. Vencer as barreiras, na maioria das vezes, fisiológicas e emocionais relacionadas à lactação e à amamentação depende diretamente de receber um apoio precoce, sistemático e contínuo para alimentar seu bebê tão breve quanto seja possível, sendo a estabilidade do bebê um critério importante a ser considerado (RICE; CRAIG e MCCORMICK et al., 2010; RENFREW; CRAIG e DYSON., et al., 2009; NYKVIST, 2008).

Para as mães de PT ou bebês a termo doentes o apoio do pai ou outros membros da família por causa de seu estresse emocional parece ser mais necessário. As UN possuem pouco ou nenhum espaço para as mães, e a possibilidade de permanecer ao lado de seu filho nem sempre é assegurada. Não obstante, a separação do binômio mãe-bebê faz com que as diferenças existentes entre maternidades e UN provoque uma crise nessas mães quando uma transição interunidades é necessária (SHIN; WHITE-TRAUT, 2007).

Entretanto, observou-se que as normas e os critérios da IHAC não estavam adaptados à situação especial dos RNPT e, RN doentes e de suas famílias (NYKVIST et al., 2013; TAYLOR et al., 2011), por vezes inseridos no cenário das UN, cujos avanços tecnológicos e a alta complexidade do cuidado podem apresentar barreiras para promover a amamentação dessa população que ocasionalmente é privada dos benefícios do AME.

Nykvist e Kylberg (2008) fizeram algumas recomendações sobre os “Dez Passos para o Sucesso da Amamentação” após estudo prospectivo realizado na Suécia, no contexto dos cuidados neonatais, que mostrou que as mães e os bebês especiais têm necessidades de apoio diferenciado em relação ao AM. A análise dos dados resultou em 13 passos, contendo modificações, expansões e adições aos Dez Passos convencionais da IHAC. Construídos pelas perspectivas das mães de RNPT extremos incluídas na pesquisa, os 13 passos foram apresentados como sugestão para formular diretrizes de promoção à amamentação em UTIN.

A expansão da IHAC já estava ocorrendo em alguns países para cenários que cuidam de mães que amamentam e bebês, como centros comunitários de saúde e UN (WHO;Unicef, 2009). Pesquisadores e profissionais de saúde da Noruega e

Dinamarca adaptaram os Dez Passos da IHAC, considerando o contexto especial das UN e as necessidades específicas dos PT e bebês doentes internados nestas unidades (NYKVIST et al., 2015).

Em 2004, a Noruega ampliou a IHAC para incluir a UTIN. As diretrizes para uma UN Amiga da Criança foram desenvolvidas baseadas nos Dez Passos convencionais, mas incluindo também uma ferramenta de avaliação adaptada. Em 2012, mais de 90% das UN do país haviam sido certificadas amigas da criança (HANSEN; BÆRUG e NYLANDER et al., 2012).

De forma similar, a Dinamarca realizou um estudo-piloto inédito em dois hospitais e desenvolveu os Dez Passos para os PT. Na Noruega, a maioria das UN foram avaliadas e certificadas como “Amigas da Criança”, num processo similar à certificação das maternidades do mesmo país (NYKVIST et al., 2015).

No entanto, não havia consenso sobre quais políticas e práticas relacionadas ao AM deveriam ser recomendadas para as UN, nem qualquer estudo que tivesse examinado a eficácia dessas iniciativas expandidas. Isso demandou uma política específica de AM para UN e serviu como pano de fundo para o desenvolvimento e expansão da IHAC para UN da WHO; Unicef (NYKVIST et al., 2015; 2013; TAYLOR et al., 2011).

Considerando as evidências de que a IHAC precisava ser revisitada para atender aos cuidados neonatais (NYKVIST e KYLBERG, 2008), um grupo de trabalho foi formado em março de 2009, em Copenhague, por pesquisadores e profissionais de saúde da Suécia, Noruega, Dinamarca, Finlândia e Canadá para lidar com a expansão da IHAC para UN (NYKVIST et al., 2015).

Baseado na revisão das evidências, na opinião de especialistas e em experiências de países ao redor do mundo, desenvolveram uma expansão unificada da IHAC para unidades neonatais, denominada IHAC-Neo (NYQVIST et al., 2013; 2012). Para manter a coerência com a atualização da IHAC convencional (WHO; Unicef, 2009), a adaptação também inclui o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL) e aos critérios globais para avaliação do programa (NYKVIST et al., 2015).

Três aspectos essenciais para os RN, seus pais e famílias no contexto do cuidado intensivo e intermediário neonatal foram adicionados ao documento para

garantir que as práticas recomendadas foquem no respeito às mães, na abordagem centrada na família e na continuidade do cuidado. O termo “princípios norteadores” (PN) foi escolhido para enfatizar a abordagem aos princípios e atitudes gerais essenciais para todos os aspectos de cuidados relacionados à lactação e ao AM em UN (NYKVIST et al., 2012).

Após consulta à WHO; Unicef e à Associação Internacional de Consultores de Lactação (ILCA), os documentos foram finalizados e desde 2015 estão disponíveis a instituições internacionais de saúde, profissionais e outras organizações não governamentais envolvidas na lactação e amamentação para mães de bebês que necessitam de cuidados especiais neonatais (NYKVIST et al., 2015).

O Quadro 1 demonstra os Dez Passos para o Sucesso da Amamentação da IHAC, os passos expandidos ou adaptados e os três PN da IHAC-Neo.

Quadro 1 – Os Dez Passos para o Sucesso da Amamentação da IHAC e sua expansão para a IHAC-Neo.

Todos os estabelecimentos que prestam serviços de maternidade e cuidados aos RN devem:		
passo 1	IHAC	ter uma política de AM escrita que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados da saúde;
	IHAC-Neo	
passo 2	IHAC	capacitar toda a equipe de cuidados da saúde nas práticas necessárias para implementar essa política;
	IHAC-Neo	cuidar da educação e da capacitação de toda a equipe no conhecimento e habilidades específicas necessárias para implementar esta política;
passo 3	IHAC	informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do AM;
	IHAC-Neo	informar todas as gestantes hospitalizadas em risco de um parto prematuro ou nascimento de um bebê doente sobre o manejo da lactação e do AM e os benefícios do AM;
passo 4	IHAC	ajudar as mães a iniciar o AM na primeira meia hora após o nascimento;
	IHAC-Neo	encorajar o contato pele a pele mãe-bebê (MC) precoce, contínuo e prolongado sem restrições injustificáveis;
passo 5	IHAC	mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se separadas de seus filhos;
	IHAC-Neo	apresentar às mães como iniciar e manter a lactação e estabelecer precocemente o AM com estabilidade do bebê como único critério;
passo 6	IHAC	não oferecer aos RN bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica;
	IHAC-Neo	
passo 7	IHAC	praticar o AC – permitir que mães e bebês permaneçam juntos – 24 horas por dia;
	IHAC-Neo	permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia;
passo 8	IHAC	incentivar o AM sob livre demanda;
	IHAC-Neo	encorajar a alimentação por demanda, ou quando necessário, AM

		semidemanda como uma estratégia de transição para prematuros e bebês doentes;
passo 9	IHAC	não oferecer bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas;
	IHAC-Neo	usar alternativas à amamentação pelo menos até o AM estar bem-estabelecido e somente usar chupetas e protetores de mamilos com razões justificáveis.
passo 10	IHAC	promover grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos na alta da maternidade;
	IHAC-Neo	preparar os pais para continuar o AM e assegurar acesso aos serviços de apoio/grupos após a alta hospitalar;
IHAC-Neo PN 1		as atitudes da equipe em relação às mães devem focar na individualidade de cada mãe e na sua situação;
IHAC-Neo PN 2		a unidade deve prestar o cuidado centrado na família, apoiado pelo ambiente;
IHAC-Neo PN 3		o sistema de saúde deve assegurar a continuidade do cuidado da gestação até após a alta do bebê;
estar em conformidade com o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno e com resoluções pertinentes à Assembleia Mundial da Saúde.		

Fonte: Baseado em Brasil, 2011a e Nykvist et al., 2015.

Com a finalidade de manter o monitoramento das instituições, a exemplo da IHAC, a IHAC-Neo em consonância com os Três Princípios Norteadores e os Dez Passos adaptados, também estabeleceu-se um conjunto de padrões para avaliar o cumprimento dos critérios globais e, conseqüentemente dos Dez Passos. Reavaliações sistemáticas também foram estruturadas para verificar se os hospitais manteriam os padrões exigidos (HAIEK, 2011).

Cada um dos PN, os Dez Passos e a NBCAL possuem critérios que variam de cinco a 18 itens, monitorados por questões abertas ou semiestruturadas, e são avaliados sob a perspectiva dos profissionais de saúde, das mães e do avaliador externo (HAIEK, 2011).

Os Quadros 2 e 3 mostram exemplos de como os critérios foram desenvolvidos para avaliação da IHAC-Neo.

Quadro 2 – Critérios globais, princípio norteador 1

Princípio norteador 1 – A atitude da equipe para com as mães deve focar nas necessidades individuais de cada uma e no seu contexto
Seis critérios
Uma revisão dos documentos indica que: <ul style="list-style-type: none"> a política de AM define que as mães (famílias) devem ser consideradas como particularmente “vulneráveis” e ter apoio individualizado que objetive a produção de leite, amamentação e alimentação do bebê.
Das mães que amamentam, selecionadas aleatoriamente: <ul style="list-style-type: none"> pelo menos 80% das mães informam que foram tratadas com sensibilidade pelo corpo clínico

- (ou seja, a equipe foi receptiva ao que a mãe comunicou);
- pelo menos 80% das mães informam que foram tratadas com empatia pelo corpo clínico;
 - pelo menos 80% das mães informam que foram tratadas pelo corpo clínico com respeito pelo seu papel de mãe;
 - pelo menos 80% das mães informam que foram apoiadas pelo corpo clínico na tomada de suas próprias decisões sobre produção de leite, amamentação e alimentação do bebê;
- pelo menos 80% das mães que não amamentam ou não amamentam exclusivamente relatam que o corpo clínico respeita a sua decisão de dar fórmula para seus bebês.

Fonte: Tradução livre dos critérios contidos em Nykvist et al., 2015.

Quadro 3 – Critérios globais, passo 8

Passo 8 – Encorajar a alimentação por demanda e, quando necessário, alimentação semidemanda como uma estratégia de transição para PT e bebês doentes

Sete critérios

Uma revisão dos documentos indica que:

- a política de AM estabelece que a capacidade e estabilidade de cada criança indicam quando é possível terminar as mamadas programadas e a alimentação por sonda, não a idade corrigida ou a idade pós-natal ou o peso;
- a(s) estratégia(s) para a transição de mamadas com horários regulares para alimentação semidemanda é (são) incluída(s) no protocolo de amamentação da unidade;
- bebês com alguma ingestão de leite no peito são amamentados de acordo com uma estratégia de alimentação por semidemanda.

Das mães que amamentam, selecionadas aleatoriamente:

- pelo menos 80% das mães que pretendem amamentar relatam que estiveram envolvidas na escolha da estratégia para o estabelecimento de seu objetivo para amamentação, alimentação idealmente exclusiva no peito e estratégias alternativas para a redução do volume diário de leite dado por outro método de alimentação;
- pelo menos 80% das mães afirmam que receberam orientação na observação dos sinais de fome do bebê e mudanças do estado comportamental para saber quando é apropriado posicionar o bebê no peito.

As observações confirmam que:

- a administração de rotina de leite dada por outros métodos após cada episódio de nutrição (para alcançar um certo volume de leite) só é realizada por razões médicas justificáveis; os medicamentos são administrados e os procedimentos são programados de modo a causar o mínimo possível de perturbação à amamentação.

Fonte: Tradução livre dos critérios contidos em Nykvist et al., 2015.

4 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

4.1 PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIA

A OMS estimou que mais da metade de todas as mortes prematuras poderiam ser evitadas com a implementação de intervenções conhecidas e de baixo custo, ou seja, usando o conhecimento já disponível. Este é um desafio complexo: tornar o conhecimento disponível, contextualizado e realisticamente implementável (WHO, 2012). Assim, a geração de novos conhecimentos não é a solução primária; este conhecimento deve ser transferido para a linha de frente dos profissionais de saúde de uma forma compreensível e utilizável (KAVANAGH et al., 2008).

Apesar do reconhecimento de que o conhecimento tem levado a melhorias significativas nos resultados de saúde em todo o mundo, persistem desafios importantes. Estes incluem as desigualdades de resultados de saúde entre os países e dentro deles, e a lacuna do "saber-fazer" entre as comunidades de pesquisa e políticas (CIHR, 2011).

A falta de habilidades em gestão do conhecimento e infraestrutura (isto é, o grande volume de evidências de pesquisa produzidos atualmente, o acesso a elas, tempo para ler e as habilidades para avaliar, compreender e aplicá-las) é comumente enfrentada pelos tomadores de decisão – médicos, pacientes, gestores, decisores políticos (STRAUS; TETROE e GRAHAM, 2009).

A mudança pode ser difícil. Quando a nossa experiência clínica é desafiada por novas descobertas, ou nossas crenças pessoais estão ameaçadas, é uma resposta natural retroceder (KRIEBS; BAKEWELL-SACHS, 2012).

Toda intervenção tem o objetivo de modificar o curso de determinadas visões, ações ou problemas. Qualquer mudança social e institucional é um fenômeno simultaneamente histórico, coletivo, estrutural e relacional e pressupõe a premissa de uma intervenção dinâmica que inclua conflitos e contradições entre os atores, mas também consensos, cooperação e diálogo. Há de se considerar que as transformações interferem na vida cultural, afetando as mentalidades e criando novas possibilidades de organização subjetivamente (MINAYO, 2008).

Uma implantação bem-sucedida está relacionada à situação ou contexto em que a nova evidência foi inserida e como esta nova evidência foi introduzida e facilitada na prática (NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR METHODS AND

TOOLS, 2011; KITSON et al., 2008).

Para sua efetividade, os programas e projetos devem pressupor estratégias de ação que incluam o 'modo de ser' cotidiano da instituição, dos seus agentes sociais, de suas potencialidades e vontade de mudança e de seus mecanismos mais comuns e sutis de conservadorismo (MINAYO, 2008).

A resolução de problemas é a abordagem explícita da Prática Baseada em Evidência (PBE) e promove um cuidado à saúde resultante da integração entre a melhor evidência de estudos com a experiência clínica e as preferências e valores dos pacientes. Quando utilizada em um contexto de assistência à saúde e em uma cultura na qual o apoio organizacional é relevante, uma alta qualidade de atendimento e melhores resultados para o paciente podem ser alcançados (MELNYK et al., 2009).

No entanto, não há nenhuma fórmula mágica que indique qual a porcentagem de uma decisão clínica deve ser baseada em evidência, nas preferências do paciente ou na experiência clínica. O peso atribuído a cada um desses três componentes varia de acordo com o contexto clínico (FINEOUT-OVERHOLT et al., 2011).

Estudos mostram que a PBE leva a cuidados de qualidade superior, melhores resultados para os pacientes, redução de custos e maior satisfação da equipe do que as abordagens tradicionais do cuidar. Apesar destes resultados favoráveis, problemas de qualidade são comuns e muitas vezes evidentes. Muitos profissionais permanecem inconsistentes na implementação dos cuidados baseados em evidência crescendo a hipótese de que não conhecem a literatura mais recente ou sabem, mas discordam dela; ou ainda concordam com a literatura, porém não possuem o suporte necessário para realizá-la (MELNYK et al., 2010; SHOJANIA e GRIMSHAW, 2005).

Introduzir ou reforçar a PBE em uma instituição pode oferecer desafios, particularmente quando há resistência na administração ou entre profissionais de saúde. Isso não nos isenta de entender que práticas têm provas sólidas para apoiá-las em oposição às que são baseadas em conveniência ou na preferência da equipe (KRIEBS; BAKEWELL-SACHS, 2012).

Reconhecer intervenções que gerem movimentos transformadores e provoquem um grande impacto de forma consistente e duradoura é um trabalho difícil e desafiador em que há pouca evidência sobre seu método, melhoria e

facilitação (MINAYO, 2008; ARMSTRONG; WATERS e CROCKETT, 2007). Assim, há que se investir na descoberta de “indicadores que valorizem uma maior mobilidade psíquica, sensibilizem mais intensamente o público-alvo para experiências novas e mexam com a inércia conservadora das instituições” (MINAYO, 2008, p. 59).

4.1.1 DESAFIOS DA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIA

A PBE tem se desenvolvido como um tema dominante na prática, política, gerência e educação entre os serviços de saúde ao redor do mundo (RYCROFT-MALONE et al., 2004). Investimentos consideráveis têm sido feitos na infraestrutura para aumentar a probabilidade do cuidado estar sendo realizado baseado em evidência que funciona.

Entretanto, ainda há desafios complexos na realização do cuidado baseado na melhor evidência possível e geralmente a prática ainda está aquém do que é conhecido como “melhor prática” (RYCROFT-MALONE et al., 2004).

As barreiras para implementar uma PBE têm sido bem-documentadas na literatura e a identificação dos fatores que mais têm se destacado na resistência às mudanças na prática clínica diária se assemelham.

Estudos com profissionais de saúde apontaram como principais fatores que contribuem para a resistência à mudança o conhecimento e a habilidade inadequados, a falta de orientação, os recursos e apoio da administração, além de falta de tempo para envolvimento (FINEOUT-OVERHOLT et al., 2011; RYCROFT-MALONE et al., 2004).

Por outro lado, os fatores que podem facilitar a utilização da PBE, incluem a crença no valor da evidência e na capacidade de implementá-la, uma cultura organizacional que apoie as ações de práticas de mudança e conhecimentos e habilidades individuais para a PBE (FINEOUT-OVERHOLT et al., 2011).

Para compreender por que ainda persistia o desafio de garantir cuidados seguros e eficazes ao paciente, Harvey (2013) levantou algumas perguntas a se considerar. Estas incluíam a lacuna da pesquisa-prática, a forma de avaliação de diferentes tipos de evidências e como o conhecimento era criado. A lacuna do “saber-fazer” foi definida como um problema de prática do serviço e não um problema na criação do conhecimento. O conceito de evidência tinha sido limitado,

faltava a atenção para o contexto em que a evidência seria usada. Estas eram questões difíceis, mas necessárias para aumentar as chances de avançar “na compreensão da ciência translacional em benefício dos pacientes, populações e sistemas de saúde” (HARVEY, 2013).

Aceitar o argumento de que a PBE é mais do que o uso da pesquisa ou a sua transformação em diretrizes ou protocolos pode ser difícil para alguns. Estas são questões epistemológicas, profundamente enraizadas e embebidas em normas pessoais, de grupo, profissionais e organizacionais (RYCROFT-MALONE, 2014).

Stevens (2009) e Rycroft-Malone (2004) descrevem ‘evidência’ como o conhecimento que é derivado a partir de uma variedade de fontes, foi testado e tem credibilidade. Conhecimento, no entanto, é mais do que a pesquisa. Ele inclui a experiência clínica, a experiência do paciente e a informação contextual local, e todas estas formas de conhecimento facilitam a PBE.

Portanto, se quisermos avançar na compreensão da ciência translacional, talvez precisamos fixar mais da nossa atenção em uma melhor compreensão do uso do conhecimento na realidade do contexto da prática (RYCROFT-MALONE, 2014).

A fusão e a implementação de evidências na prática envolvem a negociação e o desenvolvimento de um entendimento comum sobre as vantagens, desvantagens, riscos e perdas da nova prática sobre a antiga. Além disso, alguns contextos são mais propícios para o sucesso da implementação da evidência do que outros; e há a necessidade de uma facilitação apropriada para melhorar a probabilidade de sucesso (NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR METHODS AND TOOLS, 2011; KITSON et al., 2008).

Em se tratando da temática AM, quando intervenções relevantes são oferecidas adequadamente, as práticas de amamentação têm grande potencial para gerar um impacto na melhoria do cuidado. Intervenções combinadas, ou seja, realizadas em mais de um cenário e implementadas simultaneamente por diversos canais (como aconselhamento individual ou educação em grupo, suporte imediato à amamentação após o parto e gerenciamento da lactação, podendo utilizar-se da mobilização social, com ou sem mídia de massa no contexto intra-hospitalar, na Atenção Primária à Saúde – APS – e/ou comunidade), com medidas de suporte em diversos níveis de legislações e políticas a atitudes e valores sociais, têm obtido os melhores resultados (ROLLINS et al., 2016).

4.2 KNOWLEGE TRANSLATION

Muitos termos têm sido utilizados para descrever o processo de colocar o conhecimento em ação (Graham et al., 2006). No Reino Unido e na Europa, os termos *'implementation science'* ou *'research utilization'* são comumente usados. Nos Estados Unidos, os termos *'dissemination'* e *'diffusion'*, *'research use'* e *'knowledge transfer'* e *'uptake'* são usados frequentemente. No Canadá, os termos *'knowledge transfer'* e *'exchange'* e *'knowledge translation'* são comumente usados. *'Knowledge translation'* tem sido adotado no Canadá porque esse termo é incorporado pela Canadian Institutes of Health Research, uma agência federal para o financiamento da pesquisa em saúde (STRAUS; TETROE e GRAHAM, 2009).

Fornecer evidências de pesquisa clínica em um processo de simples disseminação do conhecimento ao término de um estudo (por exemplo, através de publicação em revistas, artigos ou eventos científicos) é necessário, mas não suficiente para a prestação de cuidados ideais (CIHR, 2011).

O reconhecimento desta questão tem criado interesse no KT, termo ainda sem tradução validada no Brasil, porque envolve o engajamento e a integração daqueles que irão utilizar o conhecimento em todas as etapas da pesquisa e surge como a estratégia para fechar as lacunas do conhecimento à prática (CIHR, 2011; STRAUS; TETROE e GRAHAM, 2009).

A importância da PBE atualmente tem crescido mundialmente e seu uso tem sido observado em pesquisas que utilizam o conhecimento para elaboração de políticas pelos sistemas de saúde governamentais (ARMSTRONG, 2007).

Contudo, não é difícil ver nas mídias notícias do estado lamentável dos sistemas de saúde. No intuito de reduzir o risco de eventos adversos e melhorar a qualidade do atendimento, emerge o desafio de conseguir usar a evidência de forma otimizada (STRAUS; TETROE e GRAHAM, 2009).

O KT é um processo que pode fornecer uma base de investigação adequada aos tomadores de decisão e, potencialmente, influenciar as atividades de produção, transferência e utilização do conhecimento (ST-CYR TRIBBLE, et al., 2008) e compreende segundo o CIHR (2011) "a síntese, disseminação, troca e aplicação ética do conhecimento que leva a um sistema de produção e de entrega de saúde mais eficaz num complexo sistema de interações entre pesquisadores e usuários da saúde", definição que com efeito, foi adotada para guiar este estudo .

Um grande abismo permanece entre o que sabemos e o que praticamos. Existem grandes lacunas também entre as melhores evidências e a prática na implementação de diretrizes. Não utilizar a melhor evidência disponível caracteriza-se pela subutilização do conhecimento (por exemplo, uso excessivo ou indevido de drogas) e leva a uma preocupação generalizada na segurança dos pacientes (DAVIS et al., 2003).

Muitas tentativas foram feitas para reduzir a lacuna entre a evidência e a prática. Davis e colaboradores (2003) exploraram três estratégias educacionais que poderiam alterar o comportamento dos profissionais e as intervenções organizacionais e administrativas: a Educação Médica Continuada (CME), o Desenvolvimento Profissional Contínuo (CPD) e, mais recentemente, o KT.

A CME consiste em atividades educacionais para manter, desenvolver ou aumentar os conhecimentos e habilidades e desempenho profissional e as relações que um médico usa para prestar serviços aos pacientes, ao público ou à profissão. Trata do desenvolvimento de habilidades pessoais. Já o CPD propôs um conceito mais amplo, que incorporasse a CME como uma modalidade, acrescentando outras características importantes que abrangessem formatos de aprendizagem mais diversificados do que aqueles em CME (INSTITUTE OF MEDICINE, 2010).

O CPD usa uma gama mais variável de métodos de aprendizagem e se baseia em um conjunto maior de teorias do que a CME. Seus métodos incluem a aprendizagem autodirigida e fatores organizacionais e de sistemas; e concentra-se tanto no conteúdo clínico e outros conteúdos relacionados à prática como nas comunicações e nos negócios. Trata, portanto, de habilidades pessoais, de comunicação, gerenciais e de construção de equipes (INSTITUTE OF MEDICINE, 2010).

O KT conseguiu agrupar e ampliar os conceitos de CME e CPD e teve o potencial para melhorar o conhecimento dos profissionais e transpor as barreiras para a implementação das evidências científicas (DAVIS et al., 2003). Isso não está apenas na forma como os participantes da intervenção são envolvidos, mas também nos tipos de estratégias utilizadas, que podem variar de acordo com o público-alvo (pesquisadores, clínicos, decisores políticos) e o tipo de conhecimento a ser transferido (clínico, biomédico, político) (STRAUS; TETROE e GRAHAM, 2009; DAVIS et al., 2003).

Ainda assim, um elemento essencial para a eficácia do KT consiste em

encontrar uma forma rigorosa, eficiente e abrangente de capturar a informação clínica do paciente e do contexto local, uma vez que este processo está inserido num sistema complexo de interações entre pesquisadores e usuários do conhecimento e pode variar em intensidade, complexidade e no nível de envolvimento, dependendo da natureza da pesquisa e dos resultados esperados, bem como das necessidades do conhecimento particular de cada indivíduo (GRAHAM et al., 2006; CIHR, 2011).

Como mencionado ao início, o KT é composto por quatro elementos (CIHR, 2011):

- a) **síntese** – neste contexto, significa a contextualização e integração dos resultados de pesquisa dos estudos de pesquisa individual dentro do corpo maior de conhecimento sobre o tema. A síntese deve ser reprodutível e transparente em seus métodos, usando métodos quantitativos e/ou qualitativos;
- b) **disseminação** – envolve identificar o público adequado, adaptar a mensagem e mediar para o público;
- c) **troca** – a troca de conhecimento refere-se à interação entre o usuário do conhecimento e o pesquisador, resultando em aprendizagem mútua. De acordo com a Canadian Foundation for Healthcare Improvement (CFHI), a definição de troca de conhecimento é “a colaborativa resolução de problemas entre os pesquisadores e os decisores, que acontece através de articulação e troca”;
- d) **aplicação eticamente sólida do conhecimento** – consistente com os princípios éticos e normas, valores sociais, bem como os quadros legais e regulamentares, mantendo em mente que princípios, valores e leis podem competir entre si, a qualquer tempo. A aplicação do termo é usada para se referir ao processo interativo pelo qual o conhecimento é posto em prática.

O KT foi o marco teórico-metodológico que guiou a presente pesquisa, na implantação da IHAC-Neo. Utilizou-se o termo *knowledge translation* por ter sido o mesmo adotado no projeto multicêntrico e por não haver, ainda, tradução validada no Brasil.

4.2.1 MODELO CONCEITUAL PROMOTING ACTION ON RESEARCH IMPLEMENTATION IN HEALTH SERVICES

Por se tratar de uma atividade complexa, existem muitas teorias e estruturas propostas em promover mudanças de comportamento e múltiplos fatores que podem facilitar ou dificultar o processo e os esforços de implantação. Dessa forma, a implementação de intervenções deve ser orientada por modelos teóricos ou conceituais de KT (KITSON et al., 2008; RYCROFT-MALONE et al., 2002).

Atualmente, a evidência da pesquisa sugere que as estratégias de implementação mais eficazes são aquelas que adotam uma abordagem multifacetada, ou seja, combinando diversas estratégias (RYCROFT-MALONE et al., 2002).

Ao final da década de 90, um modelo conceitual multidimensional de KT foi desenvolvido a partir da experiência coletiva adquirida com pesquisa e a partir da prática e de projetos de melhoria de qualidade (RYCROFT-MALONE et al., 2002; KITSON; HARVEY e MCCORMACK, 1998).

O modelo conceitual denominado Promoção da Ação na Implementação de Pesquisa em Serviços de Saúde / Promoting Action on Research Implementation in Health Services (PARIHS) representa a complexidade do processo de mudança envolvido na implementação de práticas baseadas em evidências e tem sido utilizado com sucesso para estruturar e aprimorar a implementação de intervenções para as mudanças de práticas na área da saúde, além de retratar a interação e interdependência dos muitos fatores que influenciam a utilização das evidências na prática (STEVENS et al., 2014; RYCROFT-MALONE et al., 2002; KITSON; HARVEY; MCCORMACK, 1998).

A Figura 1 mostra a relação entre os três elementos: evidência, facilitação e contexto.

Figura 1 – Modelo conceitual PARIHS



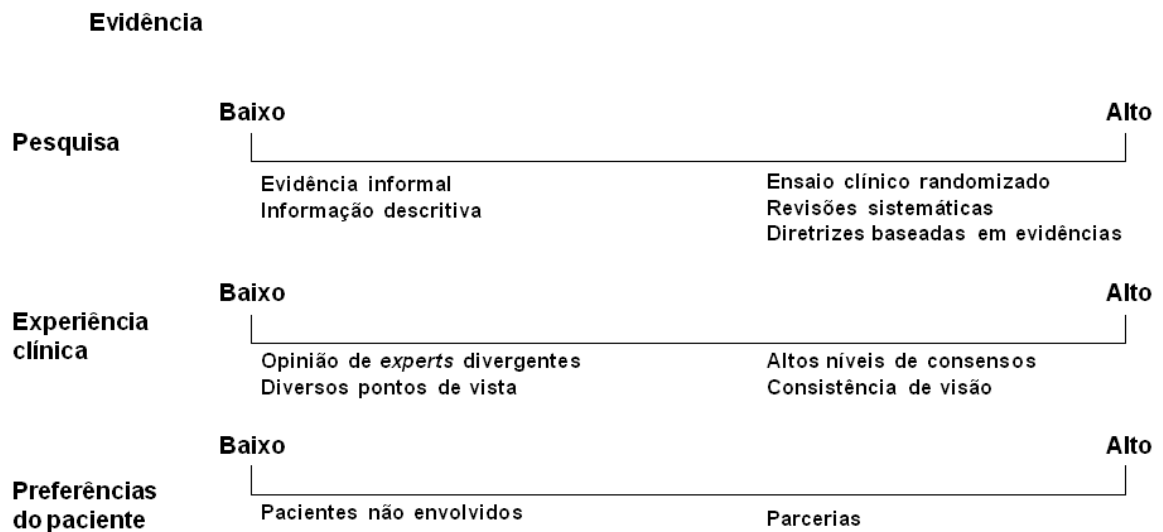
Fonte: Tradução livre de Rycroft-Malone (2004).

A forma como os elementos estão estruturados têm uma relação simultânea e dinâmica, e cada um está posicionado em um sentido contínuo de “baixa” para “alta”. A hipótese oferecida é que, para a implementação da evidência ser bem-sucedida, é necessário que haja clareza sobre a natureza da evidência a ser utilizada, a qualidade do contexto e do tipo de facilitação necessário para garantir o êxito de um processo de mudança (RYCROFT-MALONE et al., 2002).

4. 2.1.1 Evidência

Considera-se poder usar três vertentes ou subelementos diferentes como evidência na tomada de uma decisão clínica – a pesquisa, a experiência clínica e as preferências do paciente (Figura 2). Rycroft-Malone e colaboradores (2002) sugerem que, para potencializar a apreensão das evidências na prática, os dados sobre todas as três dimensões devem estar localizados em direção à “alta” condição de evidência.

Figura 2 – Condições para evidência



Fonte: Tradução livre de Rycroft-Malone et al. (2002).

- Pesquisa

Em seu refinamento do modelo PARIHS, Rycroft-Malone e colaboradores (2002) analisaram que anteriormente, “alta” evidência era considerada evidência derivada de revisões sistemáticas e ensaios clínicos randomizados. Embora as evidências de ensaios clínicos randomizados de alta qualidade possam responder a perguntas clínicas sobre eficácia, existem muitos tipos de problemas clínicos e questões que não são sobre a eficácia. Em tais casos, evidências de pesquisa elaboradas a partir de outros modelos e paradigmas são apropriadas. O modelo, portanto, agora reconhece que diferentes tipos de evidências de pesquisa são necessárias para responder a diferentes questões clínicas. O que é fundamental para a implementação é que a pesquisa bem concebida, desenhada e conduzida seja válida, seja quantitativa ou qualitativa.

- Experiência Clínica

Embora a evidência de pesquisa auxilie na tomada de decisões, ela não é o único fator importante no processo. Experiência ou conhecimento clínico profissional

também possuem uma contribuição. Titchen (2000 apud RYCROFT-MALONE et al., 2002) definiu conhecimento de habilidade profissional ou “*know how* profissional” como o conhecimento, muitas vezes, tácito e intuitivo que está incorporado na prática e argumentou que ele pode ser melhor disponibilizado se for articulado, criticamente revisado, generalizado e validado pelos profissionais e seus pares, por meio da reflexão crítica sobre a prática.

- Experiência do Paciente

Reconhecendo que as preferências do paciente devem ser parte do processo de tomada de decisão e, embora existam muitos preconceitos sobre o envolvimento do paciente ou usuário na tomada de decisões e cuidados, sugere-se que os relatos e experiências do paciente também sejam considerados como uma fonte válida de evidências (RYCROFT-MALONE et al., 2002).

4. 2.1.2 Facilitação

A facilitação é a maneira pela qual uma pessoa (facilitador) torna as coisas mais fáceis para os outros. Os facilitadores têm um papel fundamental a desempenhar para ajudar indivíduos e equipes a entender o que eles precisam mudar e como, de modo a aplicar evidências para a prática. Porém, as atividades não repousam apenas sobre o facilitador, devendo ser compartilhada entre os indivíduos (DOGHERTY et al., 2012; HARVEY et al., 2002; KITSON et al., 1998).

Segundo Rycroft-Malone e colaboradores (2002), os fatores que diferenciam o facilitador de outras funções são:

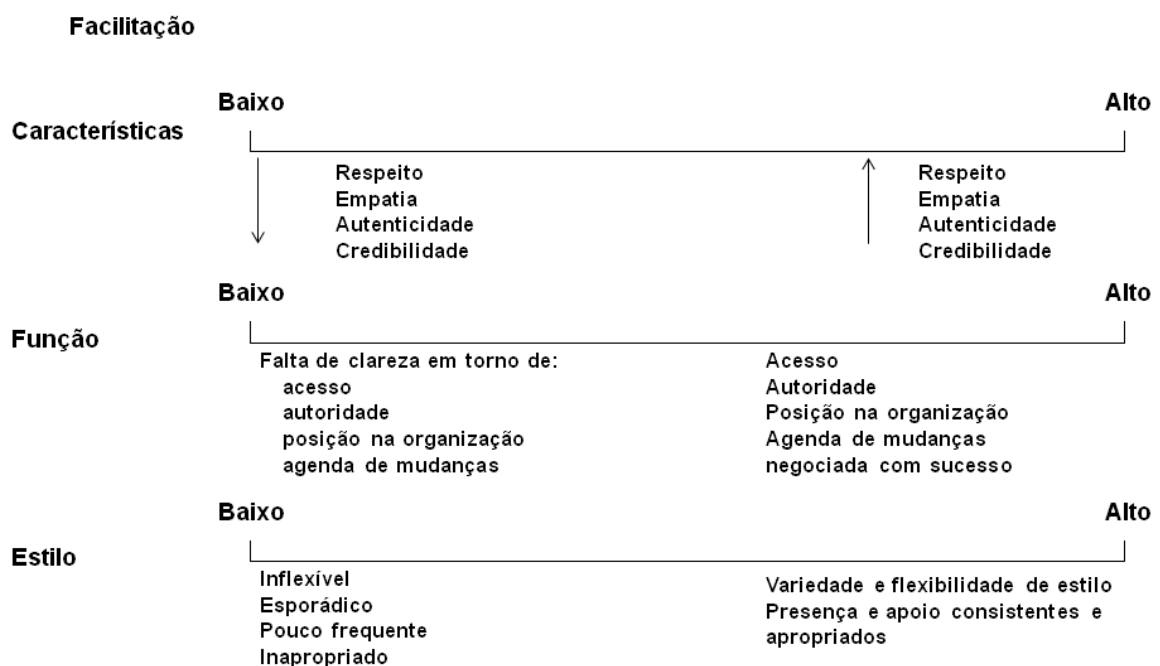
- a) é um papel nomeado em oposição ao de um líder de opinião que atua como um agente de mudança por meio de sua própria reputação pessoal e influência;
- b) o papel pode ser interno ou externo à organização em que a mudança está sendo implementada;
- c) o papel é ajudar e permitir em vez de dizer ou persuadir;
- d) o foco da facilitação pode abranger um amplo espectro de efeitos, que vão desde a prestação de ajuda para alcançar uma tarefa específica ao

uso de métodos que permitem aos indivíduos e equipes rever suas atitudes, hábitos, habilidades, formas de pensar e trabalhar.

Dada a amplitude do conceito de facilitação, o facilitador pode exercer uma gama de papéis, com habilidades correspondentes e atributos necessários para cumpri-los de forma eficaz.

Os subelementos de facilitação no modelo a seguir são (Figura 3): apropriação, proposta, papel e as habilidades. “Baixa” refere-se a ausência ou facilitação inadequada e “alta” a presença de facilitação adequada. O termo ‘adequada’ pode abranger uma gama de papéis e intervenções, dependendo das necessidades da situação (RYCROFT-MALONE et al., 2002).

Figura 3 – Condições para facilitação



Fonte: Tradução livre de Rycroft-Malone et al. (2002).

Quando se trata das habilidades e atributos necessários a um facilitador, um vasto repertório de habilidades e processos é necessário. Algumas estratégias podem contar, dependendo do contexto e da finalidade particular. Mas a experiência é, por conseguinte, uma flexibilidade necessária para ser capaz de reconhecer as exigências de uma dada situação e adapta-lá. O tipo de facilitação, papel e habilidade do facilitador é determinado pelo preparo do indivíduo ou equipe em

termos da aceitação e entendimento da evidência, receptividade do local de trabalho ou contexto organizacional em termos de recursos, cultura e valores, estilo de liderança e atividade de avaliação (CIHR, 2015; KITSON et al., 2008; RYCROFT-MALONE et al., 2002). O CIHR recentemente publicou em seu website o *Guide to Researcher and Knowledge-User Collaboration in Health Research*, “Guia para colaboração de pesquisadores e usuários do conhecimento em Pesquisa de Saúde”, desenvolvido pela Pesquisa Participativa da Universidade de McGill no Canadá (PRAM), com instruções práticas para identificar e manter facilitadores engajados no processo do KT.

Após a avaliação do contexto, um aspecto a ter em mente é que não se pode ter um grande número de pessoas para o grupo de facilitadores de sua pesquisa. Quanto maior o número de pessoas, maior a probabilidade de diferenças nos interesses entre eles. Abaixo seguem pontos resumidos sobre as estratégias que podem ser usadas para este fim (CIHR, 2015):

a) a escolha sábia dos parceiros:

- questionar-se se esta pessoa está no contexto da pesquisa;
- se o tema da pesquisa é importante para esta pessoa e para o trabalho dela;
- se é respeitado(a) dentro do contexto da pesquisa, portanto, se tem potencial para influenciar outras pessoas, as partes interessadas ou outros tomadores de decisão;
- se tem habilidades/competências técnicas, recursos humanos etc. para se envolver em uma parceria eficaz;
- ter em mente que não há uma maneira única de identificar e selecionar os parceiros adequados e que, para isso, é possível que sejam realizados métodos formais ou informais que vão desde discussões descerimoniosas até questionários abrangentes ou ainda realização de entrevistas. Fica a critério do grupo de pesquisadores decidir a melhor opção para cada estudo;

b) como fazer o primeiro contato e alcançar um facilitador engajado:

- fazer um convite apropriado. Um *e-mail* pode ser suficiente para alguém, mas outras pessoas podem preferir um encontro cara a cara;
- os potenciais parceiros podem conhecer a pesquisa e avaliar se desejam ou não participar;

- para aumentar a frequência das participações nos encontros, muitas vezes é útil organizar as sessões em local e horário adequados para os parceiros e, se for o caso, incluindo uma refeição rápida;
 - explorar outros recursos dos facilitadores e não apenas a contribuição intelectual para o projeto. Peça ajuda com algumas das atividades, como a organização de reuniões, elaboração de cronograma etc. Isso promove a copropriedade do projeto, o empoderamento e a capacitação dos parceiros individualmente;
- c) manter a comunicação aberta e transparente:
- reconhecer que todos no grupo vão trazer conhecimentos e habilidades diferentes;
 - organizar um *workshop* que reúna os pesquisadores e os facilitadores em local neutro, com refeições, se necessário, a fim de que todos possam conhecer uns aos outros;
 - responder a todas as perguntas sobre o plano de pesquisa proposto;
 - explicar os princípios do KT e por que a participação deles no processo de pesquisa é crucial para o sucesso da intervenção;
 - discutir as decisões importantes e só tomar uma decisão quando o grupo estiver pronto para fazê-la;
 - falar francamente sobre qualquer divergência ou conflito que possa surgir;
 - manter a palavra dada e nunca fazer promessas que não possam ser mantidas;
 - ser realista sobre as metas e resultados desde o início;
 - tomar decisões de acordo com o “contrato de convivência” estabelecido e nunca excluir qualquer parceiro deste processo;
 - distribuir cronogramas antes das reuniões para que os participantes conheçam as pautas que serão discutidas e possam pensar sobre elas;
 - estar disponível para todos os parceiros por *e-mail* e telefone, além de responder as mensagens em um tempo hábil;
 - fazer um esforço para se comunicar com parceiros que estavam ausentes nas reuniões mais importantes para garantir que eles estejam atualizados e participem de futuras decisões;

- se nem todos os parceiros puderem estar reunidos, use um sistema de reunião *on-line* (por exemplo, Skype), ou um tipo de aplicativo/*software* que permita que todos os parceiros, em locais remotos, possam ver e editar os documentos em conjunto (por exemplo, o Dropbox).

Atingir completamente o envolvimento dos parceiros é um processo progressivo, de muita persistência. Seja criativo, não tenha medo de pensar “fora da caixa”.

4.2.1.3 Contexto

O contexto em que a prática de cuidados de saúde ocorre pode ser visto como infinito, pois há uma variedade de configurações, comunidades e culturas nas quais todos são influenciados, como os fatores econômicos, sociais, políticos, físicos, históricos e psicossociais.

No modelo PARIHS, o termo ‘contexto’ é utilizado para se referir ao ambiente ou ao cenário em que as pessoas recebem os serviços de saúde ou, no contexto de se obter evidência de pesquisa para a prática; o ambiente ou a configuração em que a alteração proposta será implementada (KITSON et al., 1998). Na sua forma mais simplista, o termo aqui significa o ambiente físico em que a prática ocorre. Tal ambiente tem limites e estruturas que, juntos, formam o contexto da prática (RYCROFT-MALONE et al., 2002).

A linha contínua “baixa” para “alta” prevalece para o conceito de contexto (Figura 4). Assim, as chances de implementação bem-sucedida são reforçadas em contextos nos quais há, por exemplo, clareza de papéis, tomada de decisão descentralizada, valorização dos funcionários e dependência de múltiplas fontes de informação sobre o desempenho (RYCROFT-MALONE et al., 2002).

Figura 4 – Condições para contexto

Contexto		Baixo	Alto
Cultura		Organização orientada para tarefas Baixa consideração pelos indivíduos Baixa moral Pouca ou nenhuma educação continuada	Organização orientada para a aprendizagem Centrada no paciente Valorização das pessoas Educação continuada
Liderança		Funções indefinidas Falta de funções na equipe Fraca organização ou gestão dos serviços Liderança fraca	Funções claras Efetivo trabalho em equipe Estrutura organizacional efetiva Liderança clara
Medição		Ausência de: auditoria e <i>feedback</i> revisão pelos pares auditoria externa avaliação de desempenho dos recém-admitidos	Medidas internas usadas rotineiramente Auditoria ou <i>feedback</i> usados rotineiramente Revisão pelos pares Medidas externas

Fonte: Tradução livre de Rycroft-Malone et al. (2002).

Fundamentalmente, culturas diversas e conflitantes podem operar dentro do contexto organizacional. Em sua análise conceitual, Rycroft-Malone e colaboradores (2002) reiteram a necessidade de ter uma compreensão dos valores e crenças como pré-requisito para introduzir e sustentar a mudança.

É importante compreender o contexto político e cultural para alcançar a mudança. Esta informação não é apenas determinante em termos de identificar potenciais barreiras para mudar (pessoas físicas e estruturas), mas também no planejamento de estratégias para superar os obstáculos ou obter apoio (RYCROFT-MALONE et al., 2002).

Existe uma evidente sensibilização crescendo na literatura de que há uma série de fatores que podem favorecer um contexto para a mudança (ILES; SUTHERLAND et al., 2001). Nesse sentido, o contexto é tido como um mediador potente da implementação bem-sucedida das evidências na prática. Redes profissionais e sociais também podem desempenhar um papel na aceitação de mudanças, evidências ou novas formas de trabalho. Além disso, as organizações incluem uma variedade e diversidade de partes interessadas. Há uma necessidade de reconhecer tanto o papel positivo quanto negativo que os indivíduos e as equipes

podem usar para afetar a mudança e implementar evidências (WEST et al., 1999 apud RYCROFT-MALONE et al., 2004; DOPSON et al., 2002).

A liderança resume a natureza das relações humanas e sua efetividade origina a clareza dos papéis, a eficiência no trabalho em equipe e na estrutura organizacional, o que a torna ingrediente fundamental neste modelo estrutural. Líderes têm a capacidade de transformar culturas para criar um contexto mais propício para a integração das evidências em prática (RYCROFT-MALONE et al., 2002).

4.2.2 PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIA PARA A MELHORIA DA QUALIDADE

Os processos de implementações realizados através de intervenções multifacetadas têm sido alvo de estudos na tentativa de comprovar e/ou comparar sua maior eficácia em relação a estratégias únicas do KT em busca de melhores resultados na mudança de prática como mais eficazes (STEVENS et al., 2014; 2013; LEE et al., 2009).

A Prática Baseada em Evidência para a Melhoria da Qualidade, no texto original Evidence-Based Practice for Improving Quality (EPIQ), é uma estratégia de KT interativa e multifacetada de melhoria contínua da qualidade (Continuous Quality Improvement – CQI), que pode ser adaptada para atingir os objetivos clínicos das unidades hospitalares (por exemplo, a introdução de uma nova ferramenta de avaliação para realizar a posição canguru em PT extremos em uma unidade em que não existe), com base em dados locais (por exemplo, a auditoria dos prontuários de pacientes), evidências (como a revisão sistemática da amamentação no PT), e que envolve a colaboração de um pequeno grupo de destaque – profissionais de saúde interdisciplinar – locais como facilitadores (por exemplo, docente da enfermagem, agentes de melhoria de qualidade e equipe neonatal), implementação de estratégias, tais como sessões interativas de educação, lembretes e divulgação (STEVENS et al., 2014; 2013; STEVENS, 2009; LEE et al., 2009).

Desenvolvida e testada por Lee e colaboradores (2009) a EPIQ foi utilizada primeiramente em estudo cujo objetivo foi avaliar a eficácia do método através da realização de um ensaio clínico randomizado, controlado e prospectivo para reduzir a infecção nosocomial e a displasia broncopulmonar entre bebês nascidos com 32 ou menos semanas de gestação e internados em 12 hospitais da Rede Canadense

Neonatal num período de 36 meses. Os achados desta intervenção sugeriram que a EPIQ foi eficaz na redução da incidência de infecção nosocomial e displasia broncopulmonar em UTIN e os autores concluíram que o método era potencialmente generalizável para outras áreas dos cuidados em saúde.

Posteriormente, Stevens e colaboradores (2013) verificaram eficácia na melhoria da prática e dos resultados clínicos de crianças hospitalizadas em relação ao gerenciamento da dor pediátrica e neonatal utilizando a estratégia EPIQ para a intervenção.

Dessa forma, diante da proposta para a implantação de uma intervenção complexa como a IHAC-Neo, a EPIQ foi uma das estratégias de escolha para a presente pesquisa.

A EPIQ compreende duas fases (STEVENS et al., 2014; STEVENS, 2009; LEE et al., 2009):

a) fase de preparação, que visa:

- estabelecer o Conselho de Pesquisa Prática (CPP) – identificação dos facilitadores, também chamados de campeões/defensores de mudança de prática (profissionais de saúde) da unidade, que desenvolvem metas de mudança de prática. Formado por um grupo multidisciplinar, nominado CPP;
- capacitar o CPP – capacitação do CPP pelos coordenadores do projeto sobre a proposta da pesquisa, incluindo métodos, estratégias, prazos, recursos e o que mais for adotado;
- analisar os dados basais – coleta de informações preliminares do perfil da unidade de estudo, das normas, rotinas e práticas do processo de trabalho existente, dos dados basais relevantes para a pesquisa, e de uma avaliação da cultura organizacional da unidade;
- identificar potencial(is) de mudança(s) – apresentação ao CPP dos dados basais. Levantamento de facilidades e dificuldades encontradas para a implementação, obtidas pela percepção dos profissionais de saúde (por exemplo, utilizando questionários estruturados, entrevistas individuais/grupo, grupo focal etc.) e que permitam mais claramente a identificação dos potenciais de mudança;
- revisar/examinar a literatura/evidência existente – examinar junto ao CPP as melhores evidências de pesquisa sobre o tema abordado

agregando simultaneamente às outras formas de evidências existentes (clínica, do paciente e local);

- decidir pela mudança de prática – definição pelo CPP das mudanças de prática a serem implementadas;

b) fase de implementação e mudança, cujas principais ações resumem-se em:

- verificar o plano da mudança de prática – determinação e planejamento dos processos de intervenção e cronogramas para as metas (mudanças de práticas) estabelecidas;

- implementar a mudança – implementar a mudança desenvolvendo as ações planejadas. Envolve a execução do processo com atividades simultâneas e complementares e todos os facilitadores devem ser envolvidos;

- avaliar a mudança – avaliação das estratégias do KT para melhorar as práticas do cuidado, monitorando a mudança dos processos ao longo do tempo.

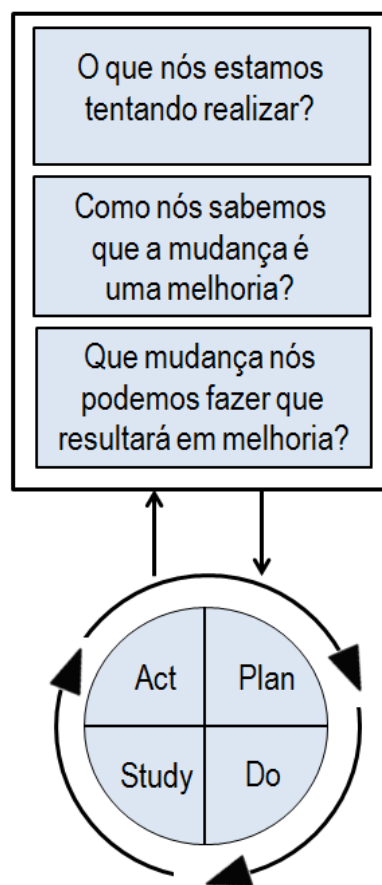
A intervenção da EPIQ inclui uma estratégia de melhoria contínua de qualidade: o Plan, Do, Study, Act (PDSA), um modelo de ciclo rápido que tem como princípio fundamental a iteração (repetição), ou seja, uma vez que uma hipótese é confirmada (ou negada), a execução do ciclo novamente vai ampliar o conhecimento sucessivamente. Sem uma abordagem iterativa, o aprendizado de um ciclo não é usado para informar o ciclo seguinte e, portanto, é improvável que as intervenções sejam adaptadas e otimizadas para uso em um determinado ambiente (TAYLOR et al., 2014).

O modelo do ciclo rápido teve seu foco de desenvolvimento voltado inicialmente para a ciência da melhoria nas indústrias. Foi projetado para testar e implementar mudanças em configurações reais de trabalho. Aperfeiçoado desde então, é aplicável a quaisquer projetos e processos, pequenos ou grandes. Esse modelo de mudança prossegue em direção à sua meta de melhoria em uma série de pequenos passos ou ciclos. Na primeira etapa do ciclo um processo é analisado; e então uma mudança, geralmente pequena, é feita no processo para melhorá-lo; os resultados desta alteração são monitorizados e, normalmente, são feitas mais alterações, conduzindo eventualmente a uma melhoria potencialmente significativa

no processo a ser estudado (TAYLOR et al., 2014; MARCELLUS e HARRISON, 2012; MOEN e NORMAN, 2006).

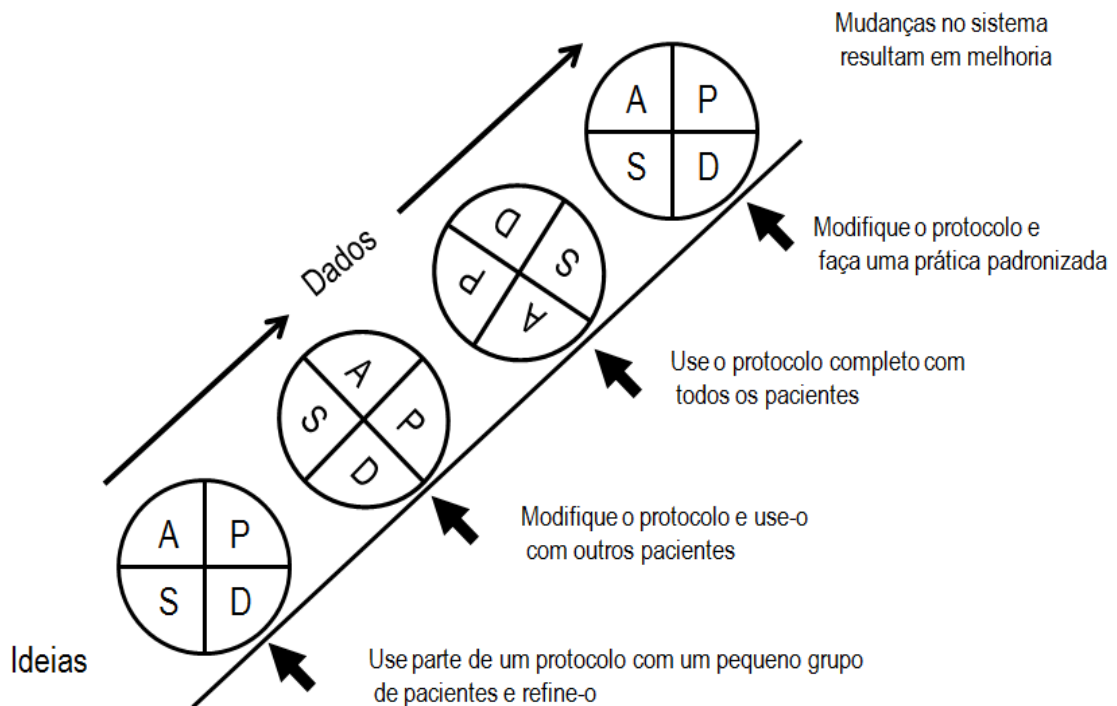
As Figuras 5 e 6 ilustram três questões fundamentais que podem ser abordadas, em qualquer ordem, formando a primeira parte da estrutura; e um ciclo PDSA para testar e implementar mudanças na prática, que constitui a segunda parte.

Figura 5 – Modelo do ciclo rápido: questões fundamentais



Fonte: Tradução livre de Marcellus e Harrison (2012).

Figura 6 – Modelo ciclo rápido: *plan-do-study-act*



Fonte: Tradução livre de Marcellus e Harrison (2012).

Algumas recomendações foram estabelecidas para a execução de cada etapa deste ciclo (MARCELLUS e HARRISON, 2012):

- estabelecimento de metas – melhoria requer definição de metas. As metas devem ter um tempo de implementação específica e serem possíveis de mensuração. A população também deve ser definida;
- estabelecimento de medidas e indicadores – medidas/indicadores quantitativos determinam se uma mudança específica realmente ocorreu;
- seleção das mudanças – identificar as mudanças que sejam mais suscetíveis de resultar em melhoria;
- testar as mudanças – observar os resultados e atuar sobre o que é aprendido.

A filosofia do modelo diz que a maneira mais eficaz de fazer mudanças nos processos e resultados de cuidados de saúde é testar uma mudança relativamente

pequena em um processo, aprender com ela e depois fazer outras mudanças para que o efeito cumulativo ao longo do tempo possa ser de grandes mudanças e melhorias. Repetir o ciclo PDSA pode trazer-nos mais perto do objetivo, geralmente ao perfeito funcionamento e ao resultado correto no final (TAYLOR et al., 2014; MARCELLUS e HARRISON, 2012; MOEN; NORMAN, 2006).

Em síntese, na presente pesquisa o KT foi adotado como marco teórico-metodológico, guiado pelo modelo PARISH, que integrou a evidência, contexto e facilitação para propor as mudanças necessárias para a implantação dos Dez Passos e Três Princípios Norteadores da IHAC-Neo. Para a operacionalização da pesquisa, utilizou-se a estratégia KT de melhoria contínua de qualidade – EPIQ –, que sistematizou passos desde a implantação do grupo facilitador da intervenção (o CPP), à construção de estratégias, metas e formas de auditoria e *feedback* do alcance das metas estabelecidas.

Dessa forma, apresentaremos, no capítulo de resultados, toda a trajetória vivenciada pela equipe de pesquisadores.

5 METODOLOGIA

Considerando que o objeto deste estudo se refere a práticas e intervenções dos sujeitos na implantação de uma estratégia complexa, não devendo, portanto, ser reduzido a simples variáveis, o estudo realizado tem caráter descritivo, exploratório e qualitativo do tipo estudo de caso com base no marco teórico-metodológico adotado e já apresentado e num conjunto de técnicas de coleta e de análise que vislumbrem a compreensão desse processo.

5.1 TIPO DE ESTUDO

O estudo de caso é utilizado em muitas situações para contribuir com o conhecimento que temos dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais, políticos e de grupo. Ele explica os supostos vínculos causais em intervenções da vida real e descreve uma intervenção e o contexto natural em que ela ocorre, além de explorar as situações nas quais a intervenção que está sendo avaliada não apresenta um conjunto simples e claro de resultados (YIN, 2005).

Segundo Yin (2005), o “caso” ou unidade de análise pode ser decisões, programas, processos de implantação e mudança organizacional e tem como característica a investigação de um fenômeno contemporâneo dentro do seu contexto de vida real. Desta forma, consideramos pertinente sua utilização na presente pesquisa.

As fontes de evidências podem ser documentos, registros em arquivos, entrevistas, observação direta, observação participante, filmes, fotografias, entre outros (YIN, 2005).

Alves-Mazzotti (2006) consideraram o estudo de caso qualitativo como uma investigação de caso específico, em seu contexto, com critérios predeterminados de seleção e, usando fontes de dados diversas, propõe-se a oferecer um olhar holístico do fenômeno.

É útil para compreender as ações, comportamentos, atitudes e crenças das pessoas inseridas num processo de implantação e de como suas próprias experiências constroem a intervenção, os processos de mudança e os seus resultados (MINAYO, 2008; 2013).

Para Martins (2008), em um estudo de caso análises e reflexões estão presentes durante os vários estágios da pesquisa, que podem sugerir alterações e, até mesmo, correções de rumo, à medida que se coletam as informações, dados e evidências. Esse tipo de pesquisa exige que os rascunhos, notas de observações, transcrições, registros de comentários e opiniões coletados no campo sejam sistematicamente registrados em um diário de campo.

Dentre as possíveis situações em que se aplica a realização de um estudo de caso, o autor cita sua pertinência para descrever intervenções no contexto em que ocorrem (MARTINS, 2008). Ainda refere que uma das diversas formas para estruturá-lo é a estrutura cronológica, cuja sequência revela a história do trabalho feito. Esta foi a forma escolhida para a apresentação da presente pesquisa.

A unidade de análise do presente estudo de caso ficou determinada como o processo de implantação da estratégia IHAC-Neo. Os documentos utilizados como banco de dados foram a coleta de facilitadores e barreiras para a implantação do programa realizado antes do início da intervenção, e os quadros de implementação constituídos pelos passos, suas metas, indicadores, estratégias e auditorias.

5.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no Hospital Universitário de Londrina da Universidade Estadual de Londrina (HUL-UEL), instituição pública e centro de referência na atenção terciária para assistência ao parto e ao neonato de risco que provê atendimento à população de baixa renda, recebendo gestantes, puérperas e RN de Londrina e mais 21 cidades da região e, eventualmente, de outras regiões e estados brasileiros. Pelas ações de incentivo ao AM implantada na instituição, desde março de 1995 lhe foi outorgado o título de HAC, sendo a última recertificação do IHAC no HUL foi registrada pela avaliação do MS no triênio 2011-2013.

A coleta dos dados ocorreu na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e na UTIN da instituição. A UCINCo dispõe de dez leitos e a UTIN de sete leitos, todos habilitados exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A equipe multiprofissional da UCINCo e UTIN é composta por sete enfermeiras, sete enfermeiras-residentes, 13 técnicos de enfermagem, 24 auxiliares de enfermagem, dois auxiliares operacionais, dois técnicos administrativos, três

fisioterapeutas, uma psicóloga, uma fonoaudióloga, 11 médicos (plantonistas e/ou docentes) e dois médicos-residentes.

Nestas unidades, o AM é estimulado e favorecido, e incentiva-se a presença da mãe, bem como o contato pele a pele com seu bebê e a participação dela nos cuidados com a criança.

A UN permite a entrada livre dos pais do RN durante as 24 horas do dia; visitas diárias da rede de apoio familiar, à escolha dos pais, inclusive aos finais de semana, e com duração de uma hora; e possibilita a visita dos irmãos que, abaixo de 12 anos, devem ser acompanhados pela psicologia para a primeira visita.

No Banco de Leite Humano (BLH), inaugurado em novembro de 1988, além da pasteurização de leite das doadoras, as mães dos PT internados recebem auxílio no AM e na manutenção da lactação.

A instituição também tem o MC implantado na primeira e terceira etapa desde 2006. Além disso, o hospital possui ambulatórios de pré-natal de alto risco e de seguimento do PT.

Também fez parte da pesquisa a Maternidade de Alto Risco do HUL. Referência para as gestações de risco e partos prematuros, possui 19 leitos, sendo eles, 11 leitos de AC para a díade mãe-bebê, ou seja, puérperas e RN, seis leitos para gestantes em tratamento clínico, dois leitos de pré-parto e um leito para entradas de urgência. A unidade não contempla um centro obstétrico, mas possui sala de parto com possibilidade para dois nascimentos simultâneos. Conta com uma equipe multiprofissional formada por quatro enfermeiras assistenciais, duas enfermeiras-residentes, 18 auxiliares de enfermagem, duas auxiliares operacionais, um técnico-administrativo, uma psicóloga e uma fonoaudióloga que são compartilhadas com a UN, dez médicos (plantonistas e/ou docentes), dois médicos-residentes.

As práticas do AM, em geral, concentram-se em orientações e auxílio no manejo da amamentação. A maternidade permite a entrada do acompanhante do sexo masculino (esposo, parceiro etc.) apenas durante o dia, não sendo a permanência dos pais de bebês permitida no período noturno. As visitas diárias da rede de apoio acontecem durante a semana e têm duração de uma hora e aos finais de semana duas horas.

A visita dos irmãos (abaixo de 12 anos) não ocorre neste setor.

5.3 PERÍODO DO ESTUDO

O período de realização da pesquisa compreendeu de março de 2014 a abril de 2016, totalizando 25 meses.

5.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A pesquisa envolveu diversos atores ao longo da implantação da estratégia. Foram sujeitos da pesquisa:

- a) os bebês PT e suas famílias, internados nas UN e maternidade da instituição durante todo o período da pesquisa. Os **critérios de inclusão das mães** que poderiam participar da pesquisa foram: demonstrar desejo de amamentar, ter filho internado na UN – excluindo-se aquelas com contraindicação temporária ou definitiva para amamentar (como em casos de HIV positivo/AIDS, vírus linfotrópico da célula humana, sífilis e tuberculose sem tratamento, entre outros). Os **critérios do seu bebê**: ser PT com idade gestacional menor que 37 semanas e ter internação na UTIN e/ou UCINCo por pelo menos 48 horas, excluindo-se aqueles com contraindicação para o AM (como em casos de fístula gastroesofágica, fenilcetonúria, galactosemia, entre outros);
- b) os profissionais de saúde que formaram o CPP;
- c) os profissionais de saúde que participaram nos passos da metodologia proposta, na execução dos cuidados, no estabelecimento de metas e nas capacitações. **Critérios de inclusão**: vínculo efetivo com o hospital e atuação direta na assistência ao PT na UN, incluindo médicos plantonistas, médicos e enfermeiros docentes, enfermeiros assistenciais, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionista, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, psicólogo, enfermeiros e médicos-residentes, excluindo-se aqueles que estivessem em licença prolongada no período da intervenção.

5.5 INSTRUMENTOS DE COLETAS DE DADOS

Os instrumentos propostos para as coletas de dados foram usados separadamente em momentos distintos da pesquisa. São eles:

- a) auditoria para dedo de luva – com dados de identificação do RN. Se estava fazendo uso do dedo de luva ou a presença deste no leito do bebê (Apêndice A);
- b) auditoria para realização de contato pele a pele – registro da realização do contato pele a pele, horário, total de horas realizadas. O registro era obtido nas anotações de enfermagem nos prontuários ou anotação das mães em uma folha específica que ficava na sala de permanência das mães na unidade (Apêndice B);
- c) auditoria para alojamento parcial – registro da permanência das mães (em horas) dos bebês internados e se houve a possibilidade de dormir na unidade acompanhando o RN. O registro era obtido por anotações no prontuário ou anotações das mães (Apêndice C);
- d) auditoria para visita e orientação de gestante/puérpera – instrumento com dados do momento do nascimento coletados em prontuário e breve entrevista presencial com a gestante/puérpera para identificar se conhecia as práticas do AM (Apêndice D);
- e) auditoria para controle da complementação de leite – controle da administração do complemento de leite. Número de vezes que o RN foi complementado, indicação da complementação, volume e tipo de leite, se o bebê apresentou sinais de hipoglicemia. A coleta era realizada nos prontuários do RN e na pasta de controle do complemento (maternidade) (Apêndice E);
- f) auditoria para controle de alta com acompanhamento ambulatorial – lista com registro diário dos bebês internados e os que receberam alta. Contém dados de identificação e a data aprazada para o seguimento pós-alta do RN, coletados em prontuário ou na agenda própria do Ambulatório da Neonatologia (Apêndice F).

5.6 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

Do início ao final do processo de implantação da IHAC-Neo, foi realizado o registro escrito de todas as etapas, na tentativa de compreender o objeto de estudo em suas múltiplas dimensões. A utilização de um diário de pesquisa possibilitou a descrição dos acontecimentos à medida que ocorriam.

Sendo assim, durante as intervenções foram registradas no diário as decisões do CPP, as metas estabelecidas, os conteúdos e realização das diversas capacitações realizadas com a equipe. Também foi realizado registro fotográfico das atividades desenvolvidas. Todas as ações e alterações no contexto organizacional da instituição – como infraestrutura, recursos humanos, padronização e protocolos desenvolvidos para a estratégia, aquisição de materiais, entre outros – foram documentados.

O passo a passo da implantação será descrito a seguir, na seção de resultados, pois se constitui o objeto de estudo da presente pesquisa.

5.7 ASPECTOS ÉTICOS

Por ser um recorte do projeto multicêntrico, vinculado às universidades públicas em cinco estados brasileiros, com coordenação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), após a autorização das instituições de saúde para a realização da pesquisa em suas dependências, o projeto foi concomitantemente analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP e da UEL, Parecer CAAE nº 23975813.7.1001.5393 (Anexo A). Todos os aspectos éticos previstos na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 foram atendidos (BRASIL, 2012).

Manteve-se o sigilo e anonimato dos participantes e o esclarecimento dos objetivos do estudo, respeitando o desejo de participar e informando a possibilidade de desistência. Todos os participantes incluídos em algum momento nesta pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexos B e C).

6 RESULTADOS

A seguir, apresentamos a trajetória de implantação da estratégia IHAC-Neo, guiada pelo modelo conceitual PARIHS, utilizando a intervenção KT e a estratégia de melhoria contínua de qualidade, EPIQ.

6.1 CONHECENDO A HISTÓRIA DA UNIDADE

A UN do HUL compreende os setores de UTIN, UCINCo e AC. Ao todo são 28 leitos neonatais assim distribuídos: sete para UTIN e dez para UCINCo, que estão situados em uma mesma área física, e 11 para o AC, que se localizam dentro da maternidade.

O Serviço de Neonatologia do HUL é realizado desde meados da década de 70 e já nesta época houve a preocupação substancial da Dra. Ângela Sara Jamusse de Brito (médica pediatra responsável pela organização e implantação do currículo da Disciplina de Neonatologia na UEL e pela estruturação e instalação do primeiro berçário do HUL) em manter os RN em AC e melhorar os índices de AM (BRITO, 2014).

A datar de sua formação, a equipe precursora da UN estudou as condições de alta precoce ao RNPT e um programa de estímulo ao AM da própria instituição, obtendo muitos trabalhos publicados (CARVALHO; BRITO; THOMSON, 1992; THOMSON et al., 1986; THOMSON; BRITO; CORDONI, 1982; BRITO; NAGASAWARA; MONTI, 1980; BRITO et al., 1979).

Verifica-se que a unidade em questão carrega um histórico favorável às ações do AM em que a equipe multiprofissional trabalha com o tema desde os primórdios da criação do serviço.

Em fevereiro de 1994, foi iniciado oficialmente o funcionamento da UTIN, a primeira do Paraná, pois as que existiam eram mistas (RN e crianças maiores). Três anos após, foi implantado o ambulatório de seguimento de PT com peso ao nascer menor que 1.500 gramas que passou a se desenvolver ininterruptamente com a preocupação dos mesmos após a alta e com as recomendações necessárias para RN de alto risco (BRITO, 2014).

Por quase 20 anos em instalações adaptadas e com infraestrutura inadequada, em maio de 2014 a unidade de neonatologia finalmente teve sua ala

construída e inaugurada. O novo espaço está em acordo com as exigências vigentes da Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012 (como, por exemplo, controle de iluminação, climatização e iluminação natural; incubadoras, ventiladores mecânicos e monitores multiparamétricos, sendo um por leito, por RN etc.), que define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao RN grave ou potencialmente grave entre outros critérios da UN no âmbito do SUS. O projeto incluiu uma ala específica para o programa MC, chamada Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa), mas que por falta de recursos humanos ainda não está habilitada para funcionamento.

O Serviço de Ginecologia e Obstetrícia também iniciou suas atividades em concomitância com a neonatologia nos anos 70. Porém, diferentemente da UN, a maternidade do HUL aprimorou-se nos atendimentos a gestantes de alto risco pela recorrência das demandas e não somente por escolha da clínica. Como me contou pessoalmente Dr. Osmar Henriques, pioneiro deste serviço, questões políticas envolveram o município na construção de uma maternidade municipal integralmente do SUS como referência para gestações de riscos habituais, tornando o HUL a única instituição terciária de referência nos casos de gestações de riscos e/ou partos prematuros para a região norte do Paraná. Hoje a maternidade apresenta médias anuais próximas de 1.000 nascimentos ao ano.

Atualmente com uma equipe de aproximadamente 70 profissionais, prestadores de assistência direta e indireta, a UN conta com serviços de referência no atendimento ao RN de alto risco com vários tipos de agravo, entre os quais se observa grande frequência de bebês extremamente PT.

Para entender o perfil de atendimentos realizados, dados das UN e maternidade de 2016, demonstram uma predominância de cesáreas (62,8%) por ser referência para gestação de risco; a maioria das mulheres entre 21 e 35 anos (66,27%), porém com um percentual significativo de gestantes adolescentes (15,76%). De um total de 1.128 nascimentos, 33,46% eram pré-termos, dos quais 11,23% tinham entre 28 a 31 semanas e 7,1%, de 22 a 27 semanas; 28,09% do total nasceram com menos de 2.500 g (UEL, 2016).

De 2014 a 2016, as taxas de ocupação dos setores têm demonstrado variar de 87,8 a 95,2% na maternidade; 80,2 a 93,6% na UCINCo; e de 117,8 a 121,9% na UTIN, o que demonstra, principalmente na UTIN, a superlotação contínua do setor (UEL, 2016).

A UN possui programas específicos de residências médicas, de enfermagem e fisioterapia, equipamentos com tecnologia de ponta, materiais médico-hospitalares de excelência submetidos a criteriosa avaliação periódica e que garantem a segurança do paciente, espaços apropriados para realizar a assistência direta, bem como o atendimento das necessidades da equipe e dos pais. O setor permite a permanência dos pais e/ou pessoa significativa para o bebê nas 24 horas do dia, sete dias na semana.

Os profissionais de saúde desta unidade possuem envolvimento com pesquisa, tendo apresentado vários trabalhos em congressos de especialidade, nacionais e internacionais, principalmente com estudos sobre AM em RNPT, estudo do acompanhamento após a alta dos PT com visita domiciliar – VD (projeto de extensão com colaboração de alunas, residentes e docentes de enfermagem) –, crescimento dos PT após alta hospitalar e estudos da mortalidade neonatal no hospital universitário.

6.2 O PROCESSO DA IMPLANTAÇÃO DA IHAC-NEO

O processo de implantação da IHAC-Neo foi complexo e se deu em duas fases.

6.2.1 Fase 1 – Preparação

O estudo contou com uma equipe de duas enfermeiras pesquisadoras, duas mestrandas e um apoio técnico que, participaram de um *workshop*, no centro responsável pela pesquisa, juntamente com os demais centros participantes do projeto multicêntrico.

As oficinas para capacitação das pesquisadoras do projeto ocorreram em março de 2014, na EERP-USP, com carga horária total de 40 horas e a finalidade de apropriar as pesquisadoras sobre a intervenção IHAC-Neo e o marco teórico-metodológico KT.

Muitas experiências foram trocadas e os objetivos da pesquisa foram alinhados. Capacitações específicas sobre a utilização dos instrumentos de coleta de dados também foram conduzidas. Posteriormente, em novembro de 2014,

recebemos a visita de enfermeiras estrangeiras, também pesquisadoras da pesquisa, que tinham a *expertise* no marco teórico-metodológico adotado e na IHAC-Neo. Além de sanar dúvidas referentes aos projetos, as enfermeiras convidadas puderam participar da reunião do CPP e também realizar duas capacitações *in loco* com a equipe sobre o manejo do início precoce da amamentação no prematuro e o uso de malhas específicas para o favorecimento do MC.

A duração dessa primeira fase totalizou seis meses. Nesse período foram coletados dados basais, características populacionais da equipe de saúde participante e avaliações do contexto local, conforme descrito a seguir.

6.2.1.1 Formação do Conselho de Pesquisa Prática

Em agosto de 2014, a escolha dos membros do CPP foi realizada pela equipe de pesquisadores que conheciam previamente os profissionais da instituição. Convidaram representantes/líderes da própria unidade que pudessem direcionar as estratégias para a implantação da intervenção, assim como estar em posição propícia à tomada de decisão para as mudanças da prática. O convite para a participação na pesquisa foi oficializado pessoalmente, sempre por um dos pesquisadores, por meio de um cartão-convite individual. Além disso, foi encorajada a indicação voluntária de um membro da equipe de enfermagem que representasse a unidade, por turno, de acordo com a disponibilidade e interesse.

Constituído o CPP, o grupo de facilitadores multidisciplinares ficou assim composto: uma médica neonatologista, uma médica pediatra, uma chefia médica neonatal, uma gerente de enfermagem neonatal, uma assistente social, uma enfermeira do BLH, quatro técnicas de enfermagem, duas residentes de enfermagem, duas mestrandas do programa de enfermagem, um apoio técnico, duas pesquisadoras locais (docentes de enfermagem e coordenadora local do projeto).

No decorrer da pesquisa quatro membros do CPP, duas técnicas de enfermagem e duas enfermeiras residentes, foram substituídas por motivos como aposentadoria, conclusão da residência e mudança de cidade.

Todos os membros do CPP participaram de um *workshop* de quatro dias com carga horária total de 16 horas, conduzido pela coordenadora local da pesquisa. Os

tópicos incluíram a proposta da pesquisa usando a estratégia do KT, seguida pelo modelo conceitual PARIHS e as etapas da EPIQ, além das evidências de pesquisa para as práticas da IHAC-Neo.

Com o andamento da pesquisa, sentiu-se a necessidade de aproximação com as lideranças da maternidade para tomadas de decisões específicas da unidade, pois muitas atividades e estratégias envolviam mudanças da prática naquele local. Essa participação não ocorreu desde o princípio da implantação por não haver pessoas daquela unidade que se dispuseram a aceitar o convite das pesquisadoras para participar.

Porém, por se entender nesse momento que esse envolvimento da equipe da maternidade se tornava essencial para o sucesso da implantação, por meio de uma aproximação e novas abordagens visando a sensibilização, formou-se um grupo com cinco enfermeiras para discutir as estratégias e metas das questões específicas da maternidade que subsidiaram as mudanças necessárias para a implantação dos passos referentes àquela unidade, que seriam validadas no CPP.

Percebeu-se, também, que alguns profissionais seriam importantes na coletividade da construção, como fonoaudióloga, psicóloga entre outros. Porém, o aumento no número de pessoas no CPP, segundo defende a teoria do método, dificultaria o trabalho de decisão, além da impossibilidade de conciliar agendas para os encontros. Desta forma, optamos por manter a formação do CPP, contudo estes profissionais poderiam participar como convidados quando o tópico fosse de interesse.

6.2.1.2 Coleta de dados basais

O KT preconiza que a coleta de dados basais seja realizada antes da implantação e utilizada pelo CPP para subsidiar as decisões e elaborações de estratégias. Para o processo de implantação da IHAC-Neo foi determinado pelo grupo multicêntrico da pesquisa a coleta dos seguintes dados:

- a) prevalência de AM;
- b) avaliação da adesão aos Dez Passos e Três Princípios Norteadores da IHAC-Neo com equipe, mães e gestores;
- c) avaliação do contexto organizacional;
- d) barreiras e facilitadores para implantação da IHAC-Neo.

Os dados de prevalência foram objeto de estudo de outra pesquisa que avaliará os dados de todos os centros participantes e, portanto, não serão apresentados aqui. Da mesma forma a avaliação da adesão aos Dez Passos e Três Princípios Norteadores.

Para a avaliação do contexto organizacional foi proposto pelo grupo de pesquisadores do projeto multicêntrico a utilização de instrumentos de avaliação que são:

- a) Maslach Burnout Inventory (MBI) – instrumento de 20 questões com respostas por grau de concordância (MASLACH; JACKSON e SCHWAB, 1996);
- b) Inventário de Valores Organizacionais (IVO) – questionário de 30 itens, com respostas por grau de concordância (TAMAYO; MENDES e PAZ, 2000).

Aplicados apenas nas UN, os resultados foram tabulados e apresentados ao CPP. Foi percebido pelo grupo que a utilização de tais instrumentos pressupõe um maior conhecimento na temática da avaliação institucional. Dessa forma, os resultados obtidos não foram base de decisão para continuação ou não do processo de implantação.

Em uma revisão sistemática, Gagnon, Attieh, Ghandour e colaboradores (2014) concluem que, apesar da avaliação da prontidão para mudança institucional ser um facilitador potencial para uma efetiva prática do KT, há pouco avanço no desenvolvimento de instrumentos que possam ser aplicados para esse fim, principalmente em relação à validade e confiabilidade.

6.2.1.3 Barreiras e facilitadores para a implantação do IHAC-Neo

A coleta de dados sobre as barreiras e facilitadores para a implantação do IHAC-Neo foram expostas na presente pesquisa por terem subsidiado as decisões do CPP na elaboração das metas e estratégias a serem implantadas no processo local. Portanto, apresentamos a seguir como foram colhidas e trabalhadas.

Após os membros do CPP terem tomado conhecimento das evidências da IHAC-Neo, do marco teórico-metodológico KT e serem informados acerca dos dados basais da prática do AM e do contexto organizacional local, a próxima etapa

proposta foi uma roda de conversa, em que os integrantes do CPP foram incentivados a identificar barreiras e facilitadores para a mudança da prática.

As questões norteadoras da discussão foram:

- a) Qual(ais) facilidade(s) você vê/tem em incentivar o AM na UN;
- b) Qual(ais) dificuldade(s) você vê/tem em incentivar o AM na UN.

Foi necessário um encontro para a construção e um outro para a validação e ajustes de conteúdo. No primeiro encontro as facilidades e dificuldades foram sendo discutidas de forma livre pelos participantes. Já no segundo, a equipe de pesquisadores retornou com as barreiras e facilitadores anteriormente explicitadas para serem validadas, modificadas e categorizadas em cinco grupos pré-estabelecidos pelo projeto, categorias essas que surgiram do estudo de Sônia Semenic, uma das pesquisadoras/consultoras internacionais do projeto multicêntrico (BENOIT; SEMENIC, 2014). Tal construção, que emergiu da análise dessa discussão está apresentada no quadro 4.

Quadro 4 – Barreiras e facilitadores para implantação da IHAC-Neo em unidades neonatais de um hospital universitário na Região Sul do Brasil, Novembro, 2014.

CATEGORIAS	BARREIRAS	FACILITADORES
ESTRUTURA FÍSICA E AMBIENTE	<ul style="list-style-type: none"> • Mobiliário disponível pouco confortável para acomodar as mães ao lado dos bebês na unidade. • Indisponibilidade de um ambiente tranquilo para as práticas do AM e MC. • Planta física da maternidade inadequada (falta de poltronas, muitos leitos no mesmo quarto, falta de banheiro privativo etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> • Nova estrutura física da UTIN/UCINCo, incluindo a UCINCa. • Casa de apoio para as mães dos bebês.
PARTICULARIDADES DOS PT	<ul style="list-style-type: none"> • Considerável grau de subjetividade na determinação dos critérios de estabilidade para o AM e MC. • Grande número de admissão e particularidade dos RNPT extremos. 	
RECURSOS HUMANOS	<ul style="list-style-type: none"> • Alinhamento ainda insipiente entre os membros da equipe multidisciplinar no que se refere às práticas de AM e MC, comprometendo a unidade nas condutas e na interação entre as equipes. • Número insuficiente de profissionais para assistência no que se refere ao AM. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio do BLH às equipes das UN e maternidade. • Existência da residência médica e de enfermagem para orientar e auxiliar no AM e MC. • Equipe multiprofissional qualificada. • Parte da equipe com capacitação em AM e MC.

	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de recursos humanos para funcionamento adequado da UCINCa. • Falta de regularidade na disponibilização de capacitações à equipe multiprofissional. • Falta de protocolos clínicos e assistenciais para as práticas relacionadas ao AM do PT e MC. 	
CONHECIMENTO E ATITUDE DA EQUIPE	<ul style="list-style-type: none"> • Interação insuficiente entre os membros das equipes no que se refere ao AM, repercutindo negativamente para a unificação das condutas e no fornecimento das orientações. • Falta de motivação e sensibilização das equipes, repercutindo negativamente no comprometimento com a assistência no período perinatal. • Falta de clareza/compreensão no papel a ser desempenhado, pela equipe, no manejo do AM. • Falta de conhecimento para com o manejo do PT e AM, comprometendo o desempenho da equipe de enfermagem da maternidade no atendimento ao RNPT, gestante e puérpera. 	<ul style="list-style-type: none"> • Existência do IHAC, facilitando a implantação do IHAC-Neo. • Interesse e comprometimento da equipe com as questões relacionadas ao início precoce e à manutenção do AM (massagem, ordenha e sucção). • Contato pele a pele realizado em sala de parto. • Equipe aberta à mudança de práticas. • Acolhimento da equipe à família. • Possibilidade de maior vínculo da equipe com os pacientes devido ao tempo prolongado de internação.
CONHECIMENTO E ATITUDE DOS PAIS	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade em manter a motivação das mães ao AME e ordenha, principalmente antes do bebê estar apto para sugar. • Falta de apoio familiar, influenciado por questões culturais e sociais. • Ansiedade materna e familiar pela alta hospitalar. • Superlotação da unidade, repercutindo para a abreviação da internação do PT, dificultando o preparo da família para a alta hospitalar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprometimento dos pais.
CONTINUIDADE NO APOIO À AMAMENTAÇÃO E LACTAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Reestruturação do funcionamento do Centro de lactação (Celac) no Ambulatório de Especialidades do Hospital Universitário de Londrina (AEHU) no que se refere aos recursos humanos. • Horários restritos para o atendimento no ambulatório do AEHU e BLH. • Indisponibilidade de plantonistas 24 horas para o 	<ul style="list-style-type: none"> • Existência do Celac. • Ambulatório de segmento no AEHU. • VD após a alta. • Ambulatório de retorno precoce (até cinco dias após a alta) anexo à UN no HUL. • Atendimento do BLH a mães, bebês e famílias durante a internação e após a alta hospitalar.

	<p>atendimento emergencial às situações relacionadas ao AM.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alinhamento insipiente com a APS no que se refere às ações para manutenção do AM após a alta hospitalar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientações sobre AM no ambulatório de pré-natal de alto risco do AEHU.
<p>CAPACITAÇÃO E EDUCAÇÃO DA EQUIPE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de oportunidade para capacitações frequentes, principalmente para internos e residentes de medicina. • Dificuldade na manutenção da interação entre as unidades de maternidade e UTIN/UCINCo, após o nascimento dos bebês PT. • Dificuldade em cumprir e manter a rotina estabelecida. • Capacitação insuficiente para o adequado acompanhamento do pré-natal no que se refere às orientações para o AM. • Alta rotatividade das equipes por ser um hospital universitário, comprometendo a manutenção do nível adequado de conhecimento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Curso de Manejo do IHAC para profissionais de saúde, residentes e demais funcionários do HUL. • Existência de tutores da IHAC e do MC integrando a equipe da UN. • Apoio institucional para capacitação dos servidores contemplado pelo Plano de Carreira, Cargos e Salários da UEL.
<p>CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Interação insuficiente das equipes de nutrição e fisioterapia com os pais, comprometendo o atendimento. • Resistência das equipes em permitir a participação dos pais nos cuidados aos bebês, em tempo integral. • Indisponibilidade estrutural de atendimento por parte do serviço de psicologia à demanda das famílias dos PT. • Presença do pai não autorizada durante o período noturno na maternidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento das famílias realizado por médicos, enfermeiros, equipe de enfermagem e assistente social. • Presença de outros profissionais, como de psicologia, nutrição e fisioterapia. • Projeto Rede de Apoio à Família Prematura. • Livre acesso para os pais na UN. • Reunião periódica com grupo de pais. • Realização de visita antes da alta. • Protocolo de alta.

Em posse das informações adquiridas durante a fase 1, os representantes do CPP estavam aptos a iniciar a fase 2, quando começariam a estabelecer as estratégias potenciais para implementar a mudança das práticas para a realidade local.

6.2.2 Fase 2 – Implementação e Mudanças

A fase 2 compreendeu um período de um ano e sete meses. Somaram-se 26 encontros do CPP ao final do projeto, finalizado em abril de 2016. Todos os ciclos da EPIQ em geral seguiram o mesmo processo, mas nem sempre o mesmo cronograma. Algumas práticas da IHAC-Neo foram determinadas e planejadas (Etapa *plan*), desenvolvidas e implementadas (Etapa *do*), avaliadas e monitoradas (Etapa *study*) e aprimoradas, revisadas ou, por algum forte motivo, abandonadas (Etapa *act*).

6.2.2.1 Estabelecimento de metas e estratégias

Em setembro de 2014 tiveram início os encontros periódicos com o CPP para estabelecimento de estratégias, visando à implantação do projeto IHAC-Neo.

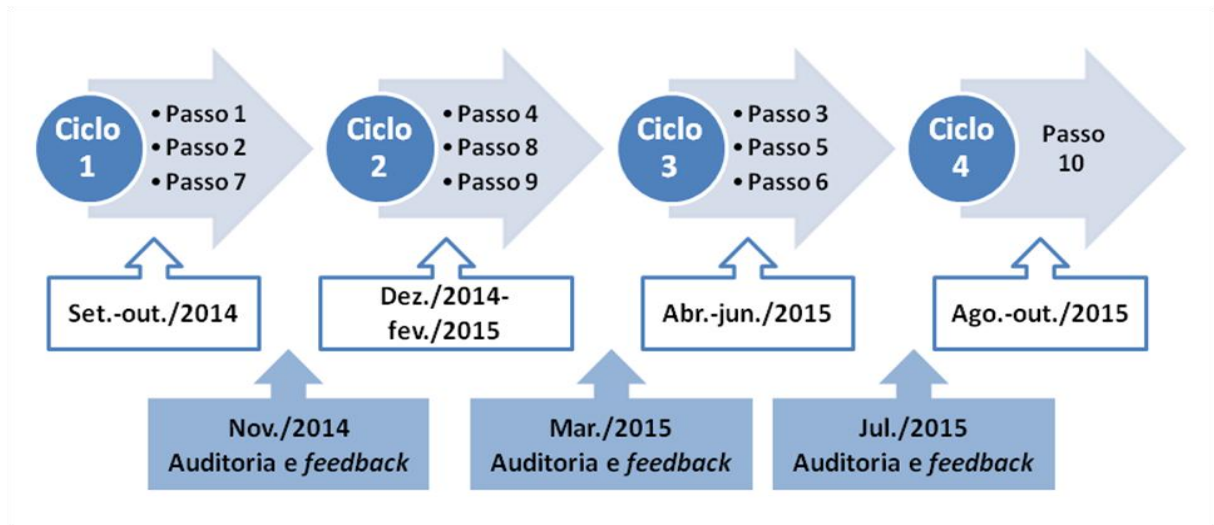
Foi proposto pelos próprios membros e estruturado que os encontros aconteceriam uma vez a cada 30 dias, com datas pré-agendadas, duração de 1h30 a no máximo 2h, sempre que possível no mesmo local, e que a cada encontro fosse enviado *e-mail* com antecedência de até 24h para lembrete dos participantes. Contando com o auxílio, benefícios e facilidades da mídia, formou-se um grupo para comunicação rápida e eficiente por aplicativo no celular. Como “quebra-gelo” era oferecido um desjejum simples com mensagens motivacionais para os participantes. Estas estratégias tecnológicas foram essenciais para a adesão do grupo nos encontros presenciais.

O registro dos encontros era realizado por ata e as tomadas de decisões com as estratégias eram dispostas em quadros estruturados para melhor visualização.

Baseado na estratégia EPIQ adotada no projeto, o CPP facilitou as mudanças desejadas na prática em quatro ciclos rápidos de intervenção com duração de dois a três meses cada, e um mês entre cada ciclo para auditoria e *feedback*.

Destaca-se que em cada ciclo rápido foram implementados de um a três passos da IHAC-Neo, sendo a ordem de prioridade estabelecida pelo próprio CPP (Figura 7).

Figura 7 – Ciclos rápidos para implementação da IHAC-Neo em unidades neonatais de um hospital universitário na Região Sul do Brasil



Cada ciclo envolveu o planejamento, a implementação e a avaliação das metas estabelecidas para mudança na prática de acordo com os 10 Passos para o Sucesso da Amamentação e os Três Princípios Norteadores da IHAC-Neo.

Com apoio nos dados basais da unidade, nas prioridades clínicas da unidade e nas práticas baseadas em evidências fornecidas pela equipe de pesquisadores, o CPP, em colaboração com os pesquisadores locais, identificou e definiu as metas para melhorar as práticas relacionadas ao AM do RNPT, planejou, desenvolveu, implementou e avaliou seus objetivos de mudança de prática, empregando estratégias de KT em sua unidade.

Vale ressaltar que as metas do CPP eram compartilhadas com os profissionais em cada turno, validando com os mesmos a possibilidade de atingir o que fora proposto e era permitido que a meta proposta pelo CPP fosse alterada (aumentada ou diminuída), após discussão e reflexão sobre as condições necessárias para atingi-las junto à equipe.

Diversos canais para divulgação da intervenção foram utilizados: *banners*, cartazes com orientações e/ou com evidências, cartilhas informativas, adesivos, bótons, gráficos, mídia social (Anexo D).

6.2.2.2 Auditoria e *feedback*

A Auditoria era realizada a partir dos indicadores estipulados para considerar as metas atingidas. Esses indicadores foram estabelecidos pelo CPP e a monitorização dos dados realizada pelas pesquisadoras.

Os resultados da auditoria eram apresentados ao CPP e também às equipes das unidades (Anexo D). Em alguns passos foi possível realizar várias auditorias durante e após a implementação do passo. Outros apenas uma vez ao final da implantação para verificação se a meta havia sido atingida. A duração de cada auditoria variava de acordo com o indicador escolhido e era uma decisão da equipe de pesquisadoras, associado à disponibilidade de pessoal para essa coleta. Quando era possível, a auditoria no curso da implantação do passo, novos direcionamentos eram estabelecidos e condutas tomadas, se necessário.

A seguir, nos Quadros de 5 a 8, apresentaremos os quatro ciclos e respectivos passos que foram sendo contruídos no CPP ao longo da implementação, contendo as metas, estratégias e os resultados das auditorias de cada passo.

Quadro 5 – Descrição detalhada das metas, ações de mudanças para prática, indicadores e resultados no Ciclo 1 (passos 1, 2 e 7) para implantação da IHAC-Neo em unidades neonatais e maternidade de um hospital universitário na Região Sul do Brasil, Abril, 2016.

CICLO	METAS	AÇÕES	INDICADOR	RESULTADO	DURAÇÃO DO CICLO
1	<p>Passo 1</p> <p>TER UMA POLÍTICA DE ALEITAMENTO MATERNO ESCRITA QUE SEJA ROTINEIRAMENTE TRANSMITIDA A TODA EQUIPE DE CUIDADOS DA SAÚDE</p> <p>1 Aumentar para 80% a socialização e ciência da equipe sobre a política escrita.</p>	<p>Para a equipe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaboração das normas. • Distribuição de Bótons IHAC-Neo. • Confeção de pasta exclusiva com normas, rotinas e protocolos de fácil acesso para socialização da política de AM. <p>Para a equipe e família</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exposição de <i>Banners</i> dos dez passos. • Criação de página em rede social. 	<p>Indicador</p> <p>Nº de assinaturas / nº de profissionais que compõe a equipe × 100.</p> <p>Como foi coletado</p> <p>Assinatura dos funcionários em livro ata da UN após leitura e socialização das normas e rotinas.</p>	<p>META 1</p> <p>100%</p>	Dez. 2014-mar. 2015
	<p>Passo 2</p> <p>CAPACITAR TODA A EQUIPE DE CUIDADOS DA SAÚDE NAS PRÁTICAS NECESSÁRIAS PARA IMPLEMENTAR ESSA POLÍTICA</p> <p>1 Capacitar pelo menos 80% dos profissionais integrantes da equipe, envolvidos direta e indiretamente no cuidado ao RN.</p>	<p>Para a equipe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaboração/divulgação de cartazes (referidos nos respectivos passos) colocados nas unidades para facilitar as capacitações. • Capacitação teórico-prática, oficinas, visitas técnicas, tutoria beira-leito. 	<p>Indicador</p> <p>Nº de assinaturas / nº de profissionais que compõe a equipe × 100</p> <p>Como foi coletado</p> <p>Assinatura dos profissionais presentes nas capacitações (listas de presença).</p>	<p>META 1</p> <p>78,2%</p>	
	<p>Passo 7</p> <p>PERMITIR QUE MÃES E BEBÊS PERMANEÇAM JUNTOS 24 HORAS POR DIA.</p> <p>1 Aquisição de poltronas para que pelo menos 70% dos leitos da UTIN tenha acomodação para as mães beira-leito.</p>	<p>Para a equipe e a família</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cartazes disseminando a informação dos benefícios da permanência dos pais na unidade. <p>Para a família e instituição</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rifas para a compra de sofás-camas. • Campanha para doação de poltronas de amamentação (divulgação em redes sociais, folders, jornais, rádio etc.). 	<p>Indicador</p> <p>Nº de poltronas na UTI / nº de leitos ativos de UTI × 100</p> <p>Como foi coletado</p> <p>Observação de campo.</p>	<p>META 1</p> <p>71%</p>	

Quadro 6 – Descrição detalhada das metas, ações de mudanças para prática, indicadores e resultados no Ciclo 2 (passos 4, 8 e 9) para implantação da IHAC-Neo em unidades neonatais e maternidade de um hospital universitário na Região Sul do Brasil, Abril, 2016.

CICLO	METAS	AÇÕES	INDICADOR	RESULTADO	DURAÇÃO DO CICLO
2	<p>Passo 4</p> <p>ENCORAJAR O CONTATO PELE A PELE MÃE-BEBÊ (MC) PRECOCE, CONTÍNUO E PROLONGADO SEM RESTRIÇÕES INJUSTIFICÁVEIS.</p> <p>1 Aumentar para 50% o contato pele a pele de RN com critérios para fazê-lo, estando internados em UTIN.</p> <p>2 Aumentar para 80% o contato pele a pele de RN com critérios para fazê-lo, estando internados em UCINCo.</p> <p>3 Aumentar para 50% o contato pele a pele de RN alojados na maternidade, nascidos de cesárea com critério para fazê-lo, na primeira hora de vida.</p> <p>4 Aumentar para 70% o contato pele a pele de RN alojados na maternidade, nascidos de parto vaginal com critérios para fazê-lo, na primeira hora de vida.</p>	<p>Para a equipe</p> <ul style="list-style-type: none"> Elaboração de protocolo clínico com critérios para realização do contato pele a pele precoce. Lembretes como adesivos plásticos laváveis “I♥Canguru”, para os profissionais que apoiam e auxiliam a posição canguru. Concurso entre as equipes: quem mais incentivou e auxiliou a posição Canguru? (Prêmio: passadeira a vapor e kit O Boticário, este último mensalmente por seis meses.) Elaboração de critério para mamada na sala de parto (Apgar $\geq 7^{\circ}$ no 5^o min). Confecção das malhas canguru (para UTIN e UCINCo). Uso de malha tubular durante o parto para contato pele a pele precoce (maternidade). <p>Para a família</p> <ul style="list-style-type: none"> Orientação de pais e mães sobre o contato pele a pele – “posição canguru” – por meio de cartazes, pôlderes, reunião de pais e equipe multiprofissional (assistente social, enfermeira, psicóloga, residentes médicos e de enfermagem) com espaço aberto para orientações e esclarecimento de dúvidas. Elaboração de uma cartilha desenvolvida para os pais e familiares de bebês internados na UN, para informar e esclarecer sobre a posição canguru. Encaminhamento de mães e bebês em canguru para a salinha de descanso das 	<p>Indicador meta 1 Nº de bebês internados na UTIN que fizeram canguru / nº de bebês internados na UTIN com critérios para canguru $\times 100$.</p> <p>Como foi coletado Coleta de dados no controle/anotação de enfermagem, caderno das mães e registro dos minicangurus.</p> <p>Indicador meta 2 Nº de bebês internados na UCINCo que fizeram canguru / nº de bebês internados na UCINCo $\times 100$.</p> <p>Como foi coletado Coleta de dados no controle/anotação de enfermagem, caderno das mães e registro dos minicangurus.</p> <p>Indicador meta 3 Nº de RN alojados, nascidos de parto cesárea, que realizaram contato pele a pele na primeira hora de vida / nº total de RN alojados na maternidade nascidos de cesárea, com condições para canguru $\times 100$.</p> <p>Como foi coletado Entrevista com as mães na maternidade, coleta de dados no controle/anotação de enfermagem.</p> <p>Indicador meta 4 Nº de RN alojados, nascidos de parto vaginal, que realizaram</p>	<p>META 1 Junho/2015 (15 dias de auditoria) 58%</p> <p>Setembro e outubro/2015 (15 dias de auditoria) 57%</p> <p>Dezembro/2015 (15 dias de auditoria) 37%</p> <p>Janeiro/2016 (15 dias de auditoria) 35%</p> <p>Março/2016 (15 dias de auditoria) 51%</p> <p>META 2 Junho/2015 (15 dias de auditoria) 44%</p> <p>Setembro e outubro/2015 (15 dias de auditoria) 42%</p> <p>Dezembro/2015 (15 dias de auditoria) 26%</p> <p>Janeiro/2016 (15 dias de auditoria) 28%</p> <p>Março/2016 (15 dias de auditoria) 47%</p> <p>Junho/2015 UTIN/UCINCo *Média de permanência/dia em canguru: 1h52. *40% dos bebês que</p>	Mar. 2015-jun. 2015

	<p>mães.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lembretes como minicangurus em lona para fixação (no leito/<i>box</i> do bebê) para auxílio e estímulo na contagem/frequência de realização da posição canguru pelas mães. • Concurso entre mães: quem fez mais canguru? (Prêmio: ensaio fotográfico <i>newborn</i>.) • Confecção de <i>banner</i> no formato de um canguru grande para fixação nos leitos da UN e estímulo das mães para colar e contabilizar os minicangurus. • Registro pelas próprias mães das sessões de cangurus realizadas com os minicangurus fixados nas unidades e no diário das mães. <p>Para a equipe e a família</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cartazes disseminando a informação dos benefícios do contato pele a pele. 	<p>contato pele a pele na primeira hora de vida / n° total de RN alojados na maternidade nascidos de parto vaginal, com condições para canguru $\times 100$.</p> <p>Como foi coletado</p> <p>Entrevista com as mães na maternidade, coleta de dados no controle/anotação de enfermagem.</p>	<p>realizaram canguru o fizeram mais de uma vez no período.</p> <p>Setembro e outubro/2015 UTIN/UCINCo *Média de permanência/dia em canguru: 2h06. *29% dos bebês que realizaram canguru o fizeram mais de uma vez no período.</p> <p>Dezembro/2015 UTIN/UCINCo *Média de permanência/dia em canguru: 2h03. *Nenhum dos bebês que realizaram canguru o fizeram mais de uma vez no período.</p> <p>Janeiro/2016 UTIN/UCINCo *Média de permanência/dia em canguru: 2h22. *Dois dos bebês que realizaram canguru, o fizeram mais de uma vez no período. (Dados incompletos sobre o n° de vezes realizado no período.)</p> <p>Março/2016 UTIN/UCINCo *Média de permanência/dia: 2h40. *23,6% dos bebês que realizaram canguru o fizeram mais de uma vez no período.</p> <p>META 3</p>	
--	--	---	--	--

			<p>Março e abril/2016 (15 dias de auditoria) 32,1%</p> <p>*Sugaram na 1ª hora de vida: 35,7%.</p> <p>META 4 Março e abril/2016 (15 dias de auditoria) 76,5%</p> <p>*Sugaram na 1ª hora de vida: 64,7%.</p> <p>*48,8% dos RN eram RNPT.</p>	
<p>Passo 8</p> <p>ENCORAJAR A ALIMENTAÇÃO POR DEMANDA, OU QUANDO NECESSÁRIO, AM SEMIDEMANDA COMO UMA ESTRATÉGIA DE TRANSIÇÃO PARA PREMATUROS E BEBÊS DOENTES.</p> <p>1 Aumentar para 70% o AM livre demanda e/ou semidemanda dos RN internados na UCINCo.</p> <p>2 Aumentar para 70% as mães com RN em AME que dormem na UCINCo pelo menos três dias consecutivos antes da alta.</p> <p>3 Aumentar para 70% as mães que permanecem em AC parcial durante o dia (8h) com seus bebês na UCINCo.</p>	<p>Para a equipe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaboração de protocolo clínico com critérios para oferta de leite da própria mãe, fresco, (ordenhado à beira do leito) ao RNPT \geq 32 semanas, devido à evidência sobre presença de CMV no leite materno. • Capacitação da equipe de saúde no manejo do AM no PT e manejo da ordenhadeira de leite humano elétrica. (Realizadas estações práticas fora da unidade, no contraturno da escala de trabalho; posteriormente, treinamento prático individual da equipe técnica de enfermagem no horário de trabalho beira-leito sobre a técnica para ordenha manual, ordenha elétrica, translactação e uso do copo, quando necessário.) <p>Para a família</p> <ul style="list-style-type: none"> • Possibilidade da permanência das mães durante a noite na UN, ao lado do seu bebê, e se prepararem para a alta hospitalar. • Criação de estratégias para orientar as mães sobre sinais de fome do bebê e 	<p>Indicador meta 1 Nº de bebês em AME / nº de bebês internados em UCINCo \times 100 (enquanto a mãe estava presente). Nº de bebês em semidemanda / nº de bebês internados em UCINCo \times 100.</p> <p>Como foi coletado Coleta de dados em controle de enfermagem, caderno das mães e entrevista com as mães.</p> <p>Indicador meta 2 Nº de mães que dormiram na UCINCo pelo menos três dias consecutivos antes da alta / nº de bebês em AME na alta \times 100.</p> <p>Como foi coletado Entrevista presencial com as mães na UCINCo e/ou ambulatório, ou se necessário contato telefônico após a alta hospitalar.</p> <p>Indicador meta 3 Nº de mães em AC parcial</p>	<p>META 1 Março e abril/2016 (15 dias de auditoria) 80%</p> <p>META 2 Junho/2015 (15 dias de auditoria) 33%; Março e abril/2016 (15 dias de auditoria) 50%</p> <p>META 3 Junho/2015 (15 dias de auditoria) 44% Março e abril/2016 (15 dias de auditoria) 71% *Média de permanência das mães na UCINCo para a amamentação: 9h/dia</p>	

para a transição das mamadas como: liberação da ida dos bebês, em posição canguru, para a sala dos pais; estimulação de atividades rotineiras da mãe na unidade, ainda com o bebê em canguru (por exemplo, almoçar, assistir televisão, ler um livro ou receber visitas); orientação e auxílio beira-leito à prática da ordenha manual e/ou elétrica para suprir a necessidade de semidemanda do RN sempre que possível com o leite da própria mãe; capacitação da mãe, beira-leito, para manusear a ordenhadeira de leite humano elétrica, caso seja necessário e apropriado o seu uso, para que ela se sinta autossuficiente e não dependente exclusivamente dos funcionários.

- Orientação com rodas de conversas para as mães.
- Cartazes e cartilhas de orientação para os pais e famílias da UN afixados nos murais da sala dos pais com a pergunta estimulante “VOCE SABIA?” sobre: o contato pele a pele, seus benefícios e a importância de realizá-lo o mais precoce e continuamente possível; a importância da sucção ou ordenha na 1ª hora após o nascimento; as possibilidades de posição para amamentar o RNPT; as particularidades da prematuridade (desafios na amamentação, internação prolongada etc.).

Para a equipe e família

- Elaboração e divulgação, para profissionais e famílias da UN, das normas e prioridades para as mães dormirem na unidade.

Para a instituição

- Modificação do sistema de internação

durante o dia na UCINCo por no mínimo 8h / n° de bebês internados na UCI × 100.

Como foi coletado

Coleta de dados em controle de enfermagem, caderno das mães e entrevista com as mães.

para AC parcial com internação conjunta da mãe na UCINCo.

- Aquisição de três sofás-camas de um lugar cada.

<p>Passo 9</p> <p>USAR ALTERNATIVAS À AMAMENTAÇÃO PELO MENOS ATÉ O AM ESTAR BEM-ESTABELECIDO E SOMENTE USAR CHUPETAS E PROTETORES DE MAMILOS COM RAZÕES JUSTIFICÁVEIS.</p> <p>1 Diminuir para 0% o uso de dedo de luva para sucção não nutritiva nos RN internados na UTIN.</p> <p>2 Diminuir para 0% o uso de dedo de luva para sucção não nutritiva nos RN internados na UCINCo.</p>	<p>Para a equipe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaboração de critérios para sucção não nutritiva com chupeta. • Capacitação da equipe de saúde sobre os critérios para sucção não nutritiva com chupeta, realizando orientações e esclarecimentos na unidade, no horário de trabalho também sobre a substituição do dedo de luva para o dedo enluvado e o uso indiscriminado da glicose hipertônica para sucção não nutritiva. • Capacitação da equipe para utilização da translactação e uso do copo. (Realizada oficina teórico-prática, posteriormente com demonstração de técnicas beira-leito junto às mães dos bebês em processo de alta.) • Capacitação de enfermeiras e residentes de enfermagem sobre a reconstituição da fórmula infantil (nos casos de alta com complementação), com aula expositiva dialogada abordando os principais erros de diluição e como orientar os pais para evitá-los. <p>Para a família</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reintrodução das orientações para utilização da translactação e, se necessário, o uso do copo. (Realizada beira-leito às mães dos bebês em processo de alta.) • Orientação para reconstituição da fórmula infantil, se alta, com complementação em prescrição médica. (Realizada no ambulatório do AM, anexo à UN, para as mães dos bebês (e rede de apoio presente) no dia da alta 	<p>Indicador meta 1 Nº de bebês em uso de dedo de luva na UTIN / nº de bebês internados na UTIN × 100. Como foi coletado Observação de campo em todos os turnos.</p> <p>Indicador meta 2 Nº de bebês em uso de dedo de luva na UCINCo / nº de bebês internados na UCINCo × 100. Como foi coletado Observação de campo em todos os turnos.</p>	<p><u>META 1</u> Março e abril/2016 (15 dias de auditoria) 0%</p> <p><u>META 2</u> Setembro/2015 (Cinco dias de auditoria) 9,3%</p> <p>Março e abril/2016 (15 dias de auditoria) 0%</p>
---	---	---	--

hospitalar.)

*Resultado que efluiu da meta original (auditoria) devido aos dados de coleta permitirem várias interpretações. Estes foram utilizados para enriquecer a qualidade do *feedback* para o CPP e para as equipes envolvidas no processo de implantação.

Quadro 7 – Descrição detalhada das metas, ações de mudanças para prática, indicadores e resultados no Ciclo 3 (passos 3, 5 e 6) para implantação da IHAC-Neo em unidades neonatais e maternidade de um hospital universitário na Região Sul do Brasil, Abril, 2016.

CICLO	METAS	AÇÕES	INDICADOR	RESULTADO	DURAÇÃO DO CICLO
3	<p>Passo 3</p> <p>INFORMAR TODAS AS GESTANTES HOSPITALIZADAS EM RISCO DE UM PARTO PREMATURO OU NASCIMENTO DE UM BEBÊ DOENTE SOBRE O MANEJO DA LACTAÇÃO E AM E OS BENEFÍCIOS DO AM.</p> <p>1 Aumentar para 60% as gestantes orientadas em relação ao AM do PT (gestantes em tratamento clínico).</p> <p>2 Aumentar para 85% as gestantes que realizaram visita guiada na UTIN durante internação prolongada (gestantes em tratamento clínico).</p>	<p>Para a família</p> <ul style="list-style-type: none"> Utilização da cartilha de orientações sobre o AM do PT para reunião semanal com todas as gestantes em tratamento clínico, independentemente da IG ou tempo de hospitalização, internadas na maternidade. (Ação desenvolvida com a presença da equipe multiprofissional de residentes por meio de rodas de conversas e atividade lúdica, utilizando tinta guache e pincel, para pintura na barriga da gestante com oportunidade para a participação do acompanhante. A abordagem das orientações transcorria no decorrer da atividade, porém ao final pedia-se um <i>feedback</i> aos participantes para assegurar a apreensão das orientações principais.) Cartazes de orientação para as gestantes em tratamento clínico afixados nos murais dos corredores e portas de acesso às enfermarias da maternidade, com a pergunta estimulante “VOCÊ SABIA?” sobre: o contato pele a pele, seus benefícios e a importância de realizá-lo o mais precoce e continuamente possível; a importância da sucção ou ordenha na 1ª hora após o nascimento; possibilidades de posição para amamentar o RNPT; as particularidades da prematuridade (possibilidade de UTIN/UCINCo, oxigenoterapia, internação prolongada etc.). Visita guiada na UTIN, realizada e acompanhada pelas enfermeiras residentes, com as gestantes internadas para tratamento clínico, 	<p>Indicador meta 1 Nº de gestantes orientadas / nº de gestantes internadas com estadia ≥ 7 dias $\times 100$ (gestantes em tratamento clínico). Como foi coletado Entrevista presencial com todas as gestantes internadas; livro-ata com registro de assinaturas das gestantes orientadas nas atividades da unidade; anotação de enfermagem.</p> <p>Indicador meta 2 Nº de gestantes que visitaram UTIN / nº de gestantes internadas há 7 dias, liberadas do repouso absoluto $\times 100$. Como foi coletado Entrevista presencial com todas as gestantes internadas; livro-ata com registro de assinaturas das gestantes que realizaram a visita guiada; anotação de enfermagem.</p>	<p>META 1 Março e abril/2016 (15 dias de auditoria) 100%</p> <p>META 2 Março e abril/2016 (15 dias de auditoria) 100%</p>	Jul. 2015-ago. 2015

	independentemente da IG ou tempo de hospitalização, liberadas do repouso absoluto.		
<p>Passo 5</p> <p>APRESENTAR ÀS MÃES COMO INICIAR E MANTER A LACTAÇÃO E ESTABELECEM PRECOCEMENTE O AM COM ESTABILIDADE DO BEBÊ COMO ÚNICO CRITÉRIO.</p> <p>1. Aumentar para 85% as puérperas orientadas quando e como iniciar a lactação.</p>	<p>Para a equipe</p> <ul style="list-style-type: none"> Utilização, pelos profissionais de saúde da maternidade, da cartilha de AM do PT para orientação das puérperas. Capacitação dos profissionais de saúde da maternidade no manejo do AM no PT e manejo da ordenhadeira de leite humano elétrica. (Realizadas estações práticas fora da unidade, no contraturno da escala de trabalho. Posteriormente, realizada prática individual da equipe técnica de enfermagem no horário de trabalho, beira-leito, sobre a técnica para ordenha manual, ordenha elétrica, translactação e uso do copo, quando necessário.) <p>Para a família</p> <ul style="list-style-type: none"> Grupo de orientação com as puérperas (roda de conversa). Cartazes de orientação, para as puérperas, pais e acompanhantes (apoio familiar), sobre a fisiologia da lactação, os mitos e verdades da amamentação, como a família pode ajudar na amamentação em casa, livre demanda – o que é, manejo da ordenha manual, possibilidades de posição para amamentar o RN, reconhecimento dos sinais de fome do bebê. <p>Para a equipe e a família</p> <ul style="list-style-type: none"> Cantinho da amamentação na maternidade. 	<p>Indicador meta 1</p> <p>Nº de puérperas \geq 24 horas pós-parto orientadas, internadas na maternidade / nº de puérperas \geq 24h pós-parto, internadas na maternidade \times 100.</p> <p>Como foi coletado</p> <p>Entrevista com todas as puérperas internadas; livro-ata com registro de assinaturas das puérperas que foram orientadas pela cartilha; anotação de enfermagem.</p>	<p>META 1</p> <p>Março e abril/2016 (15 dias de auditoria) 23%</p>
<p>Passo 6</p> <p>NÃO OFERECER AOS RN BEBIDA OU</p>	<p>Para a equipe</p> <ul style="list-style-type: none"> Elaboração dos critérios para manejo da hipoglicemia e complementação de leite em RN – fluxograma. 	<p>Indicador</p> <p>Nº de bebês complementados, sem critérios para complementação / nº de bebês</p>	<p>META 1</p> <p>Dezembro/2015 (15 dias de auditoria) 57%</p>

<p>ALIMENTO QUE NÃO SEJA O LEITE MATERNO, A NÃO SER QUE HAJA INDICAÇÃO MÉDICA.</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>1. Diminuir para 0% os bebês alojados complementados sem os critérios estabelecidos, ou seja, 100% dos bebês complementados devem estar de acordo com os critérios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitação teórica, com aula expositiva dialogada sobre o RNPTT e o manejo da hipoglicemia em RN. (Realizada para enfermeiras, docentes de enfermagem e médicos residentes da pediatria.) • Cartaz informativo, afixado no mural dos profissionais da maternidade, com o fluxograma do manejo da hipoglicemia para uniformizar condutas médicas entre os turnos e auxiliar na tomada de decisão das enfermeiras frente aos sinais e sintomas de hipoglicemia no RN. 	<p>alojados, sem critérios para complementação $\times 100$.</p> <p>Como foi coletado Prescrição médica; controle de glicemia capilar; anotação e controles de enfermagem (glicemia capilar, sinais de hipoglicemia, complementação, frequência, volume e tipo do leite ofertado).</p>	<p>*24% dos bebês alojados foram complementados. *43% dos bebês alojados foram complementados no 1º dia de vida. *29% dos bebês alojados foram complementados pelo menos uma vez nas primeiras 24h.</p> <p>Março e abril/2016 (15 dias de auditoria) 80%</p> <p>*78,2% dos bebês alojados não foram nenhuma vez complementados. *23,9% dos bebês alojados não tiveram nenhuma glicemia capilar realizada. *11,4% RN tiveram a glicemia capilar realizada antes da 1ª hora de vida, sem indicação correta. *27 a 39 mg/dL foi a variação encontrada para a glicemia capilar dos bebês complementados com critérios para fazê-lo. *10,8% dos RN foram complementados no 1º dia de vida. *17,3% dos RN foram complementados pelo menos uma vez nas 1º 24h de vida.</p>
--	---	--	--

*Resultado que efluiu da meta original (auditoria) devido aos dados de coleta permitirem várias interpretações. Estes foram utilizados para enriquecer a qualidade do *feedback* para o CPP e para as equipes envolvidas no processo de implantação.

Quadro 8 – Descrição detalhada das metas, ações de mudanças para prática, indicadores e resultados no Ciclo 4 (passo 10) para implantação da IHAC-Neo em unidades neonatais e maternidade de um hospital universitário na Região Sul do Brasil, Abril, 2016.

CICLO	METAS	AÇÕES	INDICADOR	RESULTADO	DURAÇÃO DO CICLO
	<p>Passo 10</p> <p>PREPARAR OS PAIS PARA CONTINUAR O AM E ASSEGURAR ACESSO AOS SERVIÇOS DE APOIO/GRUPOS APÓS A ALTA HOSPITALAR.</p> <p>1 Aumentar para 90% os RNPT com alta hospitalar da UCINCo que devem ser acompanhados no máximo em cinco dias após a alta (Ambulatório de Retorno Precoce da UN/HUL, AEHU ou VD).</p> <p>2 Aumentar para 90% os RNPT com alta hospitalar da maternidade que devem ser acompanhados no máximo em cinco dias após a alta (Ambulatório de Retorno Precoce da UN/HUL ou AEHU).</p>	<p>Para a família</p> <ul style="list-style-type: none"> VD para os PT < 34 semanas e/ou < de 1.500 g. <p>Para a instituição</p> <ul style="list-style-type: none"> Criação do ambulatório de AM anexo à UN. 	<p>Indicador meta 1</p> <p>Nº de RNPT agendados em um dos ambulatórios ou na VD em até cinco dias após a alta da UCINCo / nº de RNPT que receberam alta hospitalar da UCINCo × 100.</p> <p>Como foi coletado</p> <p>Agenda do ambulatório de AM da UN/HUL; ficha azul de admissão e registro do RN (agendamento na conduta para alta); agenda da VD.</p> <p>Indicador meta 2</p> <p>Nº de RNPT agendados em um dos ambulatórios ou na VD em até cinco dias após a alta da maternidade / nº de RNPT que receberam alta hospitalar da maternidade × 100.</p> <p>Como foi coletado</p> <p>Agenda do ambulatório de AM da UN/HUL; ficha azul de admissão e registro do RN (agendamento na conduta para alta).</p>	<p>META 1 Março e abril/2016 (15 dias de auditoria) 50%</p> <p>META 2 Março e abril/2016 (15 dias de auditoria) 85,7%</p>	Set. 2015-out. 2015

7 DISCUSSÃO

A presente pesquisa apresentou todo o processo de implantação de uma estratégia inédita no Brasil – a IHAC-Neo –, com práticas de apoio, incentivo e promoção do AM voltadas para UN. Isto já seria um desafio por si só; porém, o grupo de pesquisadores foi além, associando a essa proposta uma forma de implementá-la de modo eficaz e sustentável, por saber que implicaria em mudança de práticas, valores, crenças e paradigmas. Para isso, foi incorporada ao processo a utilização de uma metodologia de transferência de conhecimento para mudança de prática, baseada em evidência: o KT.

A partir das experiências de países desenvolvidos, o grupo de pesquisadores buscou formas de adaptar a IHAC-Neo à realidade brasileira e essa riqueza de diferenças será apresentada em estudos que compararam a implantação nos cinco centros regionais participantes da pesquisa multicêntrica, bem como a avaliação da adesão aos Dez Passos e Três Princípios Norteadores, realizada com mães e profissionais de saúde das unidades de intervenção e os dados de prevalência em AM antes e após intervenção.

Em relação à implantação no centro de pesquisa na região sul do Brasil, objeto do presente estudo, diversas foram as experiências vividas por todos os envolvidos durante todo o processo.

As facilidades que favoreceram todo o processo de implantação, independentemente do passo que estava sendo proposto foram: os membros da equipe de pesquisadores serem do serviço (mestrandas e docentes), conhecerem bem a unidade e a realidade/contexto do local de intervenção, além de possuir vínculos bem-estabelecidos com os demais membros da equipe; ademais, a presença de enfermeiras residentes que atuam diariamente como enfermeiras assistenciais nos setores da pesquisa atuarem como facilitadoras do processo, fazendo a ponte entre a evidência e a prática.

A equipe clínica de docentes e chefia médica das UN demonstraram interesse na proposta desde o início, apoiando e participando ativamente da elaboração das estratégias de mudança; houve também apoio irrestrito e participação ativa da coordenadora de enfermagem das UN, tanto como participante do CPP como assumindo tarefas específicas como a elaboração da política, normas e rotinas para as novas práticas.

O relacionamento profissional já era estabelecido de forma respeitosa entre os participantes, principalmente do CPP, permitindo um trabalho compartilhado das decisões. Nenhuma categoria era hierarquicamente detentora de todas as decisões, mas estas eram discutidas e compartilhadas com todas as categorias.

Um grande desafio foi a apropriação da metodologia do KT. O próprio grupo de pesquisadores e os membros do CPP foram se apropriando aos poucos da forma de implementar a EPIQ; as estratégias eram pensadas com mais facilidade, mas pensar em metas e indicadores para as metas era menos natural para os participantes. Além disso, como o CPP era formado principalmente por profissionais de nível superior e docentes; eles entendiam que não precisava ser apresentado às evidências no CPP, pois já tinham conhecimento do valor das estratégias propostas. Acreditavam que deveriam ser apresentados apenas para as equipes das unidades, nos momentos de propor as novas condutas.

O contexto político durante da implantação do processo por vezes não foi favorável, principalmente no que dizia respeito a recursos humanos, como referido no momento de expor as barreiras para a implantação (Quadro 4), porém observou-se o envolvimento da equipe nas mudanças, apesar do contexto.

A falta de pessoal, equipamento e recursos financeiros pode tornar a mudança mais difícil. Às vezes a mudança pode ser considerada um fardo e ineficiente. Contextos que são direcionados para a realização de tarefas, com poucos recursos e estruturas ineficientes são menos receptivos à mudança (STEVENS et al., 2011).

Dessa forma, apesar do contexto favorável ser um dos pilares da proposta do PARIHS, pode haver mudança se a equipe estiver motivada. Nesse sentido, o desenvolvimento da estratégia EPIQ foi favorável a manter a equipe mobilizada para as mudanças.

Outro fator que envolveu o contexto da implantação foram algumas facilidades encontradas no fato de o hospital em questão já ter implantado as práticas preconizadas no IHAC convencional; por exemplo, a proibição do uso de mamadeiras e chupetas, o AC na maternidade e também a equipe das UN já terem sido capacitadas no MC, que inclui várias práticas de cuidado desenvolvimental, como contato pele a pele e algumas práticas de inclusão da família nos cuidados.

Também foi facilitador a existência do projeto Uma rede de apoio à família prematura, realizado pelas enfermeiras residentes que adotam as famílias para

acompanhamento desde o nascimento, durante toda a internação, com VD antes e após a alta e acompanhamento ambulatorial até um ano de vida (idade corrigida).

Houve dificuldades enfrentadas em diversos momentos durante o processo de implantação, que precisaram ser superadas para que a proposta chegasse ao seu término. Entre elas, a equipe de pesquisadores presenciou momentos de desmotivação do CPP por ser um período muito longo de implantação, dificultando a participação nas reuniões agendadas. Manter a motivação em um processo tão longo com tantas mudanças ao mesmo tempo foi um grande desafio.

Enfrentamos, também, no meio do processo, uma greve institucional por um pouco mais de cem dias e essa interrupção desmobilizou o CPP e as equipes, demandando muito esforço para a retomada do processo e novamente o envolvimento das pessoas com as mudanças.

Questões importantes de infraestrutura também contribuíram para o atraso no processo de implantação dos passos, como a inundação ocorrida na UTIN, pelo desabamento do telhado devido às chuvas fortes, forçando a mudança da UTIN para outro ambiente, local inapropriado para a realização das práticas do IHAC-Neo (como a permanência das mães durante a noite), mais dificuldades ainda de espaço para permanência das mães durante o dia para canguru, interrupção de horário de visitas para familiares, estresse e sobrecarga da equipe, entre outros.

Discorrendo sobre cada passo, no passo 1, do ciclo 1, a primeira dificuldade enfrentada foi em relação à elaboração da política de AM para as UN, pois a equipe sentia a necessidade de tê-la elaborada de forma completa e pormenorizada logo no início do processo. Aos poucos, o grupo foi compreendendo que nesse momento apenas seria estabelecido um conjunto de políticas mais generalizadas e que, ao longo do processo, à medida que fossemos construindo normas, rotinas, critérios e protocolos para as mudanças que seriam implantadas, estas iriam sendo incorporadas à política adotada. Desta forma, o término deste passo especificamente ocorreu apenas no último mês da implantação, quando foram reunidos em um único material que foi impresso e mantido em uma pasta dentro da unidade para consulta dos profissionais e posterior capacitação de novos contratados, alunos e residentes da instituição. Também foram mantidos expostos os *banners* com os passos referentes a cada unidade.

Outra atividade realizada inúmeras vezes durante todo o processo foi a capacitação dos profissionais de saúde das diferentes unidades, referente ao passo

2, ciclo 1 (Quadro 6). Essas capacitações iniciaram com a sensibilização de todos sobre os Dez Passos e Três Princípios Norteadores da IHAC-Neo, seguida de capacitações sobre manejo do AM, entre outras. Essa meta foi praticamente atingida (78,2% de 80% estabelecido).

As dificuldades encontradas foram no agendamento das capacitações, em decorrência dos horários disponíveis entre os profissionais e viáveis para a equipe. Algumas aconteceram nos horários de trabalho, dentro do setor, sendo, por vezes, tumultuado pelas interrupções e ruídos, mas era a forma de conseguir alcançar toda a equipe.

Para outras categorias de profissionais, conseguimos fazer em horários diferentes do horário de trabalho. Estas foram muito produtivas e eficientes para todos os participantes, em local mais apropriado para as capacitações de um maior número de participantes (sala de treinamento e equipamentos adequados).

Importante também foi o apoio da instituição, no sentido de oficializar para a equipe as horas de capacitação que serão creditadas para ascensão no plano de cargos e salários. Essa é uma estratégia que impacta a motivação dos participantes, funcionários da instituição. Para os alunos/residentes, as capacitações também geraram certificados.

Esse passo, porém, sobrecarregou a equipe de pesquisadores e equipes da unidade que realizavam as mesmas e não tinham somente essa atividade para cumprir, pois eram muitas pessoas para treinar e uma diversidade de temas. Além disso, capacitações que já haviam sido realizadas precisaram ser repetidas, pois houve rotatividade de membros da equipe de enfermagem e de residentes tanto de enfermagem como de medicina, exigindo novos treinamentos depois de um ano.

Algo valioso nesse momento de capacitação foi o fato de os conteúdos abordados nas capacitações terem como foco a área de interesse de cada grupo: obstetras, pediatras, enfermeiras coordenadoras, técnicos de enfermagem, auxiliares operacionais (rouparia, higiene etc.). Acreditamos que isso contribuiu para um aprendizado mais significativo a cada participante.

Vale ressaltar que para as pessoas envolvidas no processo a comunicação é essencial. Participantes de uma pesquisa referiram que gostariam de ser informados das mudanças por meio de diversos métodos de comunicação, mas especialmente face a face ou material impresso atualizado, para que compreendam por que a

mudança é importante e não apenas ser inundados com informações (STEVENS et al., 2007).

Isso também foi observado nas capacitações realizadas neste estudo, quando os participantes se sentiam envolvidos no processo e sentiam-se valorizados ao serem incluídos nas discussões dos temas. A informação sobre as evidências por meio das capacitações presenciais gerou motivação nos profissionais para as mudanças.

Em relação ao passo 7, a crença de que os pais têm o direito a ficar 24 horas por dia já era presente nos profissionais, mas a estrutura física inadequada, exposta nas barreiras percebidas pelos profissionais (Quadro 4), sempre foi usada como justificativa para sua não permanência em tempo integral. Essa foi uma mudança significativa ao longo do processo, mediada pela adesão de todos à campanha de aquisição de poltronas e sofás-camas, que mobilizou a equipe no sentido de entender a importância da prática. Dessa forma, a meta foi atingida.

Vale ressaltar que foi essencial para a concretização de tal meta a motivação da equipe na campanha de arrecadação de recursos para compra das poltronas e o apoio da coordenação da unidade e da diretoria de enfermagem do hospital.

A falta de recursos financeiros da instituição para aquisição de uma poltrona para cada leito e a falta de espaço na UCINCo, que não comporta uma poltrona grande e confortável para cada mãe/pai, continuam sendo desafios a serem vencidos. Por isso, foi necessário estabelecer prioridades para a permanência das mães, principalmente na UCINCo.

Algumas crenças permeavam a equipe sobre a permanência integral dos pais. Alguns membros da equipe ainda consideram que as mães não precisam dormir na unidade, que “precisam descansar para ter leite” ou, ainda, que os pais não entendem a importância da permanência 24 horas e faz parte do planejamento deles ir para casa para dormir.

No passo 4, do ciclo 2, a busca de evidências para a discussão dos critérios de estabilidade do bebê para o contato pele a pele foi essencial para sua implantação.

A diversidade de critérios na literatura sobre o que é estabilidade clínica para o cuidado canguru dificultou o consenso no CPP, porém, após validados no CPP, o estabelecimento dos critérios de estabilidade do bebê para o contato pele a pele foi determinante para a segurança da equipe em indicar e realizar o cuidado. Ela

empoderou a equipe, principalmente a responsável pelo cuidado diário, para decidirem sobre a realização do cuidado, sem precisar solicitar autorização e depender da decisão de quem estivesse de plantão no período.

Também foram desenvolvidas estratégias voltadas para a orientação e estimulação dos pais para a importância da permanência na UTIN e UCINCo para o cuidado canguru com cartazes contendo evidências científicas sobre essa prática, fixados na sala de permanência dos pais, bem como incentivos individuais para essa prática, à beira do leito.

Outra estratégia que surtiu efeito muito positivo foi o lançamento do concurso com premiação para a mãe que fizesse mais tempo de cuidado canguru, cuja premiação seria um ensaio fotográfico *newborn* após a alta. Os técnicos de enfermagem também participaram de um concurso com premiação para aquele que colocasse mais bebês em contato pele a pele, por mais tempo. Essas estratégias foram bem-sucedidas na mobilização dos participantes e determinantes para o alcance da meta.

A meta foi atingida apenas na UTIN e não foi atingida na UCINCo e no AC na primeira hora de vida. Ainda nos deparamos com as justificativas da não realização desse cuidado relacionadas: à falta de tempo da equipe devido à sobrecarga de trabalho; à resistência da equipe para encaminhar as mães da UCINCo para a sala de permanência de mães com seus bebês em posição canguru, uma das estratégias estabelecidas no processo; e à falta de recursos humanos para abertura da UCINCa, que poderia melhorar ainda mais a realização desse cuidado. Quando se refere aos RNPTT em AC, ainda há algumas crenças da equipe de não considerar necessário o contato pele a pele dos PT que estão internados no setor, apenas na UTIN e UCINCo. Mas já houve um início de sensibilização da equipe por meio das capacitações da pesquisa. Acreditamos que possa ser melhorado até o ponto que todos os bebês que tiverem critério para o cuidado canguru possam usufruir desse benefício.

No passo 8 do ciclo 2, com a estratégia de possibilitar à mãe dormir na unidade no mínimo três dias antes da alta do bebê, a equipe pôde perceber que isto é possível, viável e traz benefícios, principalmente aumentando a possibilidade de estabelecer a livre demanda na UCINCo e aumentar a chance de AME na alta. O alcance das metas demonstrou isso em relação ao aumento dos bebês em livre demanda internados na UCINCo e à permanência das mães por pelo menos oito

horas em AC parcial na UCINCo. Não foi atingida a meta estabelecida para a pernoite das mães por pelo menos três dias antes da alta do bebê, pelos motivos citados no passo 7.

Quanto à semidemanda, estratégia de transição para o AME, não foi possível sua viabilização, pois a equipe de saúde não tem a compreensão dos benefícios – isto acrescido à falta de segurança para estabelecer tal conduta como rotina na unidade. A equipe sente dificuldade de confiar na capacidade da mãe/pai avaliar a saciedade do filho e, desta forma, deixar a mãe decidir sobre a complementação ou não de seu filho. Como havia muitas outras mudanças acontecendo ao mesmo tempo, optamos por adiar essa percepção para outro momento mais oportuno.

Em relação ao passo 9, do ciclo 2, a translactação já era uma prática consolidada nas UN, mas não no AC da maternidade. Para isso, foram realizadas capacitações específicas para aqueles profissionais. As UN têm como conduta, anterior à IHAC-Neo, a transição exclusivamente da sonda ao peito, sem uso do copinho.

Como HAC, a utilização de mamadeiras já não fazia parte da rotina e a sucção não nutritiva era admitida para procedimentos dolorosos. Dessa forma, a existência do protocolo auxiliou a elaboração de outro, ampliando seu uso para demais situações. A necessidade de estabelecê-lo surgiu no próprio CPP.

As metas foram bem específicas nesse passo e também uma importante mudança para o serviço. Diziam respeito à não utilização de um “dedo de luva” em substituição à chupeta, com a justificativa de precisar “acalmar” o bebê choroso. Essa prática foi extinta, atingindo a meta e os critérios de sucção não nutritiva e o aumento do contato pele a pele e permanência da mãe/pai na unidade poderão auxiliar na manutenção dessa importante conquista.

Na ocasião da implantação dos passos do ciclo 3, ficou evidente a necessidade da criação de um grupo paralelo para trabalhar com os passos relacionados à maternidade. Desta forma, reuniões com a equipe da maternidade foram desenvolvidas, obedecendo aos mesmos passos propostos na EPIQ, convalidando as metas e estratégias no CPP. Essa foi uma adaptação necessária, pois inicialmente não tivemos adesão do grupo da maternidade no CPP, apesar de convidados a participar.

Nesse sentido, o passo 3 atingiu a meta de informar às gestantes internadas o manejo do AM na eventualidade do parto prematuro e a introdução da prática de

visita guiada das mesmas à UTIN. A elaboração da cartilha de orientação para ser utilizada na reunião semanal com as gestantes (Apêndice I) foi uma importante ação para o alcance da meta.

Porém, os resultados da auditoria das metas para orientação às puérperas quanto ao início do AM e sua manutenção foi frustrante para a equipe. Longe de atingir a meta, a equipe não tem a compreensão do porquê desse resultado, uma vez que se percebe orientando as mães diariamente. A cartilha citada no passo 3 também foi utilizada para as puérperas.

Talvez o mau desempenho se justifique pela situação estressante vivida pelas mães de terem seus filhos internados na UTIN e não assimilarem adequadamente as informações sobre o AM, já que a situação clínica grave de seu filho se torna sua maior preocupação. Da mesma forma que em outros passos, a sobrecarga de trabalho da equipe, que também ocorre na maternidade, pode levar a considerar outras atividades como prioridade sobre a orientação das gestantes e puérperas, individual ou em grupo. Por se tratar de uma maternidade de alto risco, são frequentes as situações de urgência que se sobrepõem à rotina habitual. Falta ainda aumentar a conscientização das equipes da maternidade no sentido de demonstrar que o AM é responsabilidade de todos que atuam com as mulheres e os seus bebês, e não apenas das UN e BLH.

Os pontos positivos em relação aos passos implantados na maternidade foram a motivação das enfermeiras da maternidade em assumirem seu papel no incentivo à amamentação do PT e à realização de capacitação específica para enfermeiras e equipe de enfermagem da maternidade, melhorando a segurança dos mesmos para esse manejo.

No passo 6, apesar da meta não ter sido atingida, o decréscimo do uso da complementação em bebês sem indicação foi substancial e significativo. Isso foi possível com a elaboração do protocolo para complementação e a capacitação no protocolo da equipe médica e de enfermagem, dando maior segurança para sua prescrição e realização. Desta forma foi combatida a “cultura da complementação” sem o devido critério e a uniformização da linguagem entre a equipe médica e de enfermagem na prescrição do complemento. O sucesso da implantação da estratégia contou com a motivação e adesão da equipe pós-estabelecimento de critérios para complementação e capacitação em hipoglicemia. Vale ressaltar que a equipe médica pediátrica protagonizou o processo de estabelecimento de critérios.

No passo 10 do ciclo 4, a concretização da ação de implantar um ambulatório precoce exclusivo para AM, próximo à UN, foi bem-recebida por toda a equipe desde o início do processo. Com a presença das enfermeiras-residentes em neonatologia, que já acompanham a família desde o nascimento até a alta, o atendimento ficou satisfatoriamente estabelecido. A meta para os bebês de alta do AC foi praticamente atingida (85,7% de 90%), porém para os bebês de alta da UCINCo ficou aquém do esperado (50% de 90%). Este resultado da auditoria não foi compreendido pela equipe de implantação, pois percebe-se uma presença expressiva das mães no acompanhamento. Buscou-se como justificativa, provavelmente, a falta do registro desse atendimento, que foi a forma utilizada para os que coletaram os dados da auditoria. Esse ambulatório está atuante, mesmo depois do término da pesquisa e tem sido bem-sucedido.

Destaca-se que o acompanhamento do PT com peso de nascimento menor de 1.500 g e suas famílias, conduzido pela equipe médica e de enfermagem continua mantido no ambulatório do AEHU, mas amplia sua atuação no ambulatório de retorno precoce anexo à UN, com foco na manutenção da amamentação pós-alta.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo de caso teve como objetivo apresentar o rico processo de implantação de uma estratégia para melhoria das práticas de AM de PT em UN – a IHAC-Neo –, utilizando um marco teórico-metodológico ainda pouco conhecido no Brasil, o KT, guiado pelo referencial metodológico PARIHS.

Pelos dados, observa-se que, à medida que cada etapa foi apresentada no decorrer do trabalho, pôde-se constatar expressivo engajamento dos envolvidos na implementação dos diferentes ciclos, resultando em mudanças significativas da prática, demonstradas no alcance da maioria das metas estabelecidas.

As barreiras e facilitadores percebidos pelos profissionais no início da fase de preparação foram realmente observadas no decorrer da implantação, mas ressalta-se que a busca pela superação das mesmas é que atribuiu êxito ao processo de mudança.

Destacamos algumas conquistas importantes para a mudança das práticas da unidade para promoção, apoio e manejo do AM dos PT, resultantes do processo de implantação: adequação da planta física e acomodação para permanência das famílias o maior tempo possível nas unidades; elaboração de diversos protocolos clínicos baseados em evidência, uniformizando as condutas entre os membros da equipe multiprofissional: critérios de estabilidade para realizar contato pele a pele; fluxograma para hipoglicemia/necessidade de complementação; elaboração de cartilhas de orientação; inclusão de local específico na prescrição de enfermagem para a anotação do contato pele a pele; confecção de malhas para posicionamento confortável do bebê em contato pele a pele; estímulo para sua realização na maternidade com os PTT e não apenas os PT da UTIN e UCINCo; visita das gestantes internadas na maternidade à UN.

O desafio que se apresenta agora é a proposição de estratégias de sustentabilidade. Algumas propostas foram: manutenção das reuniões do CPP em períodos determinados; continuidade da realização de auditorias e *feedbacks* de forma sistematizada; capacitações frequentes para incluir os recém-admitidos e novos residentes sobre o IHAC-Neo; práticas adotadas na unidade para incentivo do AM do PT; e manutenção da prática de apresentar novas evidências à equipe de saúde sobre os temas pertinentes à sua atividade.

Espera-se poder contribuir para que outros serviços de saúde possam vislumbrar possibilidades por meio da descrição do processo vivido e que, dentro de cada realidade local e em qualquer situação de saúde que exija incorporação de evidências para a efetiva e sustentável mudança da prática, seja possível ver na experiência aqui exposta um caminho.

REFERÊNCIAS

- ABRAHAMAS, S. W.; LABBOK, M. H. Exploring the impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on trends in exclusive breastfeeding. **International Breastfeeding Journal**, n. 4, p. 11, 2009. Disponível em: <<https://internationalbreastfeedingjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1746-4358-4-11>>. Acesso em: 6 mar. 2017. doi: 10.1186/1746-4358-4-11
- ALMEIDA, G. G.; SPIRI, W. C.; JULIANI, C. M. C. M.; PAIVA, B. S. R. Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno em um hospital universitário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 2, p. 487-94, 2008.
- ALVES-MAZZOTTI, A. J. Usos e abusos dos estudos de caso. **Cadernos de Pesquisa**, v. 36, n. 129, 2006.
- ARAÚJO, M. F. M.; SCHMITZ, B. A. S. Doze anos de evolução da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 22, n. 2, p. 91-9, 2007.
- ARMSTRONG, R.; WATERS, E.; CROCKETT, B. The nature of evidence resources and knowledge translation for health promotion practitioners. **Health Promotion International**, v. 22, n. 3, p. 254-60, 2007.
- AZEVEDO, M. de; CUNHA, M. L. C. da. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em prematuros no primeiro mês após a alta hospitalar. **Clinical & Biomedical Research**, v. 33, n. 1, p. 40-9, 2013. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/37653>>. Acesso em: 5 mar. 2017.
- BENOIT, B; SEMENIC, S. Barriers and facilitators to implementing the Baby-Friendly hospital initiative in neonatal intensive care units. **Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing**, v. 43, n. 5, p. 614-24, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25143255>>. Acesso em: 08 nov. 2014. doi: 10.1111/1552-6909.12479.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: MS, 2009.
- _____. Ministério da Saúde. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. Brasília: MS, 2011a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru**. 2. ed. Brasília: MS, 2011b.
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de ética em Pesquisa. **Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: MS,

2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Datasus. **Nascidos vivos – Brasil – Dados preliminares**. Brasília: MS, 2015a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/pnvuf.def>>. Acesso em: 8 mar. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Datasus. **Nascidos vivos – Paraná – Dados preliminares**. Brasília: MS, 2015b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/pnvpr.def>>. Acesso em: 8 mar. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Datasus. **Óbitos infantis – Brasil – Dados preliminares**. Brasília: MS, 2015c. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/pinf10uf.def>>. Acesso em: 8 mar. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Datasus. **Óbitos infantis – Paraná – Dados preliminares**. Brasília: MS, 2015d. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/pinf10pr.def>>. Acesso em: 8 mar. 2017.

BRITO, A. S. J. **Memorial** [mensagem pessoal]. Recebido por <vcres@hotmail.com> em 14 nov. 2014.

BRITO, A. S. J.; NAGASAWARA, O.; MONTI, L. Alta a recém-nascidos prematuros ou de baixo peso. **Jornal de Pediatria**, v. 5, n. 1, p. 42-5, 1980.

BRITO, A. S. J.; THOMSON, Z.; MUARREK, M. et al. Um programa de estímulo ao aleitamento materno: avaliação prévia. **Jornal de Pediatria**, v. 46, n. 3, p. 155-9, 1979.

CANADIAN INSTITUTES OF HEALTH RESEARCH . **Knowledge translation**. Ottawa, 2011. Disponível em: <<http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/29418.html>>. Acesso em: ago. 2014.

_____. **A guide to researcher and knowledge-user collaboration in health research**. Ottawa, 2015. Disponível em: <<http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/44954.html>>. Acesso em: mar. 2016.

CARVALHO, A. B. R.; BRITO, A. S. J.; THOMSON, Z. Crescimento de crianças alimentadas com leite materno exclusivo. **Jornal de Pediatria**, v. 68, n. 9/10, p. 328-34, 1992.

DAVIS, D.; EVANS, M.; JADAD, A. et al. The case for knowledge translation: shortening the journey from evidence to effect. **British Medical Journal**, v. 327, p. 33-5, 2003.

- DEMIRCI, J. R.; SEREIKA, S. M.; BOGEN, D. Prevalence and predictors of early breastfeeding among late preterm mother-infant dyads. **Breastfeeding Medicine**, v. 8, n. 3, p. 277-85, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3663454/pdf/bfm.2012.0075.pdf>>. Acesso em: 3 mar. 2017.
- DOGHERTY, E. J.; HARRISON, M. B.; BAKER, C.; GRAHAM, I. D. Following a natural experiment of guideline adaptation and early implementation: a mixed-methods study of facilitation. **Implementation Science**, n. 7, p. 9, 2012. doi: 10.1186/1748-5908-7-9
- DOPSON, S.; FITZGERALD, L.; FERLIE, E. et al. No magic targets! Changing clinical practice to become more evidence based. **Health Care Management Review**, 2002, n. 27, v. 3, p. 35-47.
- EDMOND, K. M.; ZANDOH, C.; QUIGLEY, M. A. et al. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. **Pediatrics**, v. 117, n. 3, p. 380-6, 2006.
- ESCUDE, M. M. L.; VENÂNCIO, S. I.; PEREIRA, J. C. Estimativa de impacto da amamentação sobre a mortalidade infantil. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. 319-25, 2003.
- FIGUEREDO, S. F.; MATTAR, M. J. G.; ABRÃO, A. C. F. V. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: uma política de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 3, p. 459-63, 2012.
- FINEOUT-OVERHOLT, E.; GALLAGHER-FORD, L.; MELNYK, B. M.; STILLWEL, S. B. Evaluating and disseminating the impact of an evidence-based intervention: show and tell – After the data are gathered and analyzed, it's time to share what you've learned. **American Journal of Nursing**, v. 111, n. 7, p. 56-59, 2011.
- GAGNON M. P.; ATTIEH, R.; GHANDOUR, E. K. et al. A systematic review of instruments to assess organizational readiness for knowledge translation in health care. **Plos One**, n. 4, 2014. doi: 10.1371/journal.pone.0114338
- GRAHAM, I. D.; LOGAN, J.; HARRISON; M. B. et al. Lost in knowledge translation: time for a map? **Journal of Continuing Education in the Health Professions**, v. 26, n. 1, p. 13-24, 2006.
- HAIEK, L. Measuring compliance with the Baby-Friendly Hospital Initiative. **Public Health Nutrition**, v. 15, n. 5, p. 894-905, 2011.
- HANSEN, M. N; BÆRUG, A; NYLANDER, G. et al. Challenges and successes: the Baby-Friendly Initiative in Norway. **Journal of Human Lactation**, v. 28, n. 3, p. 285-8, 2012.
- HARVEY, G. The many meanings of evidence: implications for the translational science agenda in healthcare. **International Journal of Health Policy and Management**, v. 1, n. 3, p. 187-8, 2013. doi: 10.15171/ijhpm.2013.34

HARVEY, G.; LOFTUS-HILLS, A.; RYCROFT-MALONE, J. et al. Getting evidence into practice: the role and function of facilitation. **Journal of Advanced Nursing**, v. 37, n. 6, p. 577-88, 2002. doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02126.x

HAWKINS, S. S; STERN, A. D; BAUM, C. F et al. Evaluating the impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on breast-feeding rates: a multi-state analysis. **Public Health Nutrition**, v. 18, n. 2, p. 189-197, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4163534/pdf/nihms599888.pdf>> Acesso em: 28 fev.2017. doi:10.1017/S1368980014000238.

HORTA, B. L.; VICTORA, C. G. Long-term effects of breastfeeding: a systematic review. Geneva: WHO, 2013.

ILES, V.; SUTHERLAND, K. Organisational Change: a review for health care managers, professionals and researchers. London: **NCCSDO**, 2001.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Redesigning continuing education in the health professions**. Washington, DC: The National Academies Press, 2010.

JONES, G.; STEKETEE, R. W.; BLACK, R. E. et al. Child survival II – How many child deaths can we prevent this year? **The Lancet**, v. 362, n. 9.377, p. 65-71, 2003.

KAVANAGH, T.; STEVENS, B.; SEERS, K. et al. Examining appreciative inquiry as a knowledge translation intervention in pain management. **Canadian Journal of Nursing Research**, v. 40, n. 2, p. 40-56, 2008. Disponível em: <<http://www.ingentaconnect.com/content/mcgill/cjnr/2008/00000040/00000002/art00005?crawler=true>>. Acesso em: 16 abr. 2017.

KITSON, A. L.; HARVEY, G.; MCCORMACK, B. Enabling the implementation of evidence based practice: a conceptual framework. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 7, n. 3, p. 149-58, 1998.

KITSON, A. L.; RYCROFT-MALONE, J.; HARVEY, G. et al. Evaluating the successful implementation of evidence into practice using the PARIHS framework: theoretical and practical challenges. **Implementation Science**, v. 3, n. 1, 2008. Disponível em: <<http://www.implementationscience.com/content/pdf/1748-5908-3-1.pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2017.

KRIEBS, M.; BAKEWELL-SACHS, S. Change is the challenge. **Journal of Perinatal & Neonatal Nursing**, v. 26, n. 3, p. 187-9, 2012. doi: 10.1097/JPN.0b013e318262464e

LEE, S. K.; AZIZ, K.; SINGHAL, N. et al. Improving the quality of care for infants: a cluster randomized controlled trial. **Canadian Medical Association Journal**, v. 181, n. 8, p. 469-76, 2009.

MAASTRUP, R.; HANSEN, B. M.; KRONBORG, H. et al. Factors associated with exclusive breastfeeding of preterm infants. results from a prospective national cohort study – Exclusive breastfeeding of preterm infants. **Plos One**, v. 9, n. 2, e89077, 2014a. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3929624/pdf/pone.0089077.pdf>>. Acesso em: 6 mar. 2017.

_____. Breastfeeding progression in preterm infants is influenced by factors in infants, mothers and clinical practice: the results of a national cohort study with high breastfeeding initiation rates. **Plos One**, v. 9, n. 9, e108208, 2014b. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4177123/pdf/pone.0108208.pdf>>. Acesso em: 29 mar. 2017. doi: 10.1371

MARCELLUS, L.; HARRISON, A. Quality improvement for neonatal nurses, part I: a framework for advancing the quality and safety of care. **Neonatal Network**, v. 31, n. 2, p. 81-8, 2012.

MARTINS, G. A. Estudo de caso: uma reflexão sobre a aplicabilidade em pesquisas no Brasil. **Revista de Contabilidade e Organizações**, v. 2, n. 2, p. 8-18, 2008.

MASLACH, C.; JACKSON, S. E.; SCHWAB, R. L. **Maslach Burnout Inventory – Educators Survey (MBI – ES)**. In: MASLACH, C.; JACKSON, S. E.; LEITER, M. P. (Eds.). **MBI – Test manual**. 3. ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press, 1996.

MELNYK, B. M. et al. Igniting a spirit of inquiry: an essential foundation for evidence-based practice – How nurses can build the knowledge and skills they need to implement EBP. **American Journal of Nursing**, v. 109, n. 11, p. 49-52, 2009.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E.; STILLWELL, S. B. 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**, v. 110, n. 1, p. 51-3, 2010.

MINAYO, M. C. S. Mudança: conceito-chave para intervenções sociais e para avaliação de programas. In: **Avaliação por triangulação de métodos – Abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 53-70.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

MOEN, R.; NORMAN, C. **Evolution of the PDCA Cycle**. 2006. Disponível em: <<http://pkpinc.com/files/NA01MoenNormanFullpaper.pdf>>. Acesso em ago. 2016.

NARCHI, N. Z.; FERNANDES, R. A. Q.; GOMES, M. M. F. et al. Análise da efetividade de um programa de incentivo ao aleitamento materno exclusivo em comunidade carente na cidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, v. 5, n. 1, p. 87-92, 2005.

NASCIMENTO, M. B. R.; ISSLER, H. Breastfeeding the premature infant: experience of a Baby-Friendly Hospital in Brazil. **Journal of Human Lactation**, v. 21, n. 1, p. 47-52, 2005.

NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR METHODS AND TOOLS. **PARIHS framework for implementing research into practice**. Hamilton, ON: Mc Master

University, 2011. Disponível em: <<http://www.nccmt.ca/registry/view/eng/85.html>>. Acesso em: 26 ago. 2013.

NYQVIST, K. H. Early attainment of breastfeeding competence in very preterm infants. **Acta Paediatrica**, v. 97, n. 6, p. 776-81, 2008.

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

NYQVIST, K. H.; HÄGGKVIST, A. P.; HANSEN, M. N. et al. Expansion of the ten steps to successful breastfeeding into neonatal intensive care: expert group recommendations for three guiding principles. **Journal of Human Lactation**, v. 28, n. 3, p. 289-296, 2012. Disponível em: <<http://jhl.sagepub.com/content/28/3/289>>. Acesso em: 25 ago. 2013.

_____. Expansion of the Baby-Friendly Hospital Initiative ten steps to successful breastfeeding into neonatal intensive care: expert group recommendations. **Journal of Human Lactation**, v. 29, n. 3, p. 300-9, 2013.

NYQVIST, K. H.; MAASTRUP, R.; HANSEN, M. N. et al. Neo-BFHI: the Baby-Friendly Hospital Initiative for Neonatal Wards – **Core document with recommended standards and criteria**. Nordic and Quebec Working Group, 2015. Disponível em: <<http://www.ilca.org/learning/resources>>. Acesso em: 20 fev. 2017.

PINEDA, R. G. Predictors of breastfeeding and breastmilk feeding among very low birth weight infants. **Breastfeed Medicine**, v. 6, n. 1, p. 15-9, 2011. Disponível em: <<https://www.researchgate.net/publication/46106857>>. Acesso em: 11 mar. 2017.

RENFREW, M. J.; CRAIG, D.; DYSON, L. et al. Breastfeeding promotion for infants in neonatal units: a systematic review and economic analysis. **Health Technology Assessment**, v. 13, n. 40, p. 1-146, 2009.

RICE, S. J.; CRAIG, D.; MCCORMICK, F. et al. Economic evaluation of enhanced staff contact for the promotion of breastfeeding for low birth weight infants. **International Journal of Technology Assessment in Health Care**, v. 26, n. 2, p. 133-40, 2010.

ROLLINS, N. C.; BHANDARI, N.; HAJEEOBHOY, N. et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? **The Lancet**, v. 387, n. 30, p. 491-504, 2016. Disponível em: <<https://www.researchgate.net/publication/292150332>>. Acesso em: 22 fev. 2016.

RYCROFT-MALONE, J. The PARIHS framework: a framework for guiding the implementation of evidence-based practice. **Journal of Nursing Care Quality**, v. 19, n. 4, p. 297-304, 2004.

_____. From knowing to doing-from the academy to practice. Comment on “the many meanings of evidence: implications for the translational science agenda in

healthcare". **International Journal of Health Policy and Management**, v. 2, n. 1, p. 45-46, 2014.

RYCROFT-MALONE, J.; HARVEY, G.; SEERS, K. et al. An exploration of the factors that influence the implementation of evidence into practice. **Journal of Clinical Nursing**, v. 13, p. 913-24, 2004.

RYCROFT-MALONE, J; KITSON, A.; HARVEY, G. et al. Ingredients for change: revisiting a conceptual framework. **BMJ Quality & Safety**, v. 11, n. 2, p. 174-80, 2002.

SAHARNAZ, N.; GHOLAMI, J.; YAZDIZADEH, B. al. Research's practice and barriers of knowledge translation in Iran. **Iranian Journal of Public Health**, v. 43, n. 7, p. 968-80, 2014.

SASSÁ, A. H.; LOPES, C. G.; BENGOZI, T. M. Prevalence of breastfeeding in premature infants with very low birth weight in the first six months of life. **Acta Scientiarum – Health Sciences**, v. 35, n. 2, p. 151-9, 2013.

SCOCHI, C. G. S.; FERREIRA, F. Y.; GÓES, F. S. N. et al. Alimentação láctea e prevalência do aleitamento materno em prematuros durante internação em um hospital amigo da criança de Ribeirão Preto – SP, Brasil. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 7, n. 2, p. 145-54, 2008. Disponível em: <<https://www.researchgate.net/publication/240989579>>. Acesso em: 26 ago. 2013.

SEMENIC, S.; CHILDERHOSE, J. E.; LAUZIÈRE, J. et al. Barriers, facilitators, and recommendations related to implementing the Baby-Friendly Initiative (BFI): an integrative review. **Journal of Human Lactation**, v. 28, n. 3, p. 317-34, 2012.

SHIN, H.; WHITE-TRAUT, R. The conceptual structure of transition to motherhood in the neonatal intensive care unit. **Journal of Advanced Nursing**, v. 58, n. 1, p. 90-8, 2007.

SHOJANIA, K. G.; GRIMSHAW, J. M. Evidence-based quality improvement: the state of the science. **Health Affairs**, v. 24, n. 1, p. 138-50, 2005. doi: 0.1377/hlthaff.24.1.138

SOUZA, S. N. D. H.; MIGOTO, M. T.; ROSSETTO, E. G et al. Prevalência de aleitamento materno e fatores associados no município de Londrina – PR. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 1, p. 29-35, 2012.

ST-CYR TRIBBLE, D.; GALLAGHER, F.; BELL, L. et al. Empowerment interventions, knowledge translation and exchange: perspectives of home care professionals, clients and caregivers. **BMC Health Services Research**, v. 8, p. 177, 2008.

STEVENS, B. Challenges in knowledge translation: integrating evidence on pain in children into practice. **Canadian Journal of Nursing Research**, v. 41, n. 4, p. 109-14, 2009.

STEVENS, B. J.; YAMADA, J.; ESTABROOKS, C. A. et al. Pain in hospitalized children: effect of a multidimensional knowledge translation strategy on pain process and clinical outcomes. **Pain**, v. 155, n. 1, p. 60-8, 2013.

STEVENS, B. J.; YAMADA, J.; PROMISLOW, S. et al. Implementation of multidimensional knowledge translation strategies to improve procedural pain in hospitalized children. **Implementation Science**, v. 9, p. 120, 2014. doi: 10.1186/s13012-014-0120-1

STEVENS, B.; LEE, S. K.; LAW, M. P. A qualitative examination of changing practice in Canadian neonatal intensive care units. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v. 13, n. 2, p. 287-94, 2007.

STEVENS, B.; RIAHI, S.; CARDOSO, R. et al. The influence of context on pain practices in the NICU: perceptions of health care professionals. **Qualitative Health Research**, v. 21, n. 6, p. 757-70, 2011. Disponível em: <<http://qhr.sagepub.com/content/early/2011/02/18/1049732311400628>>. Acesso em: 28 mar. 2014.

STRAUS, S. E.; TETROE, J.; GRAHAM, I. Defining knowledge translation. **Canadian Medical Association Journal**, v. 181, n. 3-4, p. 165-8, 2009. doi: 10.1503/cmaj.081229

SWINKELS, A.; ALBARRAN, J. W.; MEANS, R. I.; MITCHELL, T.; STEWART, M. C. Evidence-based practice in health and social care: where are we now? **Journal of Interprofessional Care**, v. 16, n. 4, p. 335-47, 2002.

TAMAYO, A.; MENDES, A. M.; PAZ, M. G. T. Inventário de valores organizacionais. **Estudos de Psicologia**, v. 5, n. 2, p. 289-315, 2000.

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

TAYLOR, M. J.; MCNICHOLAS, C.; NICOLAY, C. et al. Systematic review of the application of the plan-do-study-act method to improve quality in healthcare. **BMJ Quality & Safety**, n. 23, p. 290-8, 2014.

THOMSON, Z.; BRITO, A. S. J.; CORDONI JÚNIOR, L. Avaliação de um programa de estímulo ao aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, v. 53, n. 3, p. 179-82, 1982.

THOMSON, Z.; CARVALHO, A. B. R.; BRITO, A. S. J. et al. Leite materno, alimento exclusivo até o sexto mês de vida: relação com mudança de rotina alimentar. **Pediatria**, v. 8, n. 4, p. 196-9, 1986.

TOMA, T. S.; MONTEIRO, C. A. Avaliação da promoção do aleitamento materno nas maternidades públicas e privadas do Município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 5, p. 409-14, 2001.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. Hospital Universitário. Serviço de Arquivo Médico e Estatístico. **Estatística de partos e nascimentos**. Londrina: UEL, 2016.

VANNUCHI, M. T. O.; SENTONE, A. D. D.; MONTEIRO, C. A.; RÉA, M. F. Implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança em um Hospital Universitário. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 23, n. 1, p. 11-8, 2002.

VENANCIO, S. I.; ESCUDER, M. M. L.; SALDIVA, S. R. D. M. et al. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços. **Jornal de Pediatria**, v. 86, n. 4, p. 317-24, 2010.

VICTORA, C. G.; BAHL, R.; BARROS, A. J. D. et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **The Lancet**, v. 387, n. 10.017, p. 475-90, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION . Division of Child Health and Development. **Evidence for the ten steps to successful breastfeeding**. Geneva: WHO, 1998. Disponível em:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43633/1/9241591544_eng.pdf>. Acesso em: 8 fev. 2016.

_____. **Born too soon**: the global action report on preterm birth. Geneva: WHO, 2012. Disponível em:

<http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNICEF . **Innocenti declaration**. Florença: WHO; Unicef; 1990. Disponível em:

<<http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/baby.html>>. Acesso em: 16 abr. 2016.

_____. **Protecting, promoting and supporting breast-feeding**: the special role of maternity services. A joint WHO/Unicef Statement. Geneva: WHO/Unicef, 2003.

Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39679/1/9241561300.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2014.

_____. **Baby-Friendly Hospital Initiative**: revised, updated and expanded for integrated care. Section 1: Background and implementation. Geneva: WHO/Unicef, 2009.

YIN, R. K. **Estudo de caso, planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

YOST, J.; THOMPSON, D.; GANANN, R. et al. Knowledge translation strategies for enhancing nurses' evidence-informed decision making: a scoping review.

Worldviews on Evidence-Based Nursing, v. 11, n. 3, p. 156-67, 2014.

ZAKARIJA-GRKOVIC, I; SEGVIC, O; BOZINOVIC, T et al. Hospital practices and breastfeeding rates before and after the UNICEF/WHO 20-hour course for maternity

staff. **Journal of Human Lactation**, v. 28, n.3, p. 389-99, 2012. Disponível em:
<<https://www.researchgate.net/publication/225276101>> Acesso em: 28 fev.2017. doi:
10.1177/0890334412447079.

APÊNDICE G – Critérios para o contato pele a pele precoce

Falsas contra-indicações para a posição canguru

- Setor/unidade muito cheia/ocupada;
- Sessão anterior de canguru no mesmo dia;
- Episódios de dessaturação de oxigênio durante as sessões anteriores de canguru. A supervisão cuidadosa do bebê é necessária em qualquer caso;
- Suporte respiratório com pressão positiva contínua ou ventilação não invasiva;
- Ventilação mecânica em lactentes estáveis com doença crônica;
- Cateter venoso central, cateter venoso umbilical;
- Tratamento a laser anterior para a retinopatia da prematuridade;
- Crianças com doenças neurológicas;
- Crianças em fototerapia com zona de icterícia longe de exanguino-transfusão-EXT (bilirrubina < 2 mg/dL para limite EXT). É possível interromper a fototerapia para uma curta duração de canguru por 1 - 2h.



Situações a serem avaliadas pela equipe médica/enfermeira

Recém-nascidos

- Com peso de nascimento < 800 g ou idade gestacional < 29 semanas em sua primeira semana de vida;
- Em fototerapia com zona de icterícia com risco de indicação de exanguino-transfusão (bilirrubina < 2 mg/dL para limite de EXT);
- Após cirurgia de grande porte;
- Após no mínimo 6 horas de extubação.

Contraindicações para colocar o bebê em canguru

Recém-nascidos

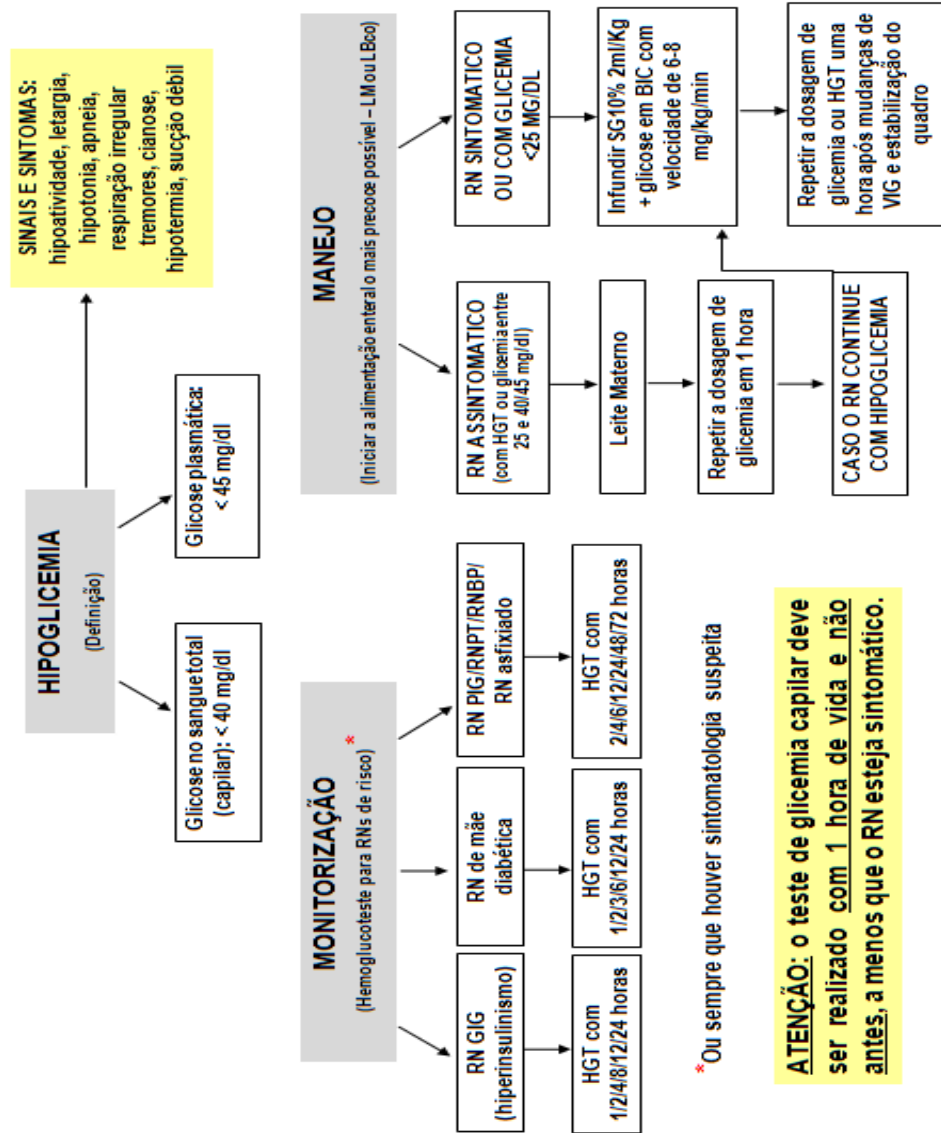
- Clinicamente e hemodinamicamente instável: oscilações de sinais vitais, queda de saturação e apnéias frequentes; esforço respiratório grave; alteração de ritmo cardíaco, alteração de coloração da pele e alteração patológica de temperatura;
- Com presença de cateter arterial e dreno torácico ou abdominal;
- Recém-nascidos em protocolo de manipulação mínima;
- Em tratamento com drogas vasopressoras.

Indicado para TODOS os Recém-Nascidos estáveis



APÊNDICE H – Fluxograma para hipoglicemia/necessidade de complementação

Fluxograma para Manejo da Hipoglicemia – Maternidade



ELABORADO PELA EQUIPE DE NEONATOLOGIA (JAN/2016).

APÊNDICE I – Cartilhas de orientação



CARTILHA SOBRE ALEITAMENTO MATERNO



Para mais informações, estamos à disposição nos seguintes telefones:

Unidade Neonatal – HUL
(43) 3371-2340

Maternidade – HUL
(43) 3371-2217

Bando de Leite Humano – HUL
(43) 3371 – 2390



ANEXOS

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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

Pesquisador: Carmen Gracinda Silvan Scochi

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 23975813.7.1001.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

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

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 553.935

Data da Relatoria: 12/02/2014

Apresentação do Projeto:

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

Objetivo da Pesquisa:

Não houve alterações.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não houve alterações.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

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

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

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

Recomendações:

Não há.

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3602-3386

E-mail: cep@eerp.usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP



Continuação do Parecer: 553.935

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências foram atendidas adequadamente.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer apreciado na 176a reunião ordinária.

RIBEIRAO PRETO, 12 de Março de 2014

Assinador por:

Claudia Benedita dos Santos
(Coordenador)

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3602-3386

E-mail: cep@eerp.usp.br

ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (integrantes da equipe e gerente)

Título da pesquisa: Aleitamento materno em prematuros – Impacto da IHAC para unidades neonatais

Prezado profissional de saúde,

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

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

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

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

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

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

Após todos os esclarecimentos, caso você concorde em participar, por favor, assine duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Uma via ficará com você e a outra com a pesquisadora. Se tiver alguma dúvida, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UEL, na Avenida Robert Koch, nº 60, no telefone: (43) 3371-2490, ou por *e-mail*: cep268@uel.br, dias úteis, em horário comercial.

Agradecemos a sua colaboração.

Participante

Edilaine Giovanini Rossetto

E-mail: ediluizrossetto@gmail.com

Telefones de contato: (43) 3371-2249 / 8837-6610

Londrina, _____ de _____ de 20____.

ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (mães)

Título da pesquisa: Aleitamento materno em prematuros – Impacto da IHAC para unidades neonatais

Prezada senhora,

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

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

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

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

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

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

Após todos os esclarecimentos, caso você concorde em participar, por favor, assine duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Uma via ficará com você e a outra com a pesquisadora. Se tiver alguma dúvida, poderá entrar em contato com o CEP-EERP-USP na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, Avenida Bandeirantes, 3.900, Monte Alegre, Campus Universitário, Ribeirão Preto – SP, CEP: 14040-902, telefone (16) 3602-3386, dias úteis, em horário comercial.

Agradecemos a sua colaboração.

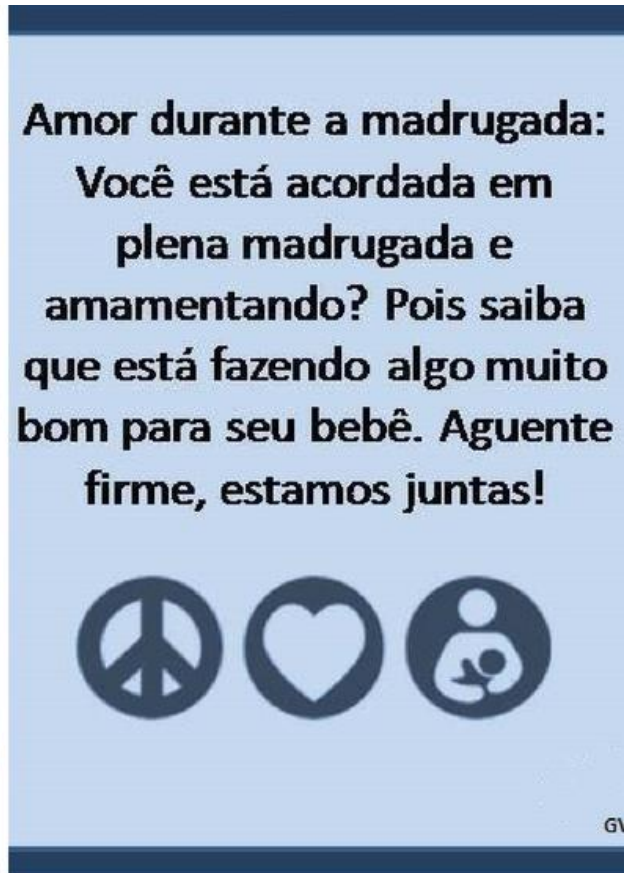
Participante/responsável (se a mãe for menor de idade)

Edilaine Giovanini Rossetto

E-mail: ediluizrossetto@gmail.com | Telefone de contato: (43) 3371-2249

Londrina, _____ de _____ de 20_____.

ANEXO D – Registro das ações realizadas

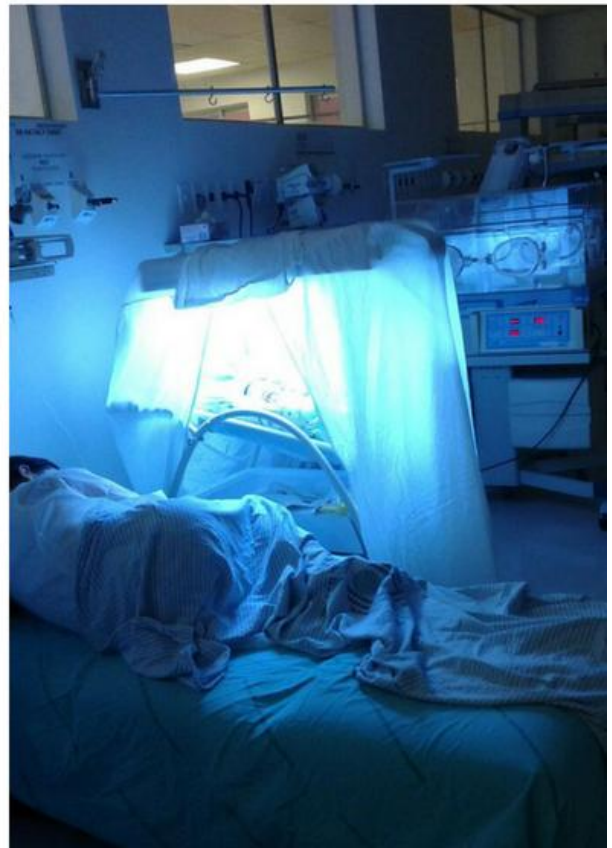


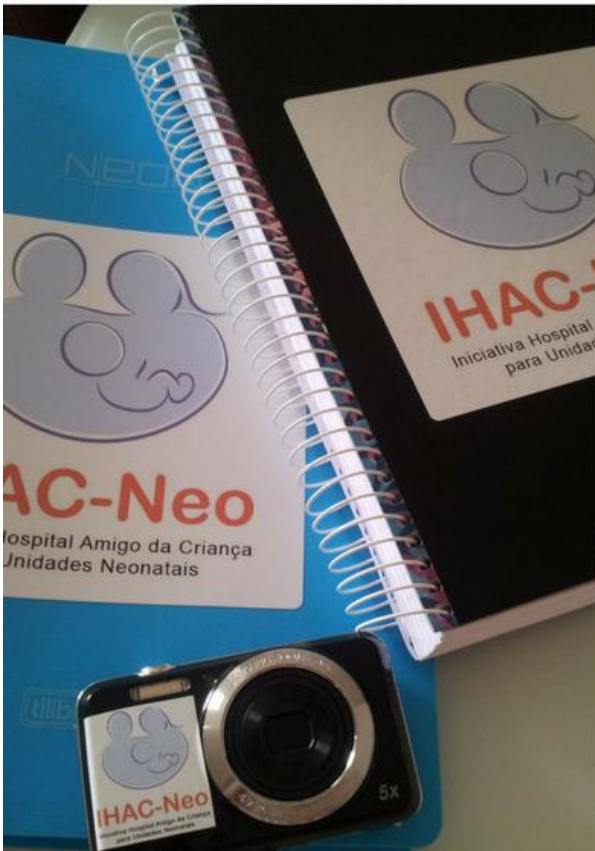
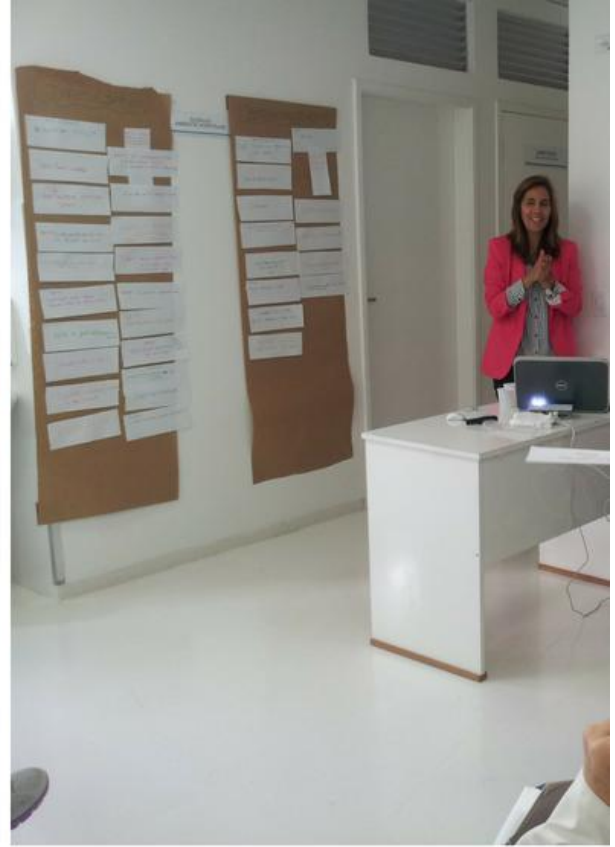


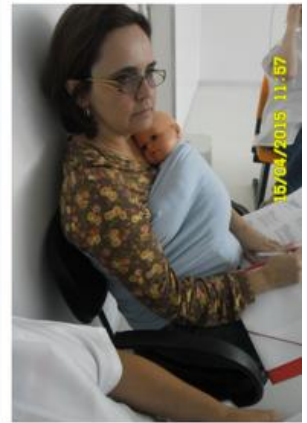
Boa notícia..

As mães podem dormir com os seus bebês na unidade para estabelecer melhor o aleitamento materno exclusivo!!

**Não esqueçam: aquelas que estão próxima da alta têm prioridade.*







Universidade Estadual de Londrina



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA



MAMÃE, VOCÊ SABIA??

Que o contato pele-a-pele (posição canguru) ajuda seu bebê a ficar mais quentinho e aumenta a amamentação?!



Orientações sobre o Método Canguru



Instituto de Pós-Graduação e Extensão Universitária Universidade do Paraná



VOCÊ SABIA??

Que o Método Canguru diminui índices de infecção grave em bebês prematuros?

Reduz em 10,1% os índices de infecção em bebês prematuros.



Universidade Estadual de Londrina

Orientações sobre o aleitamento materno do bebê prematuro



PODEMOS MELHORAR

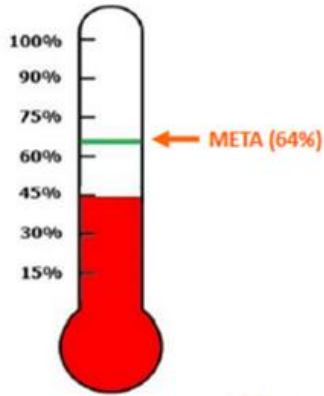


VAMOS SUPERAR ESSA META??

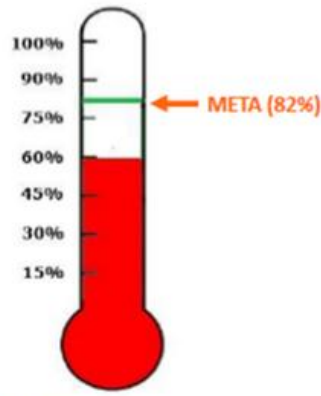
Média de permanência mínima no canguru : 2 horas por período

Método Canguru

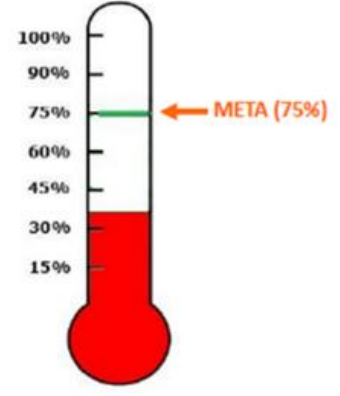
Bebês Internados que realizaram canguru



Bebês Liberados que realizaram canguru



Bebês liberados para realizar canguru mais de uma vez por período



■ Onde estamos hoje

Aleitamento Materno na ALTA

Aleitamento Materno Exclusivo

81% Onde queremos chegar!



71% Onde estamos...

Aleitamento Materno

18% Onde estamos...



11% Onde queremos chegar!

Aleitamento Artificial

12% Onde estamos...



7% Onde queremos chegar!

Aleitamento Materno no RETORNO AMBULATORIAL

Aleitamento Materno Exclusivo

60% Onde queremos chegar!



41% Onde estamos...

Aleitamento Materno

41% Onde estamos...



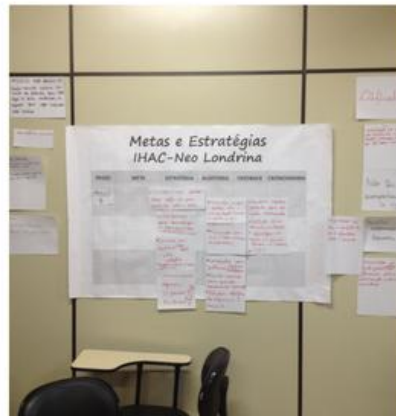
30% Onde queremos chegar!

Aleitamento Artificial

18% Onde estamos...



10% Onde queremos chegar!







Mamãe, já fez Canguru hoje com o seu filho?
Já fez? Ótimo, mas faça de novo!!!
Ainda não fez? Então dê esse cuidado ainda HOJE pro seu filho!
Além de trazer muitos benefícios, ELE adoraaaaa!!

- Você sabia que a partir de março, a mãe que fizer mais tempo de Canguru com o seu filho no mês ganhará um ensaio Newborn com a fotógrafa Mara Tkotz?



Vamos "canguruzar" cada vez mais? Você consegue!!
O maior tempo possível e todas as vezes que puder no dia.

Funcionária Canguru do mês
A funcionária da Unidade Neonatal que incentivar e fizer mais Canguru por mês nas mães ganhará um kit exclusivo do **oBoticário**
Seja a funcionária que queremos! Seja exemplo!

