

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

ANA LETICIA MONTEIRO GOMES

PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO DO RECÉM-
NASCIDO PRÉ-TERMO: perspectiva das mães acompanhadas no ambulatório de *follow-up*

RIO DE JANEIRO

2015

Ana Leticia Monteiro Gomes

PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO DO RECÉM-
NASCIDO PRÉ-TERMO: perspectiva das mães acompanhadas no ambulatório de *follow-up*

Relatório final da Dissertação de Mestrado
apresentado ao Programa de Pós-Graduação e
Pesquisa em Enfermagem da Escola de
Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal
do Rio de Janeiro, como requisito à obtenção do
Título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Marialda Moreira Christoffel
Linha de Pesquisa: Enfermagem em Saúde da Criança e Adolescente
Bolsista: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)

RIO DE JANEIRO

2015

CIP - Catalogação na Publicação

GG633p Gomes, Ana Leticia Monteiro
Promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno do recém-nascido pré-termo: perspectiva das mães acompanhadas no ambulatório de follow-up / Ana Leticia Monteiro Gomes. -- Rio de Janeiro, 2015.
150 f.

Orientadora: Marialda Moreira Christoffel
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2015.

1. Enfermagem Neonatal. 2. Aleitamento Materno. 3. Promoção da Saúde. 4. Prematuro. I. Christoffel, Marialda Moreira, orient. II. Título.

CDD 610.73

Ana Leticia Monteiro Gomes

PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO: perspectiva das mães acompanhadas no ambulatório de *follow-up*

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação e Pesquisa em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: 14 de dezembro de 2015

Prof^ª Dr^ª Marialda Moreira Christoffel - Presidente
EEAN/UFRJ

Dr^ª Karla de Araújo do Espírito Santo Pontes - 1^º Examinadora.
IFF/FIOCRUZ

Prof^ª Dr^ª Elisa da Conceição Rodrigues - 2^a Examinadora
EEAN/UFRJ

Prof^ª Dr^ª Ivis Emília de Oliveira Souza - 1^a Suplente
EEAN/UFRJ

Dr^ª Silvia Braña López - 2^a Suplente
IFF/FIOCRUZ

AGRADECIMENTOS

...A Deus, pela oportunidade da vida, força e saúde a cada dia.

...Aos meus pais, Celso e Olga, pelos seus inúmeros exemplos de responsabilidade, pontualidade e respeito ao próximo.

...Ao meu irmão, César, por suas observações criteriosas e seu ombro amigo.

...A minha irmã, Livia, por seu companheirismo ao assistir todas as prévias de minhas apresentações.

...Ao meu irmão, Renato, por me ajudar incansavelmente na parte de estatística do trabalho.

...Ao meu noivo, Pedro, por toda a sua dedicação, amor, por sempre acreditar e investir no meu potencial. Obrigada por ser meu porto seguro nas horas difíceis! Te amo muito!

...Aos amigos do grupo de pesquisa, Ana Luiza, Bruna, Juan, Susana, Thaís e Rebeca pelos momentos de estudo e também pelos momentos de descontração.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

...A minha orientadora, Prof^a Dr^a Marialda Moreira Christoffel, por ter me dado essa oportunidade de crescimento pessoal, profissional e acadêmico.

... À Banca Examinadora, pelo empenho desde a defesa do projeto até a sua conclusão.

...A todos os professores da pós-graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery, por todas as suas considerações durante as disciplinas do curso.

...Ao Núcleo de Pesquisa em Enfermagem em Saúde da Criança e do Adolescente pelas discussões ricas, específicas da temática.

... Aos todos os funcionários da Escola de Enfermagem Anna Nery, principalmente, os da Secretaria Acadêmica e do Comitê de Ética em Pesquisa, pela paciência com minhas milhares de perguntas.

... Ao Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira pela oportunidade de desenvolver a coleta de dados da pesquisa.

... Às mães/famílias dos recém-nascidos prematuros, por me lembrarem a cada dia que eu amo a profissão que escolhi.

... A todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para a conclusão desse estudo.

Obrigada a todos!

RESUMO

GOMES, Ana Leticia Monteiro. **Promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno do recém-nascido pré-termo:** perspectiva das mães acompanhadas no ambulatório de *follow-up*. Rio de Janeiro, 2015. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

O problema da prematuridade traz um agravante para a saúde dos recém-nascidos (RNs) que ficam internados em unidades neonatais por tempo prolongado, já que eles se enquadram num grupo de risco para o início e manutenção do aleitamento materno. Para facilitar a prática do aleitamento materno nessa população, recomenda-se a adoção de medidas que busquem promover, proteger e apoiar a amamentação. O presente estudo teve como objetivos identificar as estratégias de promoção, proteção e apoio recebidas pelas mães para o início e manutenção da amamentação de recém-nascidos pré-termo no âmbito hospitalar e domiciliar e analisar o processo de amamentação de recém-nascidos pré-termo na perspectiva das mães no âmbito hospitalar e domiciliar. Trata-se de um estudo do tipo descritivo, exploratório, transversal, de abordagem quantitativa, realizado em um ambulatório de *follow-up* de uma instituição com o título de Hospital Amigo da Criança, no Município do Rio de Janeiro. A amostra foi de 17 mães e 21 recém-nascidos pré-termo e foi utilizado um formulário com perguntas abertas e fechadas para coleta de dados. Os dados foram analisados pela estatística descritiva. Os resultados mostraram que a média de idade das mães foi 28,24 anos; 88,24% tiveram parto cesáreo. Em relação ao recém-nascido pré-termo (RNPT), a média de idade gestacional foi de 32 semanas e 0,43 dias, e com 1.784,29 quilo de peso ao nascer. Quanto à promoção e apoio para o início e manutenção do aleitamento materno, somente 17,65% das mães visitaram o RN no mesmo dia do nascimento; e 82,35% das mães realizaram contato pele a pele com os recém-nascidos durante a internação. A maioria das mães (62,50%) recebeu orientações quanto ao direito da licença-maternidade e 100% afirmaram ter recebido apoio para amamentar durante a internação, e 93,75% após a alta hospitalar. O início da alimentação oral foi em média com 61,71 dias; quanto ao tipo e técnica de administração da primeira dieta oferecida ao RNPT, 85,72% receberam leite do Banco de Leite Humano, 9,52% receberam leite materno (da própria mãe); 4,76% receberam fórmula infantil; 90,48% receberam alimentação pela técnica da gavagem e 9,52%, através do copo. O início da amamentação foi em média com 17,25 dias de vida. Na alta hospitalar, 47,62% dos

prematturos estavam em aleitamento materno; 47,62%, em aleitamento materno exclusivo e 4,76%, em aleitamento artificial. No domicílio, não houve alterações nos padrões de alimentação. Conclui-se a partir deste estudo que, apesar da efetivação de diversas estratégias de promoção, proteção e apoio ao AME em recém-nascidos pré-termo, a maioria desses ainda não conseguem a amamentação de forma exclusiva, portanto ainda é necessário o fortalecimento dessas ações, através de normas e rotinas que incentivam a prática da amamentação, o que é fundamental para a melhoria dos índices de aleitamento materno na população de prematturos que ficam internados em unidades neonatais e assim refletir positivamente na redução das taxas de mortalidade infantil.

Palavras-chave: Prematturo, Aleitamento materno, Enfermagem Neonatal, Promoção da Saúde.

ABSTRACT

GOMES, Ana Leticia Monteiro. **Promoting, protecting and supporting to breastfeeding of newborn preterm infants:** perspective of mothers accompanied in follow-up clinic. Rio de Janeiro, 2015. Dissertation (Master of Nursing) - School of Nursing Anna Nery, Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

The problem of prematurity brings harm for the health of newborns (RN) who are admitted to neonatal units for long periods as they fall into a risk group for initiating and maintenance of breastfeeding. To facilitate breastfeeding practice in this population is recommended the adoption of measures that seek to promote, protect and support breastfeeding. The present study aimed to identify promotion strategies, protection and support received by mothers for initiating and maintenance of breastfeeding pre-term newborns in the hospital and home setting and to analyze pre-term newborn breastfeeding process on the mothers' perspectives in hospital and home settings. This is a descriptive exploratory, transverse study with quantitative approach performed in a *follow-up* clinic of an institution with the title of child friendly hospital of in the county of Rio de Janeiro. Sample consisted in 17 mothers and 21 preterm newborns and it was used a form with open and closed questions for data collection. Data were analyzed using descriptive statistics. Results showed that the average age of mothers was 28.24 years old; 88.24% had cesarean delivery. Regarding the newborn preterm (PN), the gestational age mean was 32 weeks and 0.43 days and 1,784.29 kilograms of weight at birth. As for promotion and support for the initiation and maintenance of breastfeeding, only 17.65% of the mothers visited the RN on the day of birth; 82.35% of the mothers had skin contact with newborns during hospitalization. Most mothers (62.50%) received guidance about the right of maternity leave and 100% said they received support for breastfeeding during hospitalization and 93.75% after hospital discharge. The oral feeding was an average of 61.71 days; on the type and technique of administration of the first diet offered to the PN, 85.72% received milk from the Human Milk Bank, 9.52% received breast milk (own mother); 4.76% received infant formula; 90.48% received by the gavage feeding technique and 9.52% through the glass. Breastfeeding initiation was an average of 17.25 days of life. Upon discharge, 47.62% of premature infants were breastfed; 47.62% were exclusively breastfed and 4.76% in artificial feeding. At home, there were no changes in feeding patterns. It is concluded from this study that despite the effectiveness of various

promotional strategies, protection and support of AME in newborn preterm, most of these cannot still breastfeeding exclusively, so it is still necessary to strengthen these actions, through rules and routines that encourage the practice of breastfeeding which is key to improving breastfeeding rates in the population of preterm infants who are hospitalized in neonatal units and so reflect positively in reducing infant mortality rates.

Keywords: Premature, Breastfeeding, Neonatal Nursing, Health Promotion.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica das mães (n=17) que acompanhavam seus filhos RNPTs no ambulatório do *follow-up* em uma maternidade pública do MRJ, período de 2015

Tabela 2 – Caracterização dos dados obstétricos e parto das mães (n=17) que acompanhavam seus filhos RNPTs no ambulatório do *follow-up* em uma maternidade pública do MRJ, período de 2015

Tabela 3 – Caracterização das condições de nascimento dos RNPTs (n=21) acompanhados no ambulatório do *follow-up* em uma maternidade pública do MRJ, período de 2015

Tabela 4 – Distribuição de assistência de suporte ventilatório durante a internação dos RNPTs (n=21) acompanhados no ambulatório do *follow-up* em uma maternidade pública do MRJ, período de 2015

Tabela 5 – Distribuição do tempo de início do aleitamento materno em relação ao tempo de internação na UTIN dos RNPTs (n=21) acompanhados no ambulatório do *follow-up* em uma maternidade pública do MRJ, período de 2015

Tabela 6 – Caracterização do tipo e técnica de administração do leite no início do aleitamento materno dos RNPTs (n=21) acompanhados no ambulatório do *follow-up* em uma maternidade pública do MRJ, período de 2015

Tabela 7 – Distribuição dos dados sobre a amamentação no seio materno durante a internação dos RNPTs (n=21) acompanhados no ambulatório do *follow-up* em uma maternidade pública do MRJ, período de 2015

Tabela 8 – Distribuição dos dados sobre o peso e a idade gestacional, no primeiro dia da prática da amamentação no seio materno durante a internação, dos RNPTs (n=20) acompanhados no ambulatório do *follow-up* em uma maternidade pública do MRJ, período de 2015

Tabela 9 – Distribuição dos dados sobre a promoção do aleitamento materno durante o pré-natal e parto das mães (n=17) que acompanhavam seus filhos RNPTs no ambulatório do *follow-up* em uma maternidade pública do MRJ, período de 2015

Tabela 10 – Distribuição quanto à realização da posição canguru durante a internação das mães/pais/outras familiares dos RNPTs (n=17) acompanhados no ambulatório do *follow-up* em uma maternidade pública do MRJ, período de 2015

Tabela 11 – Distribuição quanto à frequência de recebimento de informações sobre a amamentação das mães dos RNPTs (n=16), durante a internação dos RNPTs acompanhados no ambulatório do *follow-up* em uma maternidade pública do MRJ, período de 2015

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição das estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde preconizadas pela literatura científica para aumentar as taxas de aleitamento materno

Quadro 2 – Caracterização dos diagnósticos durante a internação dos RNPTs (n=21) acompanhados no ambulatório do *follow-up* em uma maternidade pública do MRJ, período de 2015

Quadro 3 – Caracterização dos tipos de suportes ventilatórios e a mediana de horas de uso durante a internação dos RNPTs (n=21) acompanhados no ambulatório do *follow-up* em uma maternidade pública do MRJ, período de 2015

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção de estudos. Rio de Janeiro, RJ, 2015

Figura 2 – Distribuição das Áreas Programáticas de Saúde do Município do Rio de Janeiro

Figura 3 – Diagrama do processo de seleção das participantes do estudo. Rio de Janeiro, RJ, 2015

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Caracterização dos RNPTs (n=21) acompanhados no ambulatório do *follow-up* em uma maternidade pública do MRJ, quanto à técnica do início da amamentação ao seio materno, período de 2015

Gráfico 2 – Caracterização do tipo de alimentação dos RNPTs (n=21) acompanhados no ambulatório do *follow-up* em uma maternidade pública do MRJ, no momento da alta hospitalar, período de 2015

Gráfico 3 – Caracterização quanto à técnica de alimentação dos RNPTs (n=21) acompanhados no ambulatório do *follow-up* em uma maternidade pública do MRJ, no momento da alta hospitalar, período de 2015

Gráfico 4 – Caracterização do tipo de alimentação oferecida após a alta hospitalar (no domicílio) dos RNPTs (n=21) acompanhados no ambulatório do *follow-up* em uma maternidade pública do MRJ, período de 2015

Gráfico 5 – Caracterização quanto à técnica de alimentação dos RNPTs (n=21) acompanhados no ambulatório do *follow-up* em uma maternidade pública do MRJ, após a alta hospitalar (no domicílio), período de 2015

Gráfico 6 – Distribuição quanto à promoção do aleitamento materno para o início da lactação das mães dos RNPTs (n=21) acompanhados no ambulatório do *follow-up* em uma maternidade pública do MRJ, período de 2015

Gráfico 7 – Distribuição quanto ao local de realização da primeira ordenha das mães (n=17) dos RNPTs acompanhados no ambulatório do *follow-up* em uma maternidade pública do MRJ, período de 2015

Gráfico 8 – Distribuição quanto ao tempo que as mães (n=17) consideram suficiente para amamentar os RNPTs acompanhados no ambulatório do *follow-up* em uma maternidade pública do MRJ, período de 2015

Gráfico 9 – Distribuição quanto às orientações recebidas pelas mães (n=6) em relação aos direitos de proteção da amamentação para RNPTs acompanhados no ambulatório do *follow-up* em uma maternidade pública do MRJ, período de 2015

Gráfico 10 – Distribuição quanto às orientações recebidas pelos pais-homens (n=4) em relação aos direitos de proteção da amamentação para RNPTs acompanhados no ambulatório do *follow-up* em uma maternidade pública do MRJ, período de 2015

Gráfico 11 – Distribuição quanto à informação para mães (n=6) / pais-homens (n=4) em relação ao usufruto dos direitos de proteção da amamentação para RNPTs acompanhados no ambulatório do *follow-up* em uma maternidade pública do MRJ, período de 2015

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA	Aleitamento Artificial
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
BLH	Banco de Leite Humano
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CMS	Centro Municipal de Saúde
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CF	Constituição Federal
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CPAP	Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas (do inglês <i>Continuous positive airway pressure</i>)
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DEMI	Departamento Materno-Infantil
<i>DeCS</i>	Descritores em Ciências da Saúde
EEAN	Escola de Enfermagem Anna Nery
EEAP	Escola de Enfermagem Alfredo Pinto
EUA	Estados Unidos da América
FAPERJ	Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
MC	Método Canguru
<i>MESH</i>	<i>Medical Subject Headings</i>
NBCAL	Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e crianças de primeira infância
PCI	Programa Curricular Interdepartamental
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
RN	Recém-nascido
RNPT	Recém-nascido pré-termo

SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
UCIN	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal
UCINCo	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional
UCINCa	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VMI	Ventilação Mecânica Invasiva
VNI	Ventilação Não Invasiva
WABA	<i>World Alliance for Breastfeeding Action</i>

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A – QUADROS DA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

APÊNDICE B – FORMULÁRIO

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

APÊNDICE D – TERMO DE ASSENTIMENTO

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA PROPONENTE

ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA COPARTICIPANTE

SUMÁRIO

1INTRODUÇÃO	21
1.1PROBLEMÁTICA	25
1.2OBJETIVOS DO ESTUDO	30
1.3JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO	30
1.4CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO	36
2FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	37
2.1POLÍTICAS, PROGRAMAS E ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO	37
2.2PREMATURIDADE	45
2.3 ANATOMIA E FISIOLOGIA DA AMAMENTAÇÃO DO RN PRÉ-TERMO	46
2.4 MANEJO DA LACTAÇÃO DE MÃES DE RNPT	47
2.5 ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO DO RNPT	49
2.6AMAMENTAÇÃO COMO PRÁTICA ALIMENTAR DO RNPT	50
2.7 PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO	53
3MATERIAL E MÉTODOS	59
3.1 TIPO DE ESTUDO	59
3.2LOCAL DO ESTUDO	59
3.3POPULAÇÃO E AMOSTRA	61
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	61
3.5INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	62
3.6TESTE PILOTO	63
3.7 A COLETA DE DADOS	63
3.8ASPECTOS ÉTICOS	64
3.9 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	65
3.10 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	65
4RESULTADOS	66
4.1CARACTERIZAÇÃO DO AMBULATÓRIO DE <i>FOLLOW-UP</i>	66
4.2DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DAS MÃES	66
4.3DADOS GESTACIONAIS E PARTO	69
4.4CONDIÇÕES DE NASCIMENTO	71
4.5CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS RNPTs NA INTERNAÇÃO	73
4.6DADOS DO ALEITAMENTO MATERNO NA INTERNAÇÃO	75

4.7DADOS DA AMAMENTAÇÃO (NO SEIO MATERNO) NA INTERNAÇÃO	76
4.8DADOS DA ALIMENTAÇÃO DO RNPT NO MOMENTO DA ALTA HOSPITALAR	78
4.9DADOS DO ALEITAMENTO MATERNO NO DOMICÍLIO	80
4.10. PROMOÇÃO E APOIO DA AMAMENTAÇÃO AO SEIO MATERNO DO RNPT	81
4.11PROTEÇÃO DA AMAMENTAÇÃO DO RNPT	87
4.12APOIO À AMAMENTAÇÃO DO RNPT	90
5DISCUSSÃO DOS DADOS	92
6CONCLUSÃO	101
REFERÊNCIAS	103
APÊNDICES	112
ANEXOS	144

INTRODUÇÃO

O presente estudo faz parte do estudo multicêntrico intitulado “Aleitamento materno em prematuros: impacto da IHAC para unidades neonatais”¹, coordenado pela Professora Dr^a Carmen Gracinda Silvan Scochi, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, que tem como objetivo geral implantar e avaliar a efetividade da intervenção inovadora Iniciativa Hospital Amigo da Criança Neonatal, guiada pela transferência de conhecimento, para aumentar o início precoce da amamentação e a prevalência do aleitamento materno exclusivo (AME) em unidades neonatais e melhorar as condições de saúde dos prematuros relacionadas ao AME e às práticas profissionais para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno em prematuros.

O meu interesse pela área da saúde do recém-nascido teve início durante o Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), em especial ao cursar o Programa Curricular Interdepartamental V (PCI V) “Cuidados de Enfermagem à Família Expectante”, em 2009/01.

Esse interesse aumentou durante minha atuação como bolsista de um projeto de Iniciação Científica². O objetivo desse projeto foi discutir as linhas de cuidado de atenção integral à saúde da criança. A pesquisa foi de natureza quantitativa, método da pesquisa-ação. O estudo foi realizado em três Centros Municipais de Saúde (CMS) localizados na Área Programática 1.0, que abrange os bairros do centro do Município do Rio de Janeiro. Os sujeitos foram 28 profissionais de saúde que lidavam diretamente com a saúde da criança. Na análise e na discussão dos dados, constatei que as linhas de cuidado que envolviam o recém-nascido (Atenção humanizada e qualificada à gestante e ao recém-nascido; Triagem Neonatal e Aleitamento Materno) eram realizadas nas instituições de saúde, muitas vezes, pelo auxiliar, técnico de enfermagem ou enfermeiro. Tal situação despertou o meu interesse sobre quais seriam as competências dos enfermeiros na assistência ao recém-nascido (RN).

¹ Projeto financiado pelo CNPq/Ministério da Saúde/Fundação Bill & Melinda Gates. Pesquisadores colaboradores: Professora Marialda Moreira Christoffel (Coordenadora do projeto no Rio de Janeiro); Karla de Araújo do Espírito Santo Pontes e Silvia Braña López.

² Pesquisa intitulada “Atenção Básica de Saúde da Criança – Linhas de Cuidado de Atenção Integral e desafios para a Prática Profissional” no período de 2009 a 2011, financiada pela Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ), inserida no Núcleo de Pesquisa de Enfermagem de Saúde da Mulher (NUPESM) do Departamento Materno-Infantil (DEMI) da EEAN/UFRJ e orientada pela Profa. Dra. Maria Antonieta Rubio Tyrrell.

Então, decidi aprofundar meus conhecimentos sobre a temática na realização do Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação³. Os objetivos desse estudo foram caracterizar o perfil do enfermeiro e analisar os conhecimentos e habilidades essenciais dos enfermeiros que atuam no atendimento ao recém-nascido. O método foi quantitativo, transversal, descritivo, com aplicação de um questionário a 12 enfermeiros de nove CMS do Rio de Janeiro, selecionados com técnica de amostragem por conglomerados. Os resultados mostraram que 66,66% dos enfermeiros tinham todos os oito conhecimentos avaliados: 1) Adaptação do RN para a vida extrauterina; 2) Necessidades básicas do RN (respiração, calor, nutrição, apego); 3) Elementos de avaliação das condições imediatas do RN (exemplo: o sistema de avaliação APGAR para a respiração, frequência cardíaca, reflexos, tônus muscular e cor); 4) Aparência geral e comportamento do RN; 5) Crescimento e desenvolvimento do RN e lactente; 6) Intercorrências comuns dos recém-nascidos; 7) Elementos da promoção de saúde e prevenção de doenças em RN e lactente; 8) Necessidade de imunização, riscos e benefícios para o lactente até 2 meses de idade. E, quanto às habilidades básicas, especialmente nos procedimentos de emergência, tínhamos aproximadamente 46% de enfermeiros não treinados e 79% que não realizavam os procedimentos referentes à reanimação neonatal. A partir desse estudo, pôde-se concluir que há insuficiência de conhecimentos e habilidades, o que confere um risco ao RN na assistência básica, principalmente nos casos de emergência, devendo o profissional ter um treinamento que assegure sua competência.

Após o término do curso de graduação ingressei no curso de pós-graduação *lato sensu* na modalidade residência em Enfermagem em Saúde Pública, sob a forma de treinamento em serviço na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, em parceria com a Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (EEAP), da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), em 2012. No primeiro ano do treinamento fui alocada em um CMS localizado no bairro da Gávea.

Durante esse treinamento, pude me aprofundar na temática de saúde do RN participando das atividades referentes à sua assistência. Uma dessas atividades é a estratégia do Acolhimento Mãe-Pai-Bebê, que é a porta de entrada organizada para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança na rede municipal de saúde do Rio de Janeiro.

³ Pesquisa intitulada “As Competências Técnicas dos Enfermeiros na Assistência ao Recém-nascido no Município do Rio de Janeiro” durante o período de 2010 a 2011, inserida no NUPESM do DEMI da EEAN/UFRJ e orientada pela Profa. Dra. Maria Antonieta Rubio Tyrrell.

O Acolhimento Mãe-Pai-Bebê, na unidade em que eu atuava, era desenvolvido com as mães/família/RNs, em dois momentos: no primeiro momento eram realizados grupos para educação em saúde; e, no segundo momento, a consulta individual com Mãe-Pai-Bebê, sendo esta última realizada majoritariamente por pediatra nesse CMS específico.

A atividade em grupo com a qual tive mais contato era realizada pela enfermeira do setor de imunização e ocorria semanalmente no auditório do CMS. Nesse grupo de acolhimento, as mães e/ou familiares do RN têm a oportunidade de trocar experiências e esclarecerem dúvidas em relação aos cuidados com o RN.

No segundo ano da residência fui alocada na Gerência do Programa de Saúde da Criança da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e, com isso, pude fortalecer o trabalho de monografia com uma visão gerencial sobre a saúde do RN no Município do Rio de Janeiro, por meio dos indicadores de assistência pré-natal, parto e nascimento nas maternidades e nas consultas de acompanhamento no ambulatório.

A partir dessa experiência realizei o trabalho de conclusão de curso, com a monografia intitulada: “Conhecimentos dos familiares sobre os cuidados com o recém-nascido”. O objetivo foi analisar os conhecimentos que os familiares adquiriram sobre os cuidados com o RN, antes e após sua participação no grupo de acolhimento mãe-pai-bebê. Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, do tipo transversal, realizado em um CMS do Rio de Janeiro, com 27 participantes. Os resultados demonstraram que os cuidados com a utilização de talco (antes da intervenção 25,9%, depois 10,7%), uso de cinto (antes 10,7%, depois 0%) e chá para cólica (antes 7,1% e depois 0%) foram corretamente modificados, assim como os conhecimentos de não esfregar as fontanelas durante o banho (antes 7,1%, depois 3,6%) e os horários corretos para o banho de sol (antes 96,4%, depois 100%). Porém, os cuidados inadequados que permaneceram foram: é preciso oferecer água aos RNs com menos de 6 meses de idade, em aleitamento materno (3,6%) e a posição incorreta para amamentar (3,6%). O estudo concluiu que os familiares tiveram um aprendizado que não tinham antes da participação no grupo. Além disso, o estudo mostrou que os pais e/ou familiares de RNs saudáveis atendidos nas unidades básicas de saúde ainda necessitam de apoio na prática da amamentação.

Após o término da pós-graduação *lato sensu* ingressei no curso de Mestrado acadêmico da EEAN/UFRJ, em 2014, na linha de pesquisa “Transferência do conhecimento no cuidado desenvolvimental do recém-nascido”, da Professora Marialda Moreira Christoffel. Devido a isso, tive a oportunidade de participar como bolsista de apoio técnico da pesquisa

multicêntrica “Aleitamento materno em prematuros: impacto da IHAC para unidades neonatais”, à qual o meu projeto de mestrado também foi vinculado. E, por consequência das minhas atividades de bolsista, pude observar o ambiente da unidade neonatal.

O projeto multicêntrico supracitado está sendo desenvolvido em dez unidades neonatais (cinco de intervenção e cinco de controle) localizadas nas cinco regiões do Brasil (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul). Até o momento, na Região Sudeste, participaram 84 bebês com média de idade gestacional de 33,0 ($\pm 2,8$) semanas e peso ao nascer de 1790,0 ($\pm 623,9$) gramas. O início da amamentação foi em média com 18,6 dias de vida e a maioria (61,9%) mamou no peito pela primeira vez com idade corrigida ≥ 35 semanas. Na alta hospitalar, 60,7% dos prematuros estavam em aleitamento materno; 31,0%, em AME; e 8,3%, em aleitamento artificial (AA). No domicílio, o aleitamento materno diminuiu para 57,1%; o AME manteve-se em 31,0%, e o AA aumentou para 11,9%. Aos 6 meses de vida o AA foi para 54%; a prevalência de aleitamento materno foi 35,6%; o AME diminuiu para 9,2%; e 1,3% estavam em AM predominante. Dessa forma, conclui-se que as taxas de AME em prematuros estão aquém das recomendações nacionais e mundiais, necessitando de incentivo, orientações e acompanhamento desta população vulnerável desde a internação até o domicílio.

Assim, através da realidade observada em minhas atividades profissional e de pesquisa, senti a necessidade de ampliar e aprimorar os conhecimentos adquiridos no que tange à saúde do recém-nascido pré-termo (RNPT), pois, no contexto brasileiro, vem sendo registrado aumento da incidência da prematuridade e do baixo peso ao nascer em capitais e cidades de maior porte, como o Rio de Janeiro, totalizando 12% dos nascimentos do município (BRASIL, 2011a).

Dentre tantos fatores relacionados às taxas de morbimortalidade neonatal, e especificamente dos RNPTs, temos o aleitamento materno como uma medida protetora eficaz na redução dessas taxas. Porém a prática da amamentação ainda é considerada difícil e desafiadora no contexto hospitalar, devido às condições clínicas do RNPT. Por essas particularidades, os familiares dos RNPTs apresentam uma demanda diferenciada de informações sobre aleitamento materno⁴ e amamentação⁵ (RODRIGUES et al., 2013).

⁴ Todas as formas do lactente receber leite humano ou materno (CARVALHO, 2013).

⁵ Ato de a nutriz dar o seio e o lactente mamá-lo diretamente (CARVALHO, 2013).

1.1 PROBLEMATICA

Observa-se que a redução das taxas de mortalidade infantil é uma das principais metas governamentais tanto no âmbito internacional quanto nacional, pois esse é um indicador que revela a qualidade de vida da população. Em nível global, o componente neonatal representa cerca de 44% da mortalidade infantil (BRASIL, 2011a; LI LIU et al., 2015).

A revisão das taxas de mortalidade infantil revelou que, no ano de 2011, o Brasil apresentou uma taxa de 15,3 por mil nascidos vivos, alcançando o quarto objetivo de Desenvolvimento do Milênio, que tinha como alvo reduzir em dois terços, até 2015, a mortalidade de crianças menores de cinco anos (LANSKY et al., 2014).

No entanto, as taxas de mortalidade neonatal precoce (0-6 dias de vida) e tardia (7-28 dias), que são componentes da taxa de mortalidade infantil no Brasil, ainda permanecem altas, apesar de todo o esforço político. De acordo com o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no Estado do Rio de Janeiro, em 2009, foram registrados, a cada 1.000 nascidos vivos, 7,2 óbitos neonatais precoces e 2,4 óbitos neonatais tardios; em 2010 notificaram 7,3 óbitos neonatais precoces e 2,2 óbitos neonatais tardios; e em 2011 foram 6,9 óbitos neonatais precoces e 2,3 óbitos neonatais tardios. Isto revela não ter mudado significativamente, embora estes dados demonstrem uma ligeira queda nas taxas de mortalidade neonatal precoce e tardia (BRASIL, 2011b).

Atualmente no Brasil, o principal componente da taxa de mortalidade infantil é o neonatal precoce, sendo que 25% das mortes infantis ocorrem no primeiro dia de vida. Dessa maneira, as principais causas de óbitos são a prematuridade (30,3%), malformações congênitas (22,8%), as infecções perinatais (18,5%), os fatores maternos (10,4%) e a asfixia intraparto (7,0%). E, na Região Sudeste, a malformação congênita é a principal causa de óbito (35,9%), seguida da prematuridade (30,5%) (LANSKY et al., 2014).

Já, a nível global, as principais causas de mortalidade infantil são as complicações decorrentes do parto prematuro (15,4%) e a pneumonia (14,9%) (LI LIU et al., 2015).

As taxas de nascimento pré-termo estão crescendo e, conforme constatado acima, a prematuridade pode ser considerada um problema de saúde pública. Os dez países com os maiores números de nascimentos prematuros incluem Índia, Nigéria, Estados Unidos e Brasil, demonstrando que o nascimento prematuro é verdadeiramente um problema global. Dessa maneira, no âmbito nacional, o país apresentou uma taxa de nascimentos prematuros de 9,2% no ano de 2010 (WHO et al., 2012).

A prematuridade, além de ser um fator de risco de mortalidade (50% de todas as mortes neonatais), pode trazer complicações para a saúde dos RNPTs (morbidade), pois essa clientela é mais vulnerável à ocorrência de determinados distúrbios, tais como: refluxo gastroesofágico e hipoperfusão de órgãos abdominais. Devido a isso, os RNPTs têm maior risco de deficiência nutricional e atraso no crescimento e desenvolvimento. Por tais motivos, é de suma importância oferecer o melhor suporte nutricional possível, que no caso dos RNs em geral é o leite materno (WHO et al., 2012; ARAÚJO, TEIXEIRA, 2014).

Ressalta-se, ainda, que os RNPTs que ficam internados em unidades neonatais por tempo prolongado se enquadram num grupo de risco para o início e manutenção do aleitamento materno (RODRIGUES et al., 2013).

Somando-se a isso, cumpre destacar que a prevalência do aleitamento materno exclusivo em crianças nascidas a termo e pré-termo ainda se mostra aquém do que é preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que recomenda que todas as crianças recebam somente leite materno até os 6 meses de idade e de forma complementar até os 2 anos ou mais (RODRIGUES et al., 2013; WHO et al., 2012).

Em relação à situação do AME no país como um todo, a II Pesquisa de Prevalência de aleitamento materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal (2009) revelou que a prevalência do aleitamento materno exclusivo em menores de 6 meses no Brasil foi de apenas 41%. A Região Norte foi a que apresentou maior prevalência (45,9%), seguida da Centro-Oeste (45,0%), Sul (43,9%), Sudeste (39,4%), e a Nordeste apresentando a pior situação (37,0%). E em relação às capitais, Belém se destaca com a maior prevalência (56,1%), ao passo que a menor prevalência foi em Cuiabá (27,1%). O Estado do Rio de Janeiro apresentou uma prevalência de 40,7%. Vale a pena ressaltar que esse estudo retratou a prevalência de AME no Brasil, mas não estratificou os RNs em nascidos a termo ou pré-termo (BRASIL, 2009).

Esses resultados de baixa prevalência de AME em nosso país apontam a necessidade da criação de novas abordagens, valorizando as ações efetivas na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, mas também considerando o contexto de processo de trabalho em que elas acontecem (PEREIRA et al., 2010).

Os estudos nacionais (BICALHO-MANCINI; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2004; CZECHOWSKI; FUJINAGA, 2010) e internacionais (ODDY; GLENN, 2003; MEREWOOD et al., 2003) mostraram que a prevalência de aleitamento materno em RNPTs ainda é incipiente e todos observaram uma baixa prevalência de AME nessa população.

O estudo brasileiro de Bicalho-Mancini e Velásquez-Meléndez (2004), realizado em Belo Horizonte, constatou que a prevalência de AME de 495 RNs internados em berçário de alto risco foi de 36% na alta hospitalar, aumentando para 54,7% após a implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC).

Outro estudo, realizado em São Paulo com 156 prematuros, constatou uma prevalência de AME na alta hospitalar de 58,3% e de 22,2% aos 6 meses de vida (CZECHOWSKI; FUJINAGA, 2010).

Já, no âmbito internacional, um estudo australiano com 35 RNPTs mostrou que as taxas de aleitamento materno entre prematuros, no momento da alta da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), aumentaram de 44% para 71% após a implantação da IHAC, utilizando a estratégia “finger-feeding”⁶ nos RNPTs que recusavam o seio materno ou quando estivessem separados da mãe (ODDY; GLENN, 2003).

E, no estudo de Merewood e outros (2003), realizado nos Estados Unidos da América (EUA) com 227 RNPTs, a taxa de iniciação da amamentação aumentou de 35% para 74% e a proporção de crianças que receberam apenas leite materno aumentou de 9% para 39% depois da IHAC.

A adoção da prática do aleitamento materno é tão enfatizada pela OMS, tendo em vista seus inúmeros benefícios e seu baixo custo. A nutrição adequada é fundamental para o crescimento e desenvolvimento do RNPT, e o leite materno, além de ser considerado o alimento mais completo, está associado com inúmeras vantagens imunológicas, nutricionais e sociais, tais como resistência a infecções, o crescimento adequado dos lactentes e diminuição de gastos com internações hospitalares (WHO et al., 2012).

O aleitamento materno favorece o vínculo mãe-bebê e fornece benefícios às crianças em longo prazo. Fonseca e outros (2013, p.347) realizaram um estudo de coorte com o objetivo de determinar a influência do aleitamento materno na capacidade intelectual de 560 crianças, verificando que as crianças que tiveram oportunidade de serem amamentadas, demonstraram melhor desempenho na vida escolar e na capacidade intelectual. Além disso, o estudo prospectivo de Victoria e outros (2015, p.199), realizado com 3.493 neonatos, mostrou que, aos 30 anos de idade, os participantes que foram amamentadas durante 12 meses ou mais tiveram escores mais altos de QI, mais anos de educação e maiores rendimentos mensais do que aqueles que foram amamentadas por menos de 1 mês.

⁶ *Finger feeding* é uma técnica que consiste em oferecer o leite materno na cavidade oral do bebê utilizando uma sonda fixada no dedo do profissional, a fim de que o RN não perca o estímulo de sucção, além de fortalecer a musculatura oral e seu reflexo de coordenação (ARAÚJO, 2014).

Embora inúmeras publicações científicas (BRASIL, 2011a; FONSECA et al., 2013; BRASIL, 2013) comprovem a superioridade do leite materno sobre outros tipos de leite, para que o aleitamento materno seja praticado segundo as recomendações, é preciso que a sociedade em geral, e a mulher em particular, estejam informadas da importância da amamentação (BRASIL, 2011a).

A importância do aleitamento materno no contexto dos RNPTs que estão internados em unidades neonatais é evidenciada por estudos que mostram que prematuros de baixo peso amamentados no seio materno apresentam menor tempo de internação hospitalar, melhor prognóstico para o desenvolvimento neurológico, diminuição da perda de peso, diminuição do índice de doenças crônicas e agudas e aumento de sobrevida, em relação àqueles amamentados com leite industrializado (NEVES; RAVELLI, LEMOS, 2010).

Por isso, favorecer o aleitamento materno é uma estratégia que promove a saúde, estando associada à diminuição da morbimortalidade na infância, principalmente em prematuros (CZECHOWSKI; FUJINAGA, 2010).

Portanto, devido aos benefícios do leite materno e da amamentação para o RNPT, a produção de leite deve ser incentivada pelos profissionais de saúde assim que possível, pois é fundamental que haja um estímulo contínuo na mama durante o tempo em que o RNPT está internado e impossibilitado de mamar.

No entanto, pesquisas como a de Pereira e outros (2015) têm mostrado a complexidade para as mães de prematuros em manter o aleitamento materno, devido ao estresse da hospitalização, instabilidade clínica, o medo da morte do bebê, a dificuldade do RNPT para sugar, o início tardio da amamentação interpretado como algo difícil. Esse estudo foi realizado no Município de Monte Claros, em Minas Gerais, com 13 mães de recém-nascidos prematuros atendidas em um ambulatório de *Follow-up*⁷.

Já o estudo de revisão integrativa de Santos e outros (2012), que tinha como objetivo conhecer as práticas favorecedoras do aleitamento materno na assistência ao recém-nascido prematuro internado na UTIN, mostrou que os recursos físicos da unidade, quando não facilitam a permanência da família, as rotinas das unidades neonatais, como o estabelecimento de horários para alimentação sem levar em consideração as necessidades da criança e os conhecimentos insuficientes dos profissionais de saúde sobre o manejo do aleitamento materno em RNPT também têm sido apontados como fatores que influenciam negativamente

⁷ O termo “follow-up” se refere ao seguimento do cuidado do prematuro de risco após a alta hospitalar (PREMATURIDADE.COM, 2013a).

o êxito do início do estabelecimento do aleitamento materno, propiciando o desmame ainda dentro dos hospitais.

Dessa forma, todos os fatores supracitados dificultam o processo de amamentação dos RNPTs. Por isso, uma estratégia que pode facilitar a prática do aleitamento materno nessa população é a adoção de medidas que busquem promover, proteger e apoiar a amamentação, como, por exemplo, orientar/estimular o contato pele a pele, criação de leis específicas de proteção à amamentação e oferecer ajuda prática (PEREIRA et al., 2015).

É importante lembrar que, para o processo de aleitamento materno, as medidas devem ser feitas de maneira sistematizada e contínua nos serviços de saúde, através de normas e rotinas institucionais que devem estar embasadas nas políticas de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

O estudo de abordagem qualitativa de Maciel, Almeida e Braga (2014), realizado com 12 mães de lactentes prematuros com até 6 meses de idade, no Município de Divinópolis, em Minas Gerais, concluiu que ainda existem fragilidades nas ações de promoção e manutenção da amamentação em nível hospitalar.

Diante dessa problemática, o objeto do presente estudo é o processo de amamentação de RNPTs acompanhados em um ambulatório de *follow-up* na perspectiva das mães, quanto às ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

Neste estudo considerou-se processo, segundo a definição de Ferreira (2010), como um seguimento, decurso. Portanto, pretende-se estudar o processo de amamentação do RNPT desde pré-natal até os primeiros 15 dias após a alta hospitalar do RNPT da unidade neonatal, contemplando as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

Segundo a Sociedade de Pediatria de São Paulo (2009) são consideradas ações de promoção do aleitamento materno as atividades informativas direcionadas ao conjunto da população, como mães e profissionais de saúde. Para isso, utilizam-se os meios de divulgação para divulgar o tema da amamentação, com o objetivo de fazer com que as pessoas conversem e visualizem o aleitamento materno em figuras, fotos, pôsteres, atividades de campanha de rua.

Já as ações de proteção do aleitamento materno se referem “às políticas, leis, normas e rotinas, de maneira geral adotadas por instituições ou governos, visando propiciar um ambiente de defesa do direito de amamentar” (SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO, 2009, p.3).

E as ações de apoio ao aleitamento materno configuram-se como “práticas fundamentalmente individuais, dirigidas ao binômio mãe-criança, cuja individualidade na prática de amamentar tem que ser avaliada, respeitada e apoiada, conforme seu contexto e suas necessidades” (SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO, 2009, p.2).

1.2OBJETIVOS DO ESTUDO

Os objetivos deste estudo são:

- Identificar as estratégias de promoção, proteção e apoio recebidas pelas mães para o início e manutenção da amamentação de recém-nascidos pré-termo no âmbito hospitalar e domiciliar.
- Analisar o processo de amamentação de recém-nascidos pré-termo na perspectiva das mães no âmbito hospitalar e domiciliar.

1.3JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2012), a taxa de prematuridade está aumentando, pois a cada ano 15 milhões de bebês nascem prematuros, afetando famílias em todo o mundo. E, como consequência, mais de 1 milhão de crianças morrem a cada ano devido a complicações do parto prematuro.

Dentre tantos fatores, uma medida que se mostra eficaz para a diminuição da morbimortalidade neonatal é o aleitamento materno. O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a OMS e a World Alliance for Breastfeeding Action (WABA) recomendam iniciar a amamentação nas primeiras horas de vida para se obter o sucesso esperado (UNICEF, 2014).

O Ministério da Saúde e a OMS preconizam o AME até os 6 meses de idade. Após este período podem ser introduzidos outros alimentos saudáveis, todavia, a orientação é que a amamentação se estenda até os 2 anos ou mais de idade, a critério da mãe (BRASIL, 2011a). Porém, apesar das recomendações citadas, a prevalência do AME no Brasil (41% em 2009)

ainda está aquém do que é recomendado (meta: 100% de AME até 6 meses), principalmente em relação aos RNPTs.

Com o objetivo de aumentar a baixa prevalência do aleitamento materno na população de RNs internados nas unidades neonatais, foi criada a IHAC neonatal em 2009, que ainda está em fase de implementação no Brasil, através do projeto multicêntrico já citado anteriormente.

A baixa prevalência do AME nos RNPTs pode ser explicada devido ao processo da amamentação dessa população ser mais complexo, por envolver tanto aspectos físicos, neurológicos, cognitivos quanto emocionais do RNPT, da mãe e da família (BRASIL, 2013). Rodrigues e outros (2013), em sua revisão integrativa, apontam que os RNs que ficam internados na UTIN apresentam dificuldades no início e na manutenção do aleitamento materno, vivenciadas também por suas mães.

Devido às particularidades dos RNPTs, a equipe multidisciplinar precisa estar atenta ao momento ideal, ou seja, quando os prematuros apresentam um estado de prontidão para iniciar a amamentação (NYQVIST et al., 1999).

Recomenda-se que a estabilidade do RNPT (ausência de apneia grave, dessaturação e bradicardia) seja o único critério para início da amamentação, independente das idades gestacional, pós-natal e gestacional corrigida ou peso ao nascer (NYQVIST et al., 1999, 2001).

Estudos comportamentais de Nyqvist e outros (2001) mostraram que os prematuros são capazes de pegar, segurar e sugar a partir de 27 semanas (a menor idade gestacional corrigida observada no seio materno) e de ingerir o leite materno com cerca de 29 semanas.

E estudos observacionais de Nyqvist e outros (2008) verificaram que prematuros, e mesmo os muito prematuros, com livre acesso ao seio materno, pequenas alimentações frequentes e início precoce do aleitamento materno, com mães que receberam apoio adequado à amamentação, são capazes de atingir o aleitamento materno exclusivo a partir 32 semanas de idade gestacional corrigida, com um média de 35 semanas.

Além disso, Javorski e outros (2004) relatam que geralmente as mães desejam amamentar seus filhos nos primeiros momentos, entretanto, por vivenciarem a angústia do possível fracasso no aleitamento, devido à situação a que são expostas, o processo torna-se difícil, o que de fato colabora para a diminuição da produção e ejeção de leite.

Estudos mostram que as mães de RNPTs se deparam com muitos obstáculos no processo de amamentação que sem dúvida favorecem o desmame precoce⁸. Javorski e outros (2004) observam que mães de prematuros que estão internados em UTIN vivenciam situações particulares em relação à amamentação: de um lado a prematuridade; do outro os sentimentos de culpa, sofrimento; incluindo a sensação de fracasso perante a situação de risco a que o RNPT está exposto. Portanto, os aspectos emocionais da mãe e da família também devem ser levados em consideração, aspectos esses em consonância com segundo princípio norteador da IHA-Neo.

Devido a este contexto do nascimento prematuro e ao impacto que o aleitamento materno tem no crescimento e desenvolvimento do RNPT, os esforços políticos devem estar voltados para a criação de políticas públicas de promoção, proteção e apoio específicas para essa população, com o objetivo de aumentar os índices de AME.

Considerando a importância da temática, foi realizada uma revisão bibliográfica nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), SciVerse Scopus, National Library of Medicine (PUBMED) e Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature (CINAHL) durante o período de janeiro a julho 2015, com o objetivo de descrever as estratégias de promoção, proteção e apoio utilizadas para o início e/ou manutenção do aleitamento materno em RNPTs.

Assim, surgiu a seguinte pergunta de pesquisa: Quais as estratégias de promoção, proteção e apoio utilizadas para o início e manutenção do aleitamento materno do RNPT?

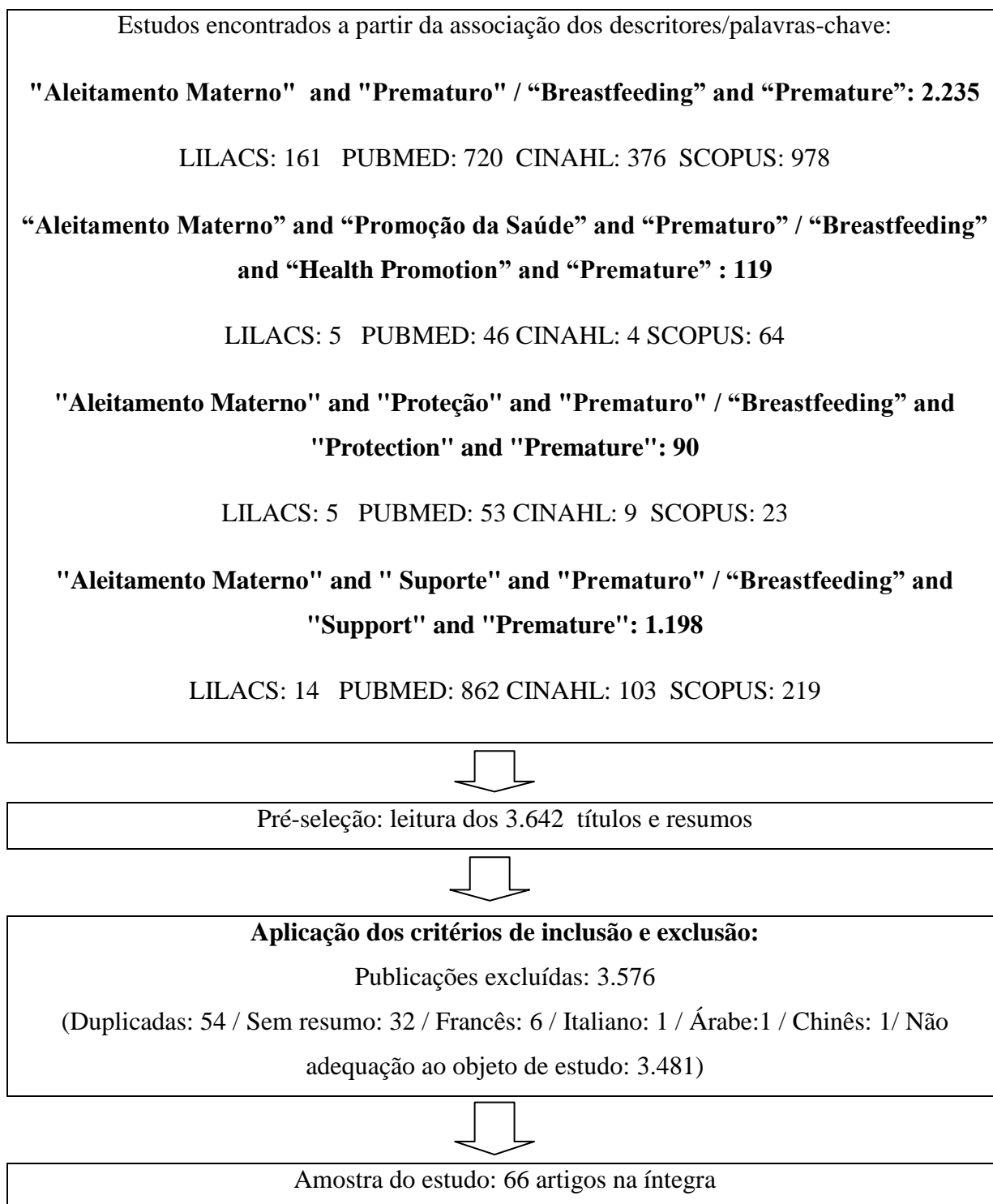
Os critérios de inclusão foram: as dissertações, teses e os artigos científicos em português, inglês e espanhol que abordassem a temática e/ou cujos objetivos se aproximaram com os do presente estudo e que estivessem disponíveis na íntegra. Já o critério de exclusão foi: os artigos que estavam duplicados nas bases de dados (foram considerados apenas uma vez).

Utilizou-se a terminologia em saúde consultada nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), termos MESH (Medical Subject Headings) e CINAHL headings, para escolha dos descritores: Aleitamento Materno, Breastfeeding, Prematuro, Premature, Promoção da Saúde e Health Promotion e o recorte temporal foi definido pela busca eletrônica.

O processo de busca pelos estudos está apresentado na Figura 1. As informações de título, autoria, ano de publicação, tipo de pesquisa, país de realização do estudo e participantes do estudo foram categorizadas em cinco quadros (APÊNDICE A).

⁸ É a introdução de alimentos diferentes do leite materno para o bebê, antes do sexto mês de idade (BRASIL, 2013).

Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção de estudos. Rio de Janeiro, RJ, 2015



Dessa maneira foram encontradas 66 produções, das quais 13 foram brasileiras.

Das 66 produções analisadas, quatro apresentaram estratégias de promoção, entendendo a promoção como as atividades informativas direcionadas ao conjunto da população, como mães e profissionais de saúde. Por exemplo, a criação de materiais

educativos como folhetos (JONES, EMMETT, SPENCER, 2009; SPATZ, 2005; PINEDA, 2006) e *sites* na Web (VASCONCELOS et al., 2013).

Entendendo ações de proteção do aleitamento materno como “políticas, leis, normas e rotinas, de maneira geral adotadas por instituições ou governos, visando propiciar um ambiente de defesa do direito de amamentar”, os artigos destacaram a IHAC (PARKER et al., 2013; HOLMES, 2013; MEREWOOD et al., 2003; VANNUCHI et al., 2004; ODDY, GLENN, 2003; MEIER, WRIGHT, ENGSTROM, 2013) e o Método Canguru (BRIERE; CONG; CUSSON, 2014; SPEHAR; SEIDL, 2013; HEIDARZADEH et al., 2013; DEMARI et al., 2011; FLACKING et al., 2010; GATHWALA, SINGH, 2010; AHMED; SAND, 2009; HAKE-BROOKS et al., 2008; NYQVIST, 2005; CALLEN, PINELLI, 2005; VENANCIO; ALMEIDA, 2004;).

Quanto às ações de apoio ao aleitamento materno como “práticas fundamentalmente individuais, dirigidas ao binômio mãe-criança, cuja individualidade na prática de amamentar tem que ser avaliada, respeitada e apoiada, conforme seu contexto e suas necessidades”, os artigos apresentam instrumentos de avaliação para a prontidão do RNPT (FUJINAGA et al., 2013), apoiar o contato pele a pele (GEDDES et al., 2013; HOLMES, 2013; MAASTRUP et al., 2012; MCINNES; CHAMBERS, 2008; JONES, SPENCER, 2005; SPATZ, 2005; BELL, GEYER, JONES, 1995), o aconselhamento em amamentação no pré-natal e pós-natal (RODRIGUES et al., 2013; DEREDDY et al., 2015; MURPHY et al., 2014; AHMED et al., 2009; WARD et al., 2012; MEREWOOD et al., 2006; FRIEDMAN et al., 2004; BRIERE et al., 2014), programas educativos para profissionais de saúde e familiares (BELL, GEYER, JONES, 1995; NYQVIST, 2005) e outros.

Na presente revisão bibliográfica, observa-se que no âmbito nacional as estratégias referentes à promoção foram sobre a construção de um *site* na Web (VASCONCELOS et al., 2013).

Em relação às estratégias de proteção encontradas nas produções do Brasil, foram somente em relação ao Método Canguru (VENANCIO; ALMEIDA, 2004; DEMARI et al., 2011) e a IHAC (VANNUCHI et al., 2004), enquanto que outros países ampliam mais as discussões para a licença-maternidade (GUENDELMAN et al., 2009, NYQVIST, 2005).

E sobre as estratégias de apoio no Brasil foram encontrados: instrumentos de avaliação para a prontidão do RNPT (FUJINAGA et al., 2013); Musicoterapia (VIANNA et al., 2011); sucção não nutritiva (NEIVA, LEONE, 2006; MOREIRA et al., 2014; PIMENTA et al., 2008); uso do copo (VARGAS et al., 2014; RODRIGUES et al., 2013); uso de bombas

elétricas (RODRIGUES et al., 2013); estimulação com o odor do leite materno (RODRIGUES et al., 2013); sucção precoce na mama (RODRIGUES et al., 2013; DEMARI et al., 2011); ordenhar a mama (DEMARI et al., 2011).

Rodrigues e outros (2013) afirmam que é necessário investir em pesquisas com delineamentos que apresentem evidências fortes relativas ao compromisso de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno, contribuindo para o aumento dos índices de AME até 6 meses.

A maioria dos estudos sobre as estratégias de promoção, proteção e apoio encontrados na literatura científica tiveram o seu enfoque para o pré-natal e para o período de internação do RNPT na Unidade Neonatal. Desse modo, poucos estudos citaram estratégias que contemplem o período após a alta hospitalar, como, por exemplo, orientar a mãe durante todo o processo de amamentação antes e após a alta hospitalar (DEMARI et al., 2011) e licença-maternidade (GUENDELMAN et al., 2009, NYQVIST, 2005).

Portanto, este estudo justifica-se por contribuir para a compreensão das estratégias que podem influenciar na prevalência da amamentação dos RNPTs acompanhados em um ambulatório de follow-up, no que tange à promoção, proteção e apoio e quais destas vêm sendo aplicadas de modo efetivo.

1.4 CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

Este estudo poderá contribuir para a assistência de enfermagem quanto à promoção, proteção e ao apoio ao aleitamento materno dos RNPTs, através do conhecimento sobre os cuidados com aleitamento materno do RNPT na unidade neonatal, e assim criar subsídios para protocolos baseados em evidências pautados numa assistência de qualidade, humanizada, individualizada, respeitando as particularidades do pré-termo, aumentando a prevalência do RNPT quanto ao aleitamento materno exclusivo e seus benefícios em longo prazo.

Proporcionará uma contribuição aos profissionais de saúde que atuam na assistência obstétrica e neonatal para promover e apoiar o aleitamento materno do prematuro com segurança e empoderar as mães e a sua família acerca do manejo da amamentação, fortalecendo o vínculo mãe-família-bebê.

Para o ensino da graduação e pós-graduação nas disciplinas referentes à saúde da mulher e da criança, ao ser utilizado por acadêmicos de enfermagem e enfermeiros ou outras áreas afins que demonstrem interesse pela temática e no reconhecimento do momento ideal para iniciar o aleitamento materno e a amamentação, promovendo um crescimento e desenvolvimento saudável desse grupo vulnerável que é o do pré-termo.

Para a pesquisa, o estudo visa fornecer subsídios para outros estudos sobre a temática e fortalecendo as discussões do grupo de pesquisa de enfermagem em Saúde do Recém-Nascido, coordenado pela Professora Dra. Marialda Moreira Christoffel e inserido na linha de pesquisa do Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Criança e do Adolescente da Escola de Enfermagem Anna Nery (UFRJ).

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 POLÍTICAS, PROGRAMAS E ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO

Os programas oficiais de incentivo ao aleitamento materno no Brasil surgiram com os movimentos de proteção à maternidade e à infância que se consolidaram no Programa Materno-Infantil, em 1974, e no Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), em 1981 (JAVORSKI; SCOCHI; LIMA, 1999).

O PNIAM, que ganhou importância internacional pela sua variedade de ações, incluindo campanhas na mídia, capacitação de profissionais de saúde, aconselhamento individual em amamentação, distribuição de material educativo, composição de grupos de apoio à amamentação na comunidade, aprovação de leis que protegem a amamentação e o controle do *marketing* de leites artificiais. No entanto, essas ações ainda não contemplavam as especificidades do RNPT (SOUZA; SANTO; GIUGLIANI, 2010).

Posteriormente, em 1984 foi criado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), que trouxe cinco ações, visando à diminuição das taxas de mortalidade infantil: o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; o aleitamento materno e orientação alimentar para o desmame; controle das doenças diarreicas; assistência e controle das infecções respiratórias agudas; imunização. Desse modo, a prática do aleitamento materno ganha importância, devendo ser estimulada desde o período neonatal.

A partir do ano 2000, foram intensificadas algumas ações para a saúde da criança por ocasião da Declaração do Milênio das Nações Unidas. Assim, surgiram diversas políticas e estratégias com a finalidade de atingir a meta da redução da mortalidade infantil em 2/3 até o ano de 2015. E o aleitamento materno é uma das principais estratégias para essa redução.

Portanto, várias ações objetivando à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno vêm sendo instituídas, muitas delas normatizadas e implementadas nas três esferas de gestão do SUS: federal, estadual e municipal (SOUZA; SANTO; GIUGLIANI, 2010)

Em 2000 é instituída pela Portaria nº 693/GM a aprovação da Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru, destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. O Método Canguru é uma tecnologia que permite o contato pele a pele precoce do recém-nascido de baixo peso com sua família, realizado de forma orientada,

segura, por livre escolha da família e acompanhado por uma equipe de saúde treinada, além de estimular o aleitamento materno (BRASIL, 2013).

Já, em 2005, foi criada a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, que passa a organizar a assistência à criança em 13 linhas de cuidado de atenção integral. Destas, a segunda é dedicada à atenção humanizada e qualificada à gestante e ao recém-nascido e a quarta aborda a importância do incentivo ao aleitamento materno durante o pré-natal, na sala de parto, maternidade e após a alta (BRASIL, 2005).

Ainda com o intuito de reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal, o Ministério da Saúde (MS) criou a Rede Cegonha no ano de 2011. Essa rede organiza-se a partir de quatro componentes: 1) pré-natal, 2) parto e nascimento, 3) puerpério e atenção integral à saúde da criança e 4) sistema logístico. As ações de promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável são contempladas no terceiro componente da rede (BRASIL, 2011c).

A Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012, reafirma o compromisso de garantir o direito da criança hospitalizada de ter a presença de um acompanhante durante todo o seu período de internação, assim como propõe a Resolução nº 41, de 13 de outubro de 1995, tornando obrigatória aos novos estabelecimentos de saúde a previsão, no projeto arquitetônico de sua área física, de alojamento para as mães cujos recém-nascidos estiverem internados em UTIN ou UCIN (BRASIL, 2012; BRASIL, 1995). Dessa forma, com a presença integral da mãe na unidade neonatal, esta poderá estabelecer vínculo com o RNPT e os profissionais de saúde terão maiores oportunidades de favorecer o contato pele a pele assim como o aleitamento materno.

Em 2013 foi instituída a Estratégia Nacional para Promoção de Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável pela Portaria nº 1.920, de 5 de setembro de 2013, que tem como objetivos qualificar as ações de promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável para crianças menores de 2 anos de idade e aprimorar as competências e habilidades dos profissionais de saúde para a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar como atividade de rotina das Unidades Básicas de Saúde, para dessa forma contribuir no aumento dos índices de aleitamento materno exclusivo até 6 meses e de forma complementada até os 2 anos de idade.

A Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015, institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, que está organizada em sete eixos estratégicos: 1) Atenção à gestação, parto, nascimento e ao recém-nascido; 2) Promoção e acompanhamento do

crescimento e do desenvolvimento integral; 3) Aleitamento materno e alimentação complementar saudável; 4) Atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas; 5) Atenção integral a crianças em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz; 6) Atenção à saúde de crianças com deficiência e em situações específicas e de vulnerabilidades; e 7) Vigilância do Óbito Fetal, Infantil e Materno (BRASIL, 2015a).

Atualmente, a Política Nacional de Aleitamento Materno tem como uma das suas prioridades a redução da mortalidade neonatal e está organizada em seis pontos estratégicos: 1) Atenção Básica pela Rede Amamenta Brasil; 2) Atenção Hospitalar com a IHAC e o Método Canguru; 3) Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (BLH); 4) Proteção legal; 5) Mobilização social; e 6) Monitoramento das ações (SOUZA; SANTO; GIUGLIANI, 2010).

No âmbito da atenção básica, a Rede Amamenta Brasil é uma estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, criada em 2008, que propõe aumentar os índices de amamentação no País a partir da capacitação dos profissionais que atuam nas Unidades Básicas de Saúde, para que se tornem agentes de mudança no ensino e aprendizagem do aleitamento materno (BRASIL, 2011d).

Em relação ao âmbito hospitalar, em 1991, a IHAC foi lançada pela OMS e pela UNICEF para aumentar as taxas de aleitamento materno, promovendo a adoção dos 10 passos para o sucesso do aleitamento materno, revisados em 2014:

1-ter uma Política de Aleitamento Materno, que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde;

2- capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implementar esta Política;

3- informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno;

4- ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento, conforme nova interpretação, e colocar os RNs em contato pele a pele com suas mães, imediatamente após o parto, por pelo menos uma hora, e orientar a mãe a identificar se o bebê mostra sinais de que está querendo ser amamentado, oferecendo ajuda se necessário;

5- mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação mesmo se vierem a ser separadas dos filhos;

6- não oferecer a recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica e/ou de nutricionista;

7- praticar o alojamento conjunto, permitir que mães e recém-nascidos permaneçam juntos 24 (vinte e quatro) horas por dia;

8- incentivar o aleitamento materno sob livre demanda;

9- não oferecer bicos artificiais ou chupetas a recém-nascidos e lactentes; e

10- promover a formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos quando da alta da maternidade, conforme nova interpretação, e encaminhar as mães a grupos ou outros serviços de apoio à amamentação, após a alta (BRASIL, 2014).

E, no momento, para os estabelecimentos de saúde públicos e privados serem habilitados à IHAC deverão obedecer aos critérios da Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014: I – cumprir os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”, propostos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF); II – cumprir a Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006, e a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças na Primeira Infância (NBCAL); III – garantir permanência da mãe ou do pai junto ao recém-nascido 24 (vinte e quatro) horas por dia e livre acesso a ambos ou, na falta destes, ao responsável legal, devendo o estabelecimento de saúde ter normas e rotinas escritas a respeito, que sejam rotineiramente transmitidas a toda a equipe de cuidados de saúde; e IV – cumprir o critério global Cuidado Amigo da Mulher, que requer as seguintes práticas:

a) garantir à mulher, durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto, um acompanhante de sua livre escolha, que lhe ofereça apoio físico e/ou emocional;

b) ofertar à mulher, durante o trabalho de parto, líquidos e alimentos leves;

c) incentivar a mulher a andar e a se movimentar durante o trabalho de parto, se desejar, e a adotar posições de sua escolha durante o parto, a não ser que existam restrições médicas e isso seja explicado à mulher, adaptando as condições para tal;

d) garantir à mulher, ambiente tranquilo e acolhedor, com privacidade e iluminação suave;

e) disponibilizar métodos não farmacológicos de alívio da dor, tais como banheira ou chuveiro, massageadores ou massagens, bola de pilates, bola de trabalho de parto, compressas quentes e frias, técnicas que devem ser informadas à mulher durante o pré-natal;

f) assegurar cuidados que reduzam procedimentos invasivos, tais como rupturas de membranas, episiotomias, aceleração ou indução do parto, partos instrumentais ou cesarianas, a menos que sejam necessários em virtude de complicações, sendo tal fato devidamente explicado à mulher;

g) caso seja da rotina do estabelecimento de saúde, autorizar a presença de doula comunitária ou voluntária em apoio à mulher de forma contínua, se for da sua vontade (BRASIL, 2014).

A IHAC soma-se aos esforços do PNIAM, coordenado pelo Ministério da Saúde para: informar profissionais de saúde e o público em geral; trabalhar pela adoção de leis que protejam o trabalho da mulher que está amamentando; apoiar rotinas de serviços que promovam o aleitamento materno e combater a livre propaganda de leites artificiais para RNs, bem como bicos, chupetas e mamadeiras (UNICEF, 2014).

Segundo Semenic, Lauzière e Groleau (2012, p. 318) existe uma evidência crescente de que a IHAC está associada com o aumento das taxas de início e duração do aleitamento materno exclusivo.

Porém, a implementação dessa iniciativa não é uma tarefa simples, como pode ser visto na revisão integrativa de Semenic, Lauzière e Groleau (2012, p. 327), que teve como objetivos identificar e sintetizar informações sobre as barreiras, facilitadores e as recomendações relacionadas com a IHAC na literatura internacional. As autoras apresentam esses aspectos tanto do âmbito organizacional quanto sociopolítico e individual.

Em relação às barreiras organizacionais foram apontadas a falta de apoio administrativo, falta de aplicação das políticas de aleitamento materno, falta de programas de treinamento em aleitamento materno, entre outras (SEMENIC; LAUZIÈRE; GROLEAU, 2012).

As barreiras sociopolíticas foram a falta de financiamento do governo para a implementação da IHAC, a fragmentação dos serviços de saúde, a tradição da alimentação por fórmula láctea, as atividades de promoção não atingirem a população, dentre outras (SEMENIC; LAUZIÈRE; GROLEAU, 2012).

Dentre as barreiras do âmbito individual estão a falta de conhecimento das mães e familiares sobre o aleitamento materno que contribui para baixa motivação para amamentar ou desmame precoce, a falta de instrumentos pedagógicos adequados para as mulheres com diversas necessidades educacionais, além da falta de apoio da família para amamentar (SEMENIC; LAUZIÈRE; GROLEAU, 2012).

Como facilitadores e recomendações para a implantação da IHAC, tanto no âmbito organizacional, sociopolítico e individual, foi sugerido o engajamento das mães e sua família em programas de apoio ao aleitamento materno, com a utilização de estratégias inovadoras de educação em saúde (SEMENIC; LAUZIÈRE; GROLEAU, 2012).

As autoras concluem que são necessárias mais pesquisas para identificar as estratégias mais efetivas para a implementação da IHAC e para remoção dessas barreiras. Ainda no âmbito hospitalar, outra estratégia utilizada é o Método Canguru (MC), que baseia-se no contato pele a pele precoce entre mãe e filho, visando favorecer o vínculo, promover maior participação dos pais no cuidado, além de estimular o aleitamento materno e a alta hospitalar precoce. Caracteriza-se pelo desenvolvimento em três etapas interligadas. As duas primeiras etapas compõem a fase hospitalar (1ª etapa – UTIN e 2ª etapa – alojamento canguru) e são de extrema importância para a sobrevivência destes bebês. Após a alta hospitalar, inicia-se a 3ª etapa, que consiste no seguimento ambulatorial específico até que o bebê atinja 2500 g, com orientação e acompanhamento assegurados na unidade hospitalar (*follow-up*) e, posteriormente, na unidade básica de saúde (UBS) de referência (BUCCINI et al., 2011).

Segundo Souza, Santo e Giugliani (2010, p.3), uma das principais estratégias do governo para a promoção do aleitamento materno é a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano. O Brasil apresenta a maior e mais complexa rede do mundo, com 271 unidades (dados de Souza, Santo e Giugliani do ano de 2010). Os bancos de leite além de coletar, processar e distribuir leite humano, prestam assistência às lactantes cujos RNs estão hospitalizados ou que tenham dificuldades com a amamentação em qualquer momento.

No que se refere à proteção legal ao aleitamento materno, a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância (NBCAL) foi criada em 1988 e, em 2006, a Norma transforma-se em Lei federal (lei 11.265). A NBCAL tem como objetivo auxiliar uma alimentação adequada de lactentes e crianças de primeira infância por meio da normatização da promoção comercial e instrução do uso adequado dos alimentos, bem como bicos, chupetas e mamadeiras. Por exemplo, nas embalagens de fórmulas infantis de seguimento para crianças de primeira infância e leites fluidos, leites em

pó, leites modificados e similares de origem vegetal, deve-se explicitar que "O Ministério da Saúde informa: o aleitamento materno evita infecções e alergias e é recomendado até os 2 (dois) anos de idade ou mais" (BRASIL, 2006).

Sobre a mobilização social, comemora-se em agosto a Semana Mundial da Amamentação e em 19 de maio é comemorado o Dia Nacional de Doação de Leite Humano e a Semana Nacional de Doação de Leite Humano é comemorada, anualmente, na semana que incluir o dia 19 de maio (inicialmente 1º de outubro era o dia da comemoração, a modificação ocorreu a partir da Lei nº 13.227, de 28 de dezembro de 2015). Além disso, no dia 17 de novembro é comemorado o Dia Mundial da Prematuridade, cujo objetivo é advertir sobre o crescente número de partos prematuros e alertar sobre as consequências para o bebê, sua família e a sociedade (PREMATURIDADE.COM, 2013b).

E, quanto ao monitoramento, algumas pesquisas no âmbito nacional investigam as práticas de aleitamento materno, como a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, realizada a cada 10 anos. No entanto, a pesquisa citada não estratifica a população de RNs em a termo e pré-termo. Ademais, estudos que retratem a situação do AME em RNPTs, no país como um todo, ainda são escassos no Brasil (SOUZA; SANTO; GIUGLIANI, 2010, CZECHOWSKI; FUJINAGA, 2010).

Cabe ressaltar que as iniciativas, estratégias e políticas adotadas no Brasil para promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, em sua maioria tratam da questão em um contexto geral, não havendo enfoque específico nas particularidades dos RNPTs. Esse enfoque se faz mais presente nas estratégias envolvidas com o Método Canguru, já que existe uma associação importante dos RNs de baixo peso e a prematuridade.

Por outro lado, no contexto internacional esse déficit já vem sendo abordado de certa forma, pois, em 2009, representantes da Noruega, Finlândia e do Canadá desenvolveram a proposta IHAC para Unidade Neonatal, que é o local onde permanece a maioria dos RNPTs após seu nascimento.

Segundo Nyqvist e outros (2012, p.290), embora ainda não exista um consenso sobre quais políticas e práticas relacionadas à amamentação devem ser recomendadas para unidades de neonatologia, para aplicação da IHAC no contexto da unidade neonatal foram adicionados mais três princípios básicos, além dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno adaptados, sendo eles:

- a) Três princípios básicos
 1. práticas embasadas no respeito às mães;

2. abordagem do cuidado centrado na família;
3. continuidade do cuidado.

b) Dez passos para o sucesso do aleitamento materno:

1. Ter uma política escrita que é rotineiramente comunicada para todos os profissionais de saúde;
2. Educar e treinar todos os profissionais de saúde em conhecimentos específicos e nas habilidades necessárias para implementar essa política;
3. Informar todas as gestantes hospitalizadas com risco de nascimento prematuro ou criança doente sobre o manejo da lactação e amamentação, e os benefícios do aleitamento materno;
4. Encorajar precocemente o contato pele a pele mãe-bebê de maneira contínua e prolongada (Cuidado Canguru);
5. Demonstrar às mães como iniciar e manter a lactação e estabelecer a estabilidade do bebê como único critério para o início precoce da amamentação;
6. Não oferecer alimentos ou outras bebidas que não seja leite humano aos recém-nascidos, exceto se houver indicação médica;
7. Permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia;
8. Encorajar livre demanda ou, quando necessário, a semidemanda de amamentação como uma estratégia transicional para prematuros ou bebês doentes;
9. Uso de métodos alternativos à mamadeira pelo menos até o completo estabelecimento da amamentação e somente uso de bicos ou chupetas por motivos justificados;
10. Preparar os pais para a continuidade do aleitamento materno e assegurar acesso a grupos/serviços de apoio após a alta hospitalar.

Apesar de a IHAC neonatal estar baseada nas evidências científicas mais atuais, a estratégia ainda não foi implementada no Brasil, embora existam estudos nesse sentido, como, por exemplo, o projeto multicêntrico ao qual esta pesquisa também está vinculada.

Cabe ressaltar que a implementação dessa iniciativa adaptada é um grande desafio, pois existe a possibilidade de ela sofrer os mesmos empecilhos que a IHAC convencional enfrenta, como foi observado pelos autores Semenic, Lauzière e Groleau (2012).

2.2PREMATURIDADE

A OMS (2012) define RNs pré-termo aqueles que nascem com menos de 37 semanas de gestação, independente do peso ao nascimento. Eles podem ser classificados de acordo com a sua idade gestacional como: Limítrofe: 35-36 semanas e 6 dias; Moderado: 30-34 semanas e 6 dias; e Extremo: < 30 semanas de gestação. E, em relação ao peso de nascimento, o RN pode ser classificado como Baixo peso: < 2.500g; Muito baixo peso: < 1.500g e Extremo baixo peso: < 1.000g (BRASIL, 1994). Ainda convém lembrar que um dos fatores associados ao baixo peso ao nascer é a prematuridade (MAIA, SOUZA, 2010).

As características físicas e fisiológicas do prematuro estão relacionadas à idade gestacional, pois, quanto menor é a idade gestacional, maior é a imaturidade dos sistemas corporais do recém-nascido, portanto ele torna-se alvo de situações de risco, podendo levá-lo ao adoecimento (BRÜGGEMANN, OLIVEIRA, SANTOS, 2011).

Em relação à amamentação, os recém-nascidos pré-termo são muito pequenos e possuem pouca energia para sugar e controle inadequado da tríade sucção-deglutição-respiração pela imaturidade dos reflexos, devido à falta de integração da musculatura dos lábios, bochechas, queixo, língua, palato, faringe e laringe. O reflexo de sucção, que aparece na vigésima quarta semana, no entanto na trigésima segunda semana ele ainda não é sincrônico com a deglutição, o que acontece na trigésima quarta semana (AQUINO, 2008; SILVA et al., 2011).

Além disso, os prematuros possuem flacidez da cárdia, hipotonia do piloro, reduzida capacidade funcional e gástrica. Eles também têm dificuldade em permanecer em estado de alerta para serem amamentados; possuem maior risco de aspiração e não demonstram sinais de fome e saciedade (AQUINO, 2008; SILVA et al., 2011).

2.3 ANATOMIA E FISIOLOGIA DA AMAMENTAÇÃO DO RN PRÉ-TERMO

A amamentação é realizada pela estrutura e função da cavidade oral – lábios, bochechas, língua, palato duro e mole e da mandíbula. Os músculos oral, bucal, lingual e da faringe também estão diretamente envolvidos na amamentação, dando à criança a capacidade para gerar vácuo. Logo depois de um nascimento prematuro, estes músculos podem ser muito fracos para gerar pressão negativa. Para estabelecer a amamentação, um RNPT precisa de um mecanismo de amamentação adequado (capacidade de gerar pressão negativa e uma vedação adequada) (JONES, SPENCER, 2005).

Os músculos da cabeça e pescoço são menos envolvidos na amamentação, mas eles influenciam no sucesso da amamentação. É extremamente importante notar que a cabeça do prematuro é pesada em relação à sua musculatura fraca do pescoço. A cabeça e o pescoço do recém-nascido mantêm sua estabilidade tolerando apenas uma leve pressão, desse modo movimentos tênues sem direção podem facilmente colabar as vias aéreas, causando apneia e bradicardia (JONES, SPENCER, 2005).

Os RNPTs têm uma tendência a adotar uma posição estendida, o que pode ser prejudicial para o estabelecimento da sua alimentação. (JONES, SPENCER, 2005).

Na criança a termo, os músculos que estendem o pescoço são mais desenvolvidos do que os músculos que trazem a cabeça para a frente. Isso exige que a mãe sustente a cabeça do RN para mantê-la em alinhamento com o resto do corpo. Esta situação é mais pronunciada em RNPT devido à maior fraqueza dos músculos do pescoço. Essa fraqueza muscular faz com que o correto posicionamento no seio seja mais difícil de conseguir (JONES, SPENCER, 2005).

Portanto, devemos persuadir a criança a adotar uma posição de flexão com travesseiros. A flexão é um fator-chave para promover uma resposta bucal coordenada. A hiperextensão do pescoço durante a amamentação também deve ser corrigida, uma vez que reduz a estabilidade do maxilar, aumenta retração da bochecha e reduz o vedante entre os lábios da criança e a mama da mãe (JONES, SPENCER, 2005).

A posição invertida (por vezes chamada de “posição de jogador americano”) é uma posição que muitas vezes funciona para os RNPTs. Esta posição fornece à mãe mais controle da cabeça e uma visão de face da criança e o uso de travesseiros facilita na colocação da criança numa posição ao nível do seio (JONES, SPENCER, 2005).

Já, sobre a fisiologia, a sucção, deglutição, busca e preensão são reflexos somáticos relacionados com a amamentação. A amamentação exige não só a capacidade de sugar e engolir da criança, mas também a capacidade de coordenar sucção e deglutição com a respiração (JONES, SPENCER, 2005).

As habilidades motoras orais de um prematuro se desenvolvem em quatro fases distintas: 1) desenvolvimento da sucção; 2) maturação do processo de deglutição; 3) maturação da respiração; e 4) coordenação da sucção/deglutição/respiração (JONES, SPENCER, 2005).

Embora os componentes da sucção possam estar presentes desde a gestação, em torno da 28ª semana, a sincronia é irregular e a criança se cansa facilmente (JONES, SPENCER, 2005).

Inicialmente, o padrão imaturo de sucção/deglutição é demonstrado pela respiração que ocorre apenas durante as pausas na alimentação. À medida que a criança amadurece, a sucção tornar-se mais funcional, coordenada com a deglutição e respiração. Essa coordenação de sucção e deglutição é essencial para a transferência do leite e ela começa ao redor de 32-36 semanas de gestação, embora os RNPTs nem sempre sigam o padrão previsto (JONES, SPENCER, 2005).

Apesar de haver uma forte correlação entre maturidade e a organização do padrão da sucção, também há uma evidência de que o tempo dessa transição pode ser acelerada pelo início precoce de experiências positivas de amamentação (JONES, SPENCER, 2005).

2.4 MANEJO DA LACTAÇÃO DE MÃES DE RNPT

A lactogênese fase I acontece através da ação de diferentes hormônios, durante a gestação, com a finalidade de preparar as mamas para a amamentação. O hormônio estrogênio é o responsável pela ramificação dos ductos lactíferos, e o progestogênio, pela formação dos lóbulos. Outros hormônios também estão envolvidos no processo, como o lactogênio placentário, prolactina e gonadotrofina coriônica (BRASIL, 2015b).

Após o nascimento da criança e a expulsão da placenta, há uma diminuição acentuada nos níveis sanguíneos maternos de progestogênio, com consequente liberação de prolactina pela hipófise anterior, iniciando a lactogênese fase II e a secreção do leite. Além disso, ocorre a liberação de ocitocina durante a sucção (BRASIL, 2015b).

Após a “descida do leite”, que acontece até o terceiro ou quarto dia pós-parto, inicia-se a fase III da lactogênese, também denominada galactopoiese. Essa fase, que se mantém por toda a lactação, depende principalmente da sucção do bebê e do esvaziamento da mama. Quando, por qualquer motivo, o esvaziamento das mamas é prejudicado, pode haver uma diminuição na produção do leite, por inibição mecânica e química. O leite contém os chamados “peptídeos supressores da lactação”, que são substâncias que inibem a produção do leite. A sua remoção contínua com o esvaziamento da mama garante a reposição total do leite removido (BRASIL, 2015b).

Portanto, no caso das mães de RNPTs que estejam impossibilitados de sugar no momento, é necessário que ocorra o esvaziamento das mamas, preferencialmente nas primeiras 6 horas após o parto, pelo menos oito vezes ao dia, através da técnica da ordenha manual, que segundo o Ministério da Saúde (2011) deve seguir estas etapas:

1. Procurar uma posição confortável, relaxante. Pensar no bebê pode auxiliar na ejeção do leite.
2. Massagear delicadamente a mama com a ponta dos dedos, com movimentos circulares, da base da mama em direção à aréola.
3. Manter o tórax curvado sobre o abdome, para facilitar a saída do leite e aumentar o seu fluxo.
4. Posicionar os dedos da mão em forma de “C”, com o polegar na aréola ACIMA do mamilo e o dedo indicador ABAIXO do mamilo na transição aréola-mama, em oposição ao polegar, sustentando o seio com os outros dedos.
5. Usar preferencialmente a mão esquerda para ordenhar a mama esquerda e a mão direita para a mama direita, ou as duas mãos simultaneamente (técnica bimanual).
6. Fazer leve pressão do polegar e do dedo indicador, um em direção ao outro, e leve pressão em direção à parede torácica. Pressão muito forte pode bloquear os ductos lactíferos.
7. Após a pressão, soltar. Repetir essa manobra tantas vezes quanto necessárias. A princípio o leite pode não fluir, mas, depois de pressionar algumas vezes, o leite começa a pingar e pode fluir em jorros se o reflexo de ocitocina for ativado.
8. Mudar a posição dos dedos ao redor da aréola para que todas as áreas da mama sejam esvaziadas.

9. Iniciar a ordenha da outra mama quando o fluxo de leite diminuir. Alternar a mama e repetir a massagem e o ciclo várias vezes. Lembrar que ordenhar leite de peito adequadamente leva mais ou menos 20 a 30 minutos, em cada mama, especialmente nos primeiros dias, quando apenas uma pequena quantidade de leite pode ser produzida.
10. Podem ser ordenhados os dois seios simultaneamente.

(BRASIL, 2011a)

2.5 ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO DO RNPT

Segundo a OMS (2007) e Brasil (2015 b) os tipos de aleitamento materno são: 1) Aleitamento exclusivo – quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte; 2) Aleitamento materno predominante – quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água; 3) Aleitamento materno – quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado) independente de receber ou não outros alimentos; 4) Aleitamento materno complementado – quando a criança recebe, além de leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido com a finalidade de complementá-lo e não substituí-lo; 5) Aleitamento materno misto ou parcial – quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

Sobre as vias e métodos de administração do aleitamento materno, idealmente o RNPT deve ser estimulado a sugar o seio materno, porém, na impossibilidade da realização dessa prática, devido à instabilidade clínica do bebê, ele deverá receber alimentação por sonda. A administração pode ser feita por gavagem (bolo) ou por infusão contínua, porém preferencialmente em bolo, por ser considerada mais fisiológica (BRASIL, 2011a).

Após melhora clínica do bebê, utiliza-se a técnica da translactação para proceder à transição da alimentação por sonda para a alimentação ao seio materno. Deve-se fixar com uma fita adesiva, na roupa da mãe, à altura do ombro, uma seringa de 10 ou 20 ml, sem o êmbolo, acoplada a uma sonda gástrica nº 4, com a extremidade com furos colocada ao nível do mamilo e colocar o bebê no seio materno, abocanhando a aréola e a sonda. E, no caso de a mãe não estar presente, a fim de que o RN não perca o estímulo de sucção, além de fortalecer a musculatura oral e seu reflexo de coordenação, utiliza-se o método de alimentação *finger feeding* (BRASIL, 2013).

Em relação à alimentação complementar ao seio materno, pode ser utilizado o copinho. Para o uso do copo, o RNPT deve estar em estado de alerta, sentado ou semissentado no colo da mãe ou do cuidador, e os mesmos devem encostar a borda do copinho no lábio inferior do bebê, inclinar o copinho até que o leite toque seu lábio inferior e aguardar que o bebê sorva o leite (BRASIL, 2013).

Já o uso da mamadeira é indicado apenas nos casos de mães impossibilitadas de amamentar, como, por exemplo, as portadoras do vírus HIV. O RNPT deve ser mantido na posição vertical, para evitar a broncoaspiração e já deve coordenar as funções de sucção e deglutição (ARAÚJO, 2014).

2.6 AMAMENTAÇÃO COMO PRÁTICA ALIMENTAR DO RNPT

Com o avanço da neonatologia e o advento das Unidades Neonatais, a sobrevivência de prematuros e de RNs de baixo peso aumentou significativamente. Diante disso, novas pesquisas estão sendo desenvolvidas para conduzir a forma ideal de assegurar suporte nutricional a esses pacientes (BRASIL, 2013).

O manejo da nutrição dos prematuros não é fácil. A hora e o tipo de dieta a ser iniciada no RNPT de muito baixo peso ainda provocam debates entre os neonatologistas. No entanto, existe um consenso de que o suporte nutricional dos RNs de muito baixo peso deve ser iniciado imediatamente após o nascimento e a nutrição trófica (pequenos volumes ofertados logo após o nascimento), de preferência com leite humano, tem sido apontada como um estímulo para a maturação do trato gastrointestinal (ZIEGLER, 2009).

Os indicadores tradicionais para avaliar início de amamentação utilizados são a estabilidade fisiológica, o peso maior ou igual a 1.500 g, a idade gestacional igual ou maior que 34 semanas e a capacidade de ingerir todo o volume prescrito (NASCIMENTO; ISSLER, 2004). Embora a recomendação atual da IHAC neonatal considere como único critério para o início da amamentação a estabilidade clínica dos bebês (ausência de apneia grave, dessaturação e bradicardia) (NYQVIST et al., 2012).

As condições dos prematuros têm trazido certas dificuldades práticas sobre o melhor momento para se iniciar a alimentação oral, o que tem levado os pesquisadores a buscarem instrumentos precisos para a avaliação individual da prontidão oral do prematuro que propicie o início precoce da amamentação. Esse início precoce da amamentação é importante, já que

essa prática tem sido relacionada à manutenção do aleitamento materno por mais tempo oralmente (FUJINAGA et al., 2013, BRASIL, 2011e).

Os recém-nascidos de risco (asfixia grave ao nascer (Apgar < 7 no 5o min); RNPT com peso ao nascer < 2.000 g; RN < 35 semanas de idade gestacional; RN com outras doenças graves) são os que mais necessitam da introdução precoce da amamentação (possível a partir de 29 semanas de idade corrigida), e a mãe deve ser encorajada a posicionar seu filho no seio assim que exista algum sinal de mudança do estado de sono para vigília (NYQVIST; KYLBERG, 2008; NYQVIST et.al, 2012; NYQVIST, SJÖDÉN, EWALD, 1999).

O processo de amamentação tem início antes mesmo de o RNPT ter condições de se alimentar diretamente no seio. Ele se inicia no acolhimento da família dentro da Unidade Neonatal, oferecendo condições para a mãe permanecer junto ao seu filho para iniciar o contato pele a pele precoce, a ordenha de seu leite e a alimentação do RN, como preconiza o Método Canguru (BRASIL, 2013).

Assim, o Método Canguru é uma política pública que está sendo ampliada e fortalecida no Brasil e que possui ações para os cuidados técnicos com o RNPT (manuseio, atenção às necessidades individuais, cuidados com luz, som, dor); o acolhimento à família; a promoção do vínculo mãe/bebê e do aleitamento materno; e o acompanhamento ambulatorial após a alta (BRASIL, 2013).

O contato pele a pele, no Método Canguru, começa com o toque evoluindo até a posição canguru, que consiste em “manter o RN de baixo peso, ligeiramente vestido, em decúbito prono, na posição vertical, contra o peito dos pais ou outros familiares”(BRASIL, 2013, p.19). O contato pele a pele deve ser iniciado de forma precoce e crescente, por livre escolha da família, pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente.

O Método Canguru ocorre em três etapas, conforme a Portaria GM/MS nº 1.683, de 12 de julho de 2007, sendo elas:

- 1) Tem início no pré-natal da gestação de alto-risco seguido da internação do RN na Unidade Neonatal.
- 2) O bebê permanece de maneira contínua com sua mãe/família e encoraja-se a adoção da posição canguru pelo maior tempo possível. Esse período funcionará como um “estágio” pré-alta hospitalar. Os critérios de elegibilidade do bebê para a permanência nessa etapa são a estabilidade clínica; nutrição enteral plena (peito, sonda gástrica ou copo); peso mínimo de 1.250 g. E os critérios relacionados à mãe são o desejo de participar, disponibilidade de tempo e de rede social de apoio,

consenso entre mãe, familiares e profissionais da saúde, capacidade de reconhecer os sinais de estresse e as situações de risco do recém-nascido e conhecimento e habilidade para manejar o bebê em posição canguru.

- 3) Acompanhamento da criança e da família no ambulatório e/ou no domicílio até atingir o peso de 2.500 g, dando continuidade à abordagem biopsicossocial. Os critérios para a alta hospitalar com transferência para a 3ª etapa: mãe segura, psicologicamente motivada, bem orientada e familiares conscientes quanto ao cuidado domiciliar do bebê; compromisso materno e familiar para a realização da posição pelo maior tempo possível; peso mínimo de 1.600 g; ganho de peso adequado nos três dias que antecederem a alta; sucção exclusiva ao seio materno ou, em situações especiais, mãe e família habilitadas a realizar a complementação; assegurar acompanhamento ambulatorial até o peso de 2.500 g; a primeira consulta deverá ser realizada até 48 horas da alta e as demais no mínimo uma vez por semana; garantir atendimento na unidade hospitalar de origem, a qualquer momento, até a alta da terceira etapa.

Em relação à amamentação, a prática do contato pele a pele promove benefícios imediatos e em longo prazo tanto para a mãe e quanto para o RN. Como efeitos imediatos para a mãe, o contato pele a pele melhora os comportamentos de afeto, vínculo, e para o RN ele melhora a efetividade da primeira mamada e reduz o tempo de obtenção de sucção efetiva. E, como efeitos em longo prazo, existe associação positiva entre índices de aleitamento materno nos primeiros 4 meses após o parto e maior duração de amamentação (BRASIL, 2011e).

No entanto, o contato pele a pele e a amamentação no caso dos RNPTs muitas vezes tem que ser postergado até o estabelecimento clínico desse bebê. Por isso, para a execução da amamentação em um RNPT é necessário oferecer apoio ao aleitamento materno: ensinar a ordenha da mama para a mãe nas primeiras horas após o nascimento, auxiliar com orientações e demonstrações e disponibilizar material e recursos humanos para este suporte. A ordenha deve ser feita a cada 2 ou 3 horas e com uma frequência de pelo menos 6 a 8 vezes ao dia. Esse leite pode ser colocado em recipientes limpos e fervidos. E posteriormente armazenado durante 12 horas na geladeira ou até 15 dias no congelador ou *freezer* (BRASIL, 2011a).

Por características próprias da prematuridade citadas acima, o RNPT que inicialmente não consegue alimentar-se por meio da sucção deve ser nutrido através da utilização de método alternativo, a gavagem, e posteriormente, no momento da transição para o seio

materno, também pode-se lançar mão de outros métodos como copo, translactação, etc. De um modo geral, tal transição se faz a partir da melhora clínica e estabelecimento da coordenação sucção-deglutição-respiração. (BRASIL, 2013).

2.7 PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO

2.7.1 Promoção

As ações de promoção do aleitamento materno devem ser realizadas para informar a sociedade em geral sobre as questões que envolvem a prática da amamentação e necessitam ser intensificadas pelos profissionais de saúde, a mulher e a toda a sua família/redes de apoio, nos períodos do pré-natal, parto e nascimento (BRASIL, 2013).

Dessa forma, uma das principais estratégias de promoção são as campanhas que o Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de Pediatria realizam anualmente na Semana Mundial da Amamentação, com a distribuição de cartazes e folhetos com dicas de amamentação para as mães.

Os profissionais de saúde também precisam ser envolvidos pelas ações de promoção e serem mais bem capacitados para trabalhar com a promoção do aleitamento materno (ALMEIDA, LUZ, UED, 2015). Uma maneira de oferecer essa capacitação é através de programas educativos que visem aumentar seus conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais (RODRIGUES et al., 2013; KRONBORG, KOK; 2012; MONTGOMERY et al., 2008; OGLIO et al., 2007; MCLNNES, 2000; MEIER et al., 2003; JONES, EMMETT, SPENCER, 2009; SPATZ, 2005; LEE et al., 2012; WARD et al., 2012; HÉON, et al., 2014; PINEDA, 2006).

2.7.2 Proteção

A legislação brasileira é considerada das mais avançadas na proteção ao aleitamento materno e ao direito da criança à amamentação (HECK, 2011).

No Brasil, a licença-maternidade é um direito garantido pela Constituição Federal (CF) de 1988 às trabalhadoras urbanas e rurais. O artigo 7º, inciso XVIII assegura à empregada gestante uma licença de 120 dias consecutivos, sem prejuízo do emprego e da remuneração, podendo ter início no primeiro dia do nono mês de gestação, salvo antecipação

por prescrição médica. A empregada deve requerer a licença até o final do primeiro mês após o parto e o benefício também se aplica à empregada que adotar ou obtiver guarda judicial para fins de adoção de criança (BRASIL, 1988).

Além disso, ainda a CF (1988), em sua alínea *b* do inciso II do art. 10 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, não permite a dispensa arbitrária ou sem justa causa da mulher trabalhadora durante o período de gestação e lactação, desde a confirmação da gravidez até cinco meses após o parto. A Lei Complementar nº 146, de 25 de junho de 2014, estende essa estabilidade provisória do emprego a quem detiver a guarda da criança, nos casos em que ocorrer o falecimento da genitora (BRASIL, 1988, 2014).

Segundo a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), artigo 396, parágrafo único, a mulher, para amamentar o próprio filho até que ele complete 6 meses de idade, terá direito, durante a jornada de trabalho, a dois descansos, de meia hora cada um. Quando a saúde do filho exigir, o período de 6 meses poderá ser dilatado a critério da autoridade competente. E, segundo o artigo 389, parágrafos 1º e 2º, todo estabelecimento que empregue mais de 30 mulheres com mais de 16 anos de idade deverá ter local apropriado onde seja permitido às empregadas guardar sob vigilância e assistência os seus filhos no período de amamentação. Ou as empresas e empregadores podem adotar o sistema de reembolso-creche. Ou a exigência pode ser suprida por meio de creches distritais mantidas por convênios ou outras entidades públicas e privadas, pela empresa ou a cargo do SESI, SESC ou entidades sindicais (BRASIL, 1943).

Ainda sobre a proteção à maternidade, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, cria o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal ao empregador. O programa é destinado a prorrogar por 60 (sessenta) dias a duração da licença-maternidade prevista no inciso XVIII do *caput* do artigo 7º da Constituição Federal (BRASIL, 2008).

Em relação à remuneração, o salário-maternidade é um benefício pago à trabalhadora que não fizer jus à licença-maternidade em caso de parto, aborto não criminoso ou ao adotante, nos casos de adoção ou guarda judicial com essa finalidade. Desse modo, o benefício é assegurado em casos de mulheres contribuintes individuais, facultativas ou seguradas especiais, além das mulheres desempregadas (BRASIL, 2015c).

No entanto, para receber o benefício, a mulher deve cumprir o período de carência de 10 meses de contribuição à Previdência Social. Sendo a duração do benefício de 120 (cento e vinte) dias nos casos de parto, adoção ou guarda judicial para fins de adoção,

independentemente da idade do adotado, que deverá ter no máximo 12 (doze) anos de idade, e no caso de natimorto. E, no caso de aborto espontâneo ou previsto em lei, o período do benefício será de 14 (quatorze) dias (BRASIL, 2015c).

Segundo a Lei 8.213/91, o cálculo do valor do benefício será realizado da seguinte maneira:

- 1) Para a empregada ou trabalhadora avulsa, a Lei determina que o valor do benefício seja o mesmo da sua remuneração integral equivalente a um mês de trabalho. O valor máximo a ser pago deverá obedecer ao limite fixado no artigo 37, XI da Constituição Federal, nos termos do artigo 248 do mesmo diploma legal.
- 2) Para a empregada doméstica (em atividade), a Lei determina que o valor do benefício seja o mesmo do seu último salário de contribuição. Neste caso, deverão ser observados o limite mínimo e máximo do salário de contribuição ao INSS.
- 3) Para a segurada especial será o valor de 1 (um) salário mínimo⁹ por mês de benefício. Caso efetue contribuições facultativamente, será o valor de 1/12 avos da soma dos 12 últimos salários de contribuição apurados em um período não superior a 15 meses.
- 4) Para os demais casos, como contribuinte individual, facultativo e desempregada em período de graça¹⁰, em 1/12 avos da soma dos últimos 12 últimos salários de contribuição apurados em período não superior a 15 meses.

(BRASIL, 1991).

A licença-paternidade de 5 (cinco) dias corridos também é concedida pela CF (1988) em seu artigo 7º, XIX e artigo 10, § 1º, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, como uma forma de proteção à paternidade (BRASIL, 1988).

Outra iniciativa como a licença da avó é oferecida às servidoras do Município do Rio de Janeiro, mães de gestantes, que terão licença especial por sete dias corridos e no mesmo período que a licença-maternidade, na forma da legislação vigente (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2002).

⁹ No ano de 2015: salário mínimo nacional = R\$ 788,00 e no Estado do Rio de Janeiro a faixa com valor mais baixo passa para R\$ 953,47, e a oitava faixa ficou em R\$ 2.432,72.

¹⁰ O chamado “período de graça” é o prazo no qual o cidadão, mesmo sem estar fazendo recolhimentos ao INSS, ainda mantém a sua condição de “segurado do INSS”, ou seja, pode ter direito a algum benefício conforme o caso, mesmo estando sem atividade e sem realizar contribuições.

A Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que institui o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), atualizada com a Lei nº 12.010 de 2009, em seu Capítulo II, artigo 9, dispõe que o poder público, as instituições e os empregadores deverão oferecer as condições adequadas ao aleitamento materno, inclusive aos filhos de mães submetidas a medida privativa de liberdade. Além disso, a Resolução 41/95, que dispõe sobre os direitos da criança e do adolescente hospitalizados, também defende o direito da criança de não ser separada de sua mãe ao nascer e de ser amamentada durante a sua internação.

No contexto das mães de RNPTs, atualmente para as servidoras do Estado do Rio de Janeiro e São Paulo é concedida a licença à gestante de recém-nascidos pré-termo, que acrescenta o número de semanas equivalente à diferença entre o nascimento a termo (37 semanas de idade gestacional) e a idade gestacional do recém-nascido, devidamente comprovada. No entanto, para o restante população materna, a iniciativa ainda é um projeto de lei (PLS 241/10) que acrescenta o artigo 71-B à nº Lei 8.213, de 24 de julho de 1991, que discorre sobre o salário-maternidade das seguradas mães de prematuros extremos. Dessa forma, será concedido o salário-maternidade durante todo o período necessário ao acompanhamento hospitalar do recém-nascido, sem prejuízo do período de licença à gestante. No momento o projeto foi encaminhado e será avaliado pela Câmara dos Deputados (PREMATURIDADE.COM, 2013c).

Portanto, observa-se que as medidas de proteção incluem medidas diretas envolvendo o aleitamento materno, como a garantia de intervalos na jornada de trabalho para amamentar, de local adequado para tal prática no trabalho, entre outras.

E também medidas indiretas, como a licença-maternidade, salário-maternidade que permitem à mãe permanecer mais próxima do filho no momento em que ele necessita de mais cuidado e atenção, momento esse crucial para o início/manutenção da amamentação.

As medidas referentes aos familiares (avó, pai do bebê) influem sobre o aleitamento materno a partir do momento em que a estrutura familiar pode atuar como suporte/apoio ao mesmo. Neste último caso, a medida de proteção permite a efetividade da medida de apoio ao aleitamento.

2.7.3 Apoio

Segundo a Sociedade de Pediatria de São Paulo (2009), as estratégias de apoio podem ser realizadas pelos profissionais de saúde, que devem utilizar todos os seus conhecimentos e habilidades sobre o tema para apoiar a mãe a amamentar, seja durante a internação ou após a alta hospitalar. Algumas dessas estratégias estão descritas no Quadro 1.

Quadro 1 – Distribuição das estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde preconizadas pela literatura científica para aumentar as taxas de aleitamento materno

- Encorajar a mãe a estimular a mama e retirar o leite precocemente, de preferência nas primeiras 24 horas após o parto.
- Orientar a mãe a manter o estímulo da mama para lactação e retirada de leite de forma regular (a cada 3 horas) nos dias subsequentes ao parto.
- Estender as orientações quanto à alimentação do bebê aos familiares, providenciando assim uma rede social de apoio à amamentação.
- Enfatizar para a mãe e toda família a superioridade do leite materno em relação a todos os outros leites. O profissional de saúde deve ser claro e repetitivo a esse respeito e considerar o leite da mãe como “ouro líquido”.
- Encorajar a mãe a praticar, sempre que possível, contato pele a pele (Método Canguru).
- Iniciar contato do bebê com o seio materno assim que a maturidade e o quadro clínico permitirem, independentemente do peso da criança.
- Organizar reuniões e grupos de apoio de amamentação com a presença de outras mães que conseguiram amamentar seus filhos prematuros com sucesso.
- Preparar o bebê para a sucção ao seio, por meio de estimulação sensório-motora-oral precoce, de forma regular, enquanto a sonda for necessária (sucção não nutritiva).
- Não oferecer mamadeira. O uso de translactação (dispositivo contendo leite acoplado ao mamilo por meio de sonda) é útil se o bebê apresentar sucção débil.
- Disponibilizar número de telefone para que a mãe e a família do bebê tenham acesso aos profissionais de saúde para sanar dúvidas em relação à amamentação após a alta.
- Agendar visitas precoces para monitorização do crescimento e desenvolvimento do bebê e verificação de eventuais dificuldades com a amamentação.

Fonte: BRASIL, 2011a

Além das estratégias de apoio realizadas pelos profissionais de saúde, é necessário frisar que a família do bebê também tem um papel importante como rede de apoio à amamentação. Portanto, o acolhimento dos diferentes integrantes da família de forma precoce é o preconizado pelo Método Canguru e em geral é o pai o primeiro a entrar na unidade neonatal (BRASIL, 2013).

O modelo da “nova paternidade”, em que o homem busca vivenciar todos os momentos desde a gravidez, pode aumentar o vínculo afetivo com o bebê. No entanto, a mudança de pai-provedor para pai-participante não depende somente da sua vontade. É necessário que as ações de proteção ao aleitamento materno, como, por exemplo, a licença-paternidade, sejam repensadas e ampliadas, devido à importância do papel do pai nesse contexto (PIAZZALUNGA, LAMOUNIER, 2011).

O estudo de Piazzalunga e Lamounier (2011) foi de abordagem qualitativa, com 12 pais (homens) de bebês nascidos em um Hospital Amigo da Criança, e tinha como objetivo compreender, sob a ótica paterna e no contexto familiar, o papel que o pai exerce durante o aleitamento materno e os fatores que facilitam ou dificultam sua participação nesse processo. Os resultados mostraram que o pai possui uma grande importância na continuidade do aleitamento materno durante os 10 primeiros dias de pós-parto, pois esse é um período em que podem surgir algumas dificuldades em relação ao manejo da amamentação, como, por exemplo, o ingurgitamento mamário. Além disso, o estudo aponta que o pai deve reforçar a prática da amamentação com elogios à mulher, ser incluído nas tarefas de apoio à esposa desde o pré-natal e no cuidado com o filho.

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

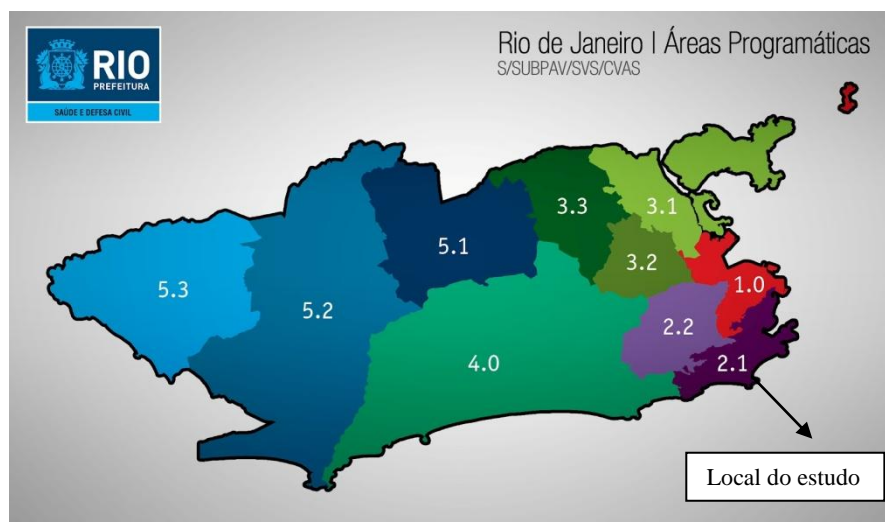
A presente pesquisa é do tipo descritiva, de abordagem quantitativa. A pesquisa quantitativa frequentemente quantifica relações entre variáveis – a variável independente ou preditiva e a variável dependente ou resultado (SOUSA, 2007).

Vergara (2000) argumenta que a pesquisa descritiva expõe as características de determinada população ou fenômeno, estabelece correlações entre variáveis e define sua natureza. Esse tipo de pesquisa: “Não tem o compromisso de explicar os fenômenos que descreve, embora sirva de base para tal explicação”. Portanto, este estudo visa descrever e documentar a frequência dos aspectos referentes ao processo de amamentação de prematuros, na perspectiva das mães, após a alta hospitalar.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O Município do Rio de Janeiro é dividido em 10 áreas programáticas de saúde, cada uma delas compreende regiões e bairros específicos (Figura 2).

Figura 2 – Distribuição das Áreas Programáticas de Saúde do Município do Rio de Janeiro



Fonte: <http://cvasrio.blogspot.com.br/2012/02/areas-programaticas-bairros.html>

O presente estudo foi realizado no ambulatório de *follow-up* de uma única maternidade especializada, localizada na Área Programática 2.1, que contempla os bairros da zona sul do Município do Rio de Janeiro, com título de Hospital Amigo da Criança desde 1999, participante da estratégia Rede Cegonha do Ministério da Saúde, que dispõe de assistência ambulatorial e hospitalar, multiprofissional, oferecendo linhas de cuidado específicas na atenção à saúde de gestantes e recém-nascidos de alto risco (BRASIL, 2015d).

Essa instituição foi escolhida como local do estudo, pois tem como missão promover a saúde da mulher, da criança e do adolescente e melhorar a qualidade de vida desse grupo, por meio de ações integradas e articuladas, ações de pesquisa, ensino, assistência e atenção integral à saúde, cooperação técnica em nível nacional e internacional e desenvolvimento e avaliação de tecnologias, como também oferecer subsídios à execução e formulação de políticas públicas nacionais e por ter um banco de leite humano que é referência na América Latina (BRASIL, 2015d).

A Maternidade atua pela Portaria nº 930/GM/MS, de 10 de maio de 2012, funciona 24 horas por dia e conta com um Centro Obstétrico, UTIN, Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINco), Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINca), Banco de Leite Humano (BLH), Alojamento Conjunto, assim como serviços de apoio de laboratório de análises clínicas e de patologia (BRASIL, 2015d).

No momento, a referida instituição participa como grupo controle do projeto multicêntrico ao qual este estudo de mestrado está vinculado. Dessa forma, o local do estudo não recebeu a intervenção da IHAC neonatal, pois o objetivo geral é avaliar a efetividade da intervenção da IHAC neonatal.

Como na unidade selecionada funciona a IHAC e um BLH, é rotina da instituição oferecer como primeira escolha de alimentação dos RNs, principalmente dos RNPTs, o leite materno, e como segunda opção o leite humano, desse modo, a última opção é o uso da fórmula infantil. Em relação à via de administração, a primeira escolha é a sucção no seio materno, mas, caso a mãe e/ou RN estejam impossibilitados, os profissionais utilizam outras estratégias de forma individual ou em conjunto, como, por exemplo, o uso do copo, gavagem, translactação e como última opção o uso de mamadeira/chuca.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do presente estudo são as mães de RNPTs atendidos em um ambulatório de *follow-up*. A amostra do estudo foi do tipo não probabilística por conveniência, isto é, o pesquisador seleciona membros da população mais acessíveis (VIEIRA, 2012).

Assim, todas as mães de RNPTs atendidos no ambulatório de *follow-up*, durante o período de junho a outubro de 2015, e que obedeceram aos critérios de inclusão fizeram parte da amostra.

A amostra não probabilística foi escolhida, uma vez que a população não estava disponível para ser sorteada, devido ao atendimento ter sido realizado à medida que as participantes eram encaminhadas para o serviço de saúde para o acompanhamento da puericultura da criança.

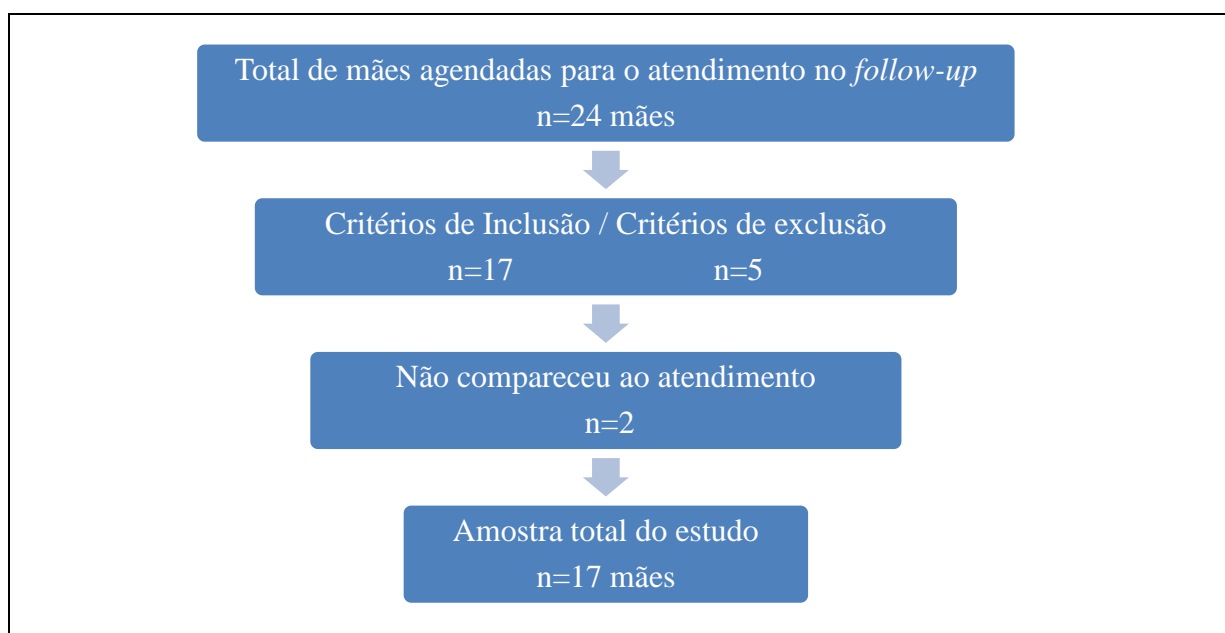
O cálculo para a presente amostra foi baseado no projeto multicêntrico citado, que durante um período de 3 meses de coleta de dados no ambulatório de *follow-up* obteve 23 mães entrevistadas de 32 RNPTs (2 nascidos de parto triplo e 5 nascidos de parto duplo). Portanto, o total da amostra do presente estudo foi de 17 mães de 21 RNPTs (3 nascidos de parto duplo).

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão do estudo foram: mães de RNPTs que retornaram para o *follow-up* nos primeiros 15 dias após a alta hospitalar nos meses da coleta de dados (junho a outubro de 2015).

E os critérios de exclusão foram: mães portadoras de vírus da imunodeficiência humana (HIV) e/ou vírus T-linfotrófico humano 1 (HTLV-1); em uso de medicamentos que impedem a amamentação; que tiveram RNs portadores de galactosemia clássica / leucínose / fenilcetonúria e/ou os RNs que foram reinternados.

Figura 3 – Diagrama do processo de seleção das participantes do estudo. Rio de Janeiro, RJ, 2015



3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Como instrumento de coleta de dados foi utilizado um formulário (APÊNDICE B) com perguntas abertas e fechadas. O formulário é um conjunto de questões pré-elaboradas, sistemático e sequencial, disposto em itens que constituem os objetivos, sendo o entrevistador quem faz as perguntas e preenche o documento.

O formulário da pesquisa foi elaborado com base nos preceitos do Caderno de Atenção Básica nº 23, do Guia para os profissionais de saúde – Atenção ao Recém-Nascido (2011), do Manual Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de baixo peso – Método Canguru (2013), os três princípios norteadores e 10 passos da IHAC Neonatal, além de algumas questões (Blocos 2 ao 7) que constam no projeto multicêntrico a que este estudo está vinculado. Dessa forma, as questões do formulário abordam os itens relacionados à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno do RNPT, atendendo aos objetivos da pesquisa.

3.6 TESTE PILOTO

O teste piloto foi realizado no período de 8 de maio a 9 de junho de 2015 com cinco mães, sendo duas mães com filhos gêmeos, perfazendo um total de sete RNPTs. Ele teve como objetivo verificar a clareza e a viabilidade do formulário da coleta de dados. E, com os resultados do piloto, o formulário foi modificado quanto à sua estrutura e conteúdo. As participantes do teste piloto não foram incluídas na amostragem final do estudo.

3.7 A COLETA DE DADOS

A aproximação com o local do estudo foi durante o período de julho do ano de 2014 a maio do ano de 2015, quando participei como auxiliar de pesquisa do projeto multicêntrico a que esta pesquisa está vinculada.

Assim, a coleta de dados pesquisa iniciou-se no dia 12 de junho do ano de 2015 e transcorreu conforme as seguintes etapas:

1. Verificar semanalmente o agendamento do serviço do *follow-up* da unidade selecionada como local do estudo.
2. Verificar os prontuários e aplicar os critérios de inclusão e exclusão.
3. Convidar e aplicar o TCLE às mães selecionadas.
4. Preencher o formulário através do prontuário e entrevista com a mãe.

A coleta de dados foi feita através do prontuário do RNPT e de entrevista com a mãe: os itens 4 a 8 (condições de nascimento, condições de saúde durante a internação, dados de aleitamento materno na internação, dados da amamentação na internação e dados do aleitamento na alta) foram preenchidos pela pesquisadora responsável através do prontuário. E os itens 2 (dados sociodemográficos), 3 (dados gestacionais e parto), 9 (dados de aleitamento materno no domicílio), 10 (Promoção da amamentação do RNPT), 11 (Proteção da amamentação do RNPT) e 12 (Apoio à amamentação do RNPT) foram preenchidos no formulário pela pesquisadora junto às mães em uma sala do ambulatório de *follow-up*, por meio da entrevista.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

A presente pesquisa foi encaminhada, pela Plataforma Brasil, ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery e posteriormente ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira/IFF, sendo aprovada CAAE: 44033215.3.0000.5238.

A fim de obter o consentimento para participação na pesquisa foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D) para o próprio participante, ou seu responsável, quando fosse o caso. Para a participante menor de 18 anos foi elaborado um Termo de Assentimento (APÊNDICE E), obedecendo às normas estabelecidas pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, referente a pesquisas envolvendo seres humanos.

Esse TCLE e/ou Termo de Assentimento foram lidos e explicados aos entrevistados/responsáveis em uma sala do ambulatório de *follow-up*. Havendo o aceite do entrevistado/responsável em participar da pesquisa, o mesmo assinou os termos, em duas vias, ficando uma com o participante e a outra com a pesquisadora responsável, que conduziu o processo de obtenção dos termos e coleta dos dados.

Todo o material produzido durante as entrevistas será armazenado durante 5 (cinco) anos. A pesquisadora garantirá a guarda desse material, assegurando a confidencialidade e o sigilo desses dados. Após este período, será descartado, seguindo a Resolução 466/2012.

Os possíveis riscos do estudo se referem a alguns desconfortos que as participantes poderiam ter no momento em que fossem responder à entrevista. Para reduzir os riscos, a pesquisadora fez o possível para auxiliar a mãe, se ocorresse algum desconforto, devido a alguma lembrança da internação hospitalar, esclarecendo-a ou tranquilizando-a.

Durante o teste piloto e a coleta de dados as participantes não demonstraram ou apresentaram nenhum desses riscos.

3.9 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram digitados em uma planilha do programa Microsoft Excel[®], versão 2010, e submetidos à análise de consistência mediante a dupla digitação. Após a comparação das duas planilhas digitadas e correção das divergências, os dados foram exportados para o Programa estatístico R[®] versão 3.1.1. Posteriormente, os dados foram analisados em função das variáveis envolvidas, mediante uso de estatística descritiva, em porcentagem simples, média (\bar{x}), desvio padrão, variância da amostra e coeficiente de variação, a fim de sumarizar e descrever os dados.

3.10 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

As limitações do estudo se referem ao tamanho da amostra, que, ao se apresentar em número reduzido, permite considerar os resultados encontrados apenas para a população em questão. Outra limitação foi a perda de duas participantes que não compareceram à consulta marcada no ambulatório de *follow-up*.

4 RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO AMBULATÓRIO DE *FOLLOW-UP*

O ambulatório de *follow-up* é composto por cinco salas. Duas são destinadas ao atendimento médico; uma, para o atendimento do técnico de enfermagem; uma, para leitura (onde foi realizada a coleta de dados); e uma sala de espera.

Em relação aos recursos humanos, o quantitativo total de profissionais que atendem no ambulatório é de: um terapeuta ocupacional, um fisioterapeuta, uma fonoaudióloga, três técnicos de enfermagem; três médicos pediatras e 12 residentes de pediatria. No entanto, cada dia de atendimento é composto por um técnico de enfermagem; dois médicos pediatras e dois a três residentes de pediatria.

4.2 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DAS MÃES

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica das mães (n=17) que acompanhavam seus filhos RNPTs no ambulatório do *follow-up* em uma maternidade pública do MRJ, período de 2015

Variáveis sociodemográficas	n	%	\bar{x}
Faixa etária			28,24
Abaixo de 18 anos	3	17,65	
18-29 anos	4	23,53	
30-41 anos	9	52,94	
Acima de 41 anos	1	5,88	
TOTAL	17	100	
Estado Civil			
Solteira	4	23,53	
Casada	4	23,53	
União estável	8	47,06	
Viúva	1	5,88	
TOTAL	17	100	

Variáveis sociodemográficas	n	%	\bar{x}
Escolaridade			
Ensino Fundamental incompleto	1	5,88	
Ensino Fundamental completo	2	11,76	
Ensino Médio completo	7	41,18	
Ensino Médio incompleto	4	23,53	
Ensino Superior incompleto	1	5,88	
Ensino Superior completo	2	11,76	
TOTAL	17	100	
Formação profissional			
Sim	5	29,41	
Não	12	70,59	
TOTAL	17	100	
Ocupação			
Sim	11	64,71	
Não	6	35,29	
TOTAL	17	100	
Ocupação econômica			
Remunerada	6	54,55	
Não remunerada	5	45,45	
TOTAL	11	100	
Carteira assinada (mãe)			
Sim	3	50,00	
Não	3	50,00	
Total	6	100	

Variáveis sociodemográficas	n	%	\bar{x}
Renda mensal familiar			
Ignorada	5	29,41	
Menor que 1 salário	1	5,88	
De 1 a 2 salários	6	35,29	
De 3 a 5 salários	5	29,41	
TOTAL	17	100	
O pai do RNPT trabalha			
Sim	16	94,12	
Não	1	5,88	
TOTAL	17	100	
Carteira assinada (pai)			
Sim	11	68,75	
Não	5	31,25	
TOTAL	16	100	

Fonte: Coleta de dados, 2015.

A Tabela 1 mostra que 17,65% das mães entrevistadas tinham menos de 18 anos, 23,53%, entre 18 e 29 anos, 52,94% estavam entre 30 e 41 anos e 5,88% estavam acima de 41 anos. Portanto, a média de idade das mães foi 28,24 anos, com um desvio padrão de 8,33, variância da amostra 69,44 e coeficiente de variação 29,51%.

Em relação ao estado civil, 23,53% das entrevistadas estavam solteiras, 23,53% eram casadas, 47,06%, em união estável e 5,88%, viúva. Sobre o nível de escolaridade, 5,88% das mães possuíam ensino fundamental incompleto, 11,76%, fundamental completo, 41,19% das mães possuíam o ensino médio completo, 23,53%, o ensino médio incompleto, 11,76%, o ensino superior completo e 5,88%, o ensino superior incompleto.

Em relação ao item formação profissional, 29,41% das mães possuíam e 64,71% tinham alguma ocupação. Das 11 mães entrevistadas que possuíam alguma ocupação, seis (54,55%) recebiam remuneração e, destas, 50% com carteira assinada.

Como renda mensal familiar, 5,88% ganhavam menos de 1 salário mínimo, 35,29% das mães entrevistadas ganhavam de 1 a 2 salários mínimos, 29,41 ganhavam de 3 a 5 salários mínimos e 29,41% ignoravam a informação.

Em relação aos pais-homens dos RNPTs, 16 (94,12%) possuíam um emprego e, desses, apenas 11 (68,75%) tinham carteira assinada.

4.3 DADOS GESTACIONAIS E PARTO

Tabela 2 – Caracterização dos dados obstétricos e parto das mães (n=17) que acompanhavam seus filhos RNPTs no ambulatório do *follow-up* em uma maternidade pública do MRJ, período de 2015

Dados gestacionais e Parto	n	%
Pré-natal		
Sim	17	100
TOTAL	17	100
Número de consultas pré-natal		
<6	8	47,06
≥6	9	52,94
TOTAL	17	100
Intercorrências na gestação		
Sim	8	47,06
Não	9	52,94
TOTAL	17	100
Parto Prematuro prévio		
Sim	2	20
Não	8	80
TOTAL	10	100

Dados gestacionais e Parto	n	%
Tipo de gestação		
Única	10	58,82
Dupla	7	41,18
TOTAL	17	100
Tipo de parto		
Vaginal	2	11,76
Cesariana	15	88,24
TOTAL	17	100
Intercorrências no parto		
Sim	5	29,41
Não	12	70,59
TOTAL	17	100

Fonte: Coleta de dados, 2015.

A Tabela 2 mostra os seguintes dados do pré-natal: todas as mães fizeram o pré-natal e, sobre o número de consultas, 52,94% das mães tiveram mais que seis; 47,06% tiveram intercorrências na gestação; 41,18% tiveram gestação dupla.

Sobre o parto, 88,24% das mães realizaram cesariana e 29,41% apresentaram intercorrências durante o parto (pré-eclâmpsia). Além disso, o estudo mostra que, das 10 mães com partos anteriores, 20% tiveram a experiência do parto prematuro prévio.

4.4 CONDIÇÕES DE NASCIMENTO

Tabela 3 – Caracterização das condições de nascimento dos RNPTs (n=21) acompanhados no ambulatório do *follow-up* em uma maternidade pública do MRJ, período de 2015

Condições de Nascimento	n	%	\bar{x}
Sexo			
Masculino	10	47,62	
Feminino	11	52,38	
TOTAL	21	100	
Idade gestacional*			32 s e 0,43d
30-34 semanas e 6 dias	19	90,48	
25-29 semanas e 6 dias	2	9,52	
TOTAL	21	100	
Peso ao nascer			1784,29
>2500	1	4,76	
1.500-2.499	16	76,19	
1.499-1.000	1	4,76	
<1.000	3	14,29	
TOTAL	21	100	
Apgar 1º minuto			
< 7	4	19,05	
≥ 7	17	80,05	
TOTAL	21	100	
Apgar 5º minuto			
< 7	2	9,52	
≥ 7	19	90,48	
TOTAL	21	100	

Condições de Nascimento	n	%	\bar{x}
Reanimação			
Sim	10	47,62	
Não	11	52,38	
TOTAL	21	100	
Intercorrências clínicas			
Sim	16	76,19	
Não	5	23,81	
TOTAL	21	100	

Fonte: Coleta de dados, 2015.

*Idade gestacional (IG) calculada pelo método da Data da Última Menstruação (DUM); e, quando a mesma não estava disponível no prontuário, foi considerado o cálculo realizado pela ultrassonografia obstétrica (USG). Apesar de a USG realizada no primeiro trimestre gestacional ser o padrão ouro utilizado internacionalmente, no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) a informação sobre a idade gestacional registrada é ainda calculada prioritariamente pela DUM (PEREIRA, 2014). Portanto, a maioria das mães deste estudo teve a IG calculada pela DUM e muitas não tinham o registro da USG com o cálculo gestacional.

A Tabela 3 apresenta que 10 RNPTs foram meninos (47,62%) e 11, meninas (52,38%). E, sobre a idade gestacional, 90,48% dos RNPTs foram classificados como moderados (30-34 semanas e 6 dias) e 9,52% foram extremos. A menor idade gestacional foi 25 semanas e 2 dias e a maior foi de 34 semanas e 5 dias. A média das idades gestacionais foi de 224,43 dias ou 32 semanas e 0,43 dias, com um desvio padrão de 14,75 dias, variância da amostra de 217,66 e coeficiente de variação 6,57%.

Em relação ao peso, 4,76% dos RNPTs tiveram peso normal; 76,19% foram de baixo peso; 4,76% foram RNPTs de muito baixo peso e 14,29%, de extremo baixo peso. O menor peso ao nascimento foi de 960 gramas e o maior, de 2340 gramas. A média do peso foi de 1771,89 gramas, com desvio padrão de 434,75, variância da amostra 189004,61 e coeficiente de variação 24,54%.

Sobre a adaptação à vida extrauterina, 19,05% dos RNPTs apresentaram apgar abaixo de 7 no primeiro minuto de vida, e apenas um RNPT permaneceu no 5º minuto com apgar abaixo de 7. E, no quinto minuto de vida, 90,48% apresentaram apgar maior/igual a sete; 47,62% dos 21 RNPTs das mães entrevistadas necessitaram de manobras de reanimação ao nascer e 76,19% tiveram alguma intercorrência clínica (14 RNPTs apresentaram desconforto respiratório, um RNPT apresentou desconforto respiratório + bradicardia e um apresentou hipotonia + bradicardia).

4.5 CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS RNPTs NA INTERNAÇÃO

Em relação às unidades de internação após o nascimento dos 21 RNPTs, duas crianças (9,52%) ficaram internadas somente na UTIN; três crianças (14,29%) na UTIN + UCINco; sete crianças (33,33%), na UTIN + UCINca; e nove crianças (42,86%) ficaram na UTIN, UCINco e UCINca.

A média do total de dias de internação dos RNPTs, na unidade neonatal, foi de 35,48 dias. A média de tempo de internação da UTIN foi de 22,48 dias (21 bebês); na UCINco foi de 9,75 dias (12 bebês) e na UCINca foi de 10,44 dias (16 bebês).

Quadro 2 – Caracterização dos diagnósticos durante a internação dos RNPTs (n=21) acompanhados no ambulatório do *follow-up* em uma maternidade pública do MRJ, período de 2015

<p>Complicações Respiratórias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desconforto respiratório precoce (2); • Apneia (2); • Broncodisplasia (1); • Adaptação respiratória (1); <p>Distúrbios Hematológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Policitemia (1); • Anemia (1); • Síndrome da transfusão feto-fetal (1); • Situação ABO (1); • Situação Rh (1); 	<p>Doença Congênita:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arnold Chiari tipo II (1); • Cardiopatia congênita (1); <p>Infecções:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sepses suspeita (6); <p>Outros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Icterícia fisiológica (9); • Doença do refluxo gastroesofágico (1); • Exposição Herpes (1); • Crescimento intrauterino reduzido (1); • Hipoglicemia (1);
--	---

Fonte: Coleta de dados, 2015

O Quadro 3 mostra os diagnósticos médicos que alguns RNPTs apresentaram durante sua internação: Complicações respiratórias: Desconforto respiratório precoce (2); Apneia (2); Broncodisplasia (1); Adaptação respiratória (1); Doença Congênita: Arnold Chiari tipo II (1); Cardiopatia congênita (1); Distúrbios hematológicos: Policetemia (1); Anemia (1); Infecções: Sepses suspeita (6); Outros: Síndrome da transfusão feto-fetal (1); Icterícia fisiológica (9); Doença do refluxo gastroesofágico (1); Exposição Herpes (1); Situação ABO (1); Situação Rh (1); Crescimento intrauterino reduzido (CIUR) (1); Hipoglicemia (1);

Tabela 4 – Distribuição de assistência de suporte ventilatório durante a internação dos RNPTs (n=21) acompanhados no ambulatório do *follow-up* em uma maternidade pública do MRJ, período de 2015

Condições da internação	n	%
Suporte ventilatório		
Sim	19	90,48
Não	2	9,52
TOTAL	21	100
Oxigenoterapia		
Sim	12	57,14
Não	9	42,86
TOTAL	21	100

Fonte: Coleta de dados, 2015.

A Tabela 4 mostra que 90,48% dos RNPTs receberam algum tipo de assistência ventilatória durante a internação e, sobre o uso de oxigênio, 57,14% fizeram uso.

Quadro 3 – Caracterização dos tipos de suportes ventilatórios e a mediana de horas de uso durante a internação dos RNPTs (n=21) acompanhados no ambulatório do *follow-up* em uma maternidade pública do MRJ, período de 2015

Tipo de suporte ventilatório	n (RNPT)	Mediana de uso de cada tipo de suporte ventilatório (horas)
Ventilação não invasiva (CPAP)	19	72
Ventilação mecânica invasiva	7	30
Uso de oxigênio	12	69

Fonte: Coleta de dados, 2015

O Quadro 4 mostra que, sobre a ventilação não invasiva (VNI) na modalidade Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas, do inglês *Continuous positive airway pressure* (CPAP), 19 crianças (90,48%) fizeram uso com uma mediana de 72 horas; já, para a ventilação mecânica invasiva (VMI), sete crianças (33,33%) fizeram uso com uma mediana de 30 horas de uso e a mediana do uso de oxigênio foi de 69 horas.

4.6 DADOS DO ALEITAMENTO MATERNO NA INTERNAÇÃO

Tabela 5 – Distribuição do tempo de início do aleitamento materno em relação ao tempo de internação na UTIN dos RNPTs (n=21) acompanhados no ambulatório do *follow-up* em uma maternidade pública do MRJ, período de 2015

Idade no início do AM	n	%
Até 24 horas	7	33,33
De 24 a 72 horas	11	52,38
Mais que 72 horas	3	14,29
TOTAL	21	100

Fonte: Coleta de dados, 2015

A Tabela 5 mostra que 33,33% dos RNPTs receberam aleitamento materno antes de completarem 24 horas de vida; 52,38% iniciaram entre 24 e 72 horas de vida e 14,29% depois de 72 horas de vida.

Tabela 6 – Caracterização do tipo e técnica de administração do leite no início do aleitamento materno dos RNPTs (n=21) acompanhados no ambulatório do *follow-up* em uma maternidade pública do MRJ, período de 2015

Tipo de leite	n	%
Leite do Banco de Leite Humano	18	85,72
Leite materno (da própria mãe)	2	9,52
Fórmula infantil	1	4,76
TOTAL	21	100
Técnica de administração		
Gavagem/Gastróclise	19	90,48
Copo	2	9,52
TOTAL	21	100

Fonte: Coleta de dados, 2015

A Tabela 6 mostra que 85,72% dos RNPTs receberam leite humano do banco de leite, 9,52%, leite da própria mãe e 4,76% receberam fórmula infantil. A primeira alimentação de 90,48% dos RNPTs foi realizada por sonda com uso da técnica de administração gavagem/gastróclise e 9,52%, por meio do copo.

4.7 DADOS DA AMAMENTAÇÃO (NO SEIO MATERNO) NA INTERNAÇÃO

Tabela 7 – Distribuição dos dados sobre a amamentação no seio materno durante a internação dos RNPTs (n=21) acompanhados no ambulatório do *follow-up* em uma maternidade pública do MRJ, período de 2015

Amamentação durante a internação	n	%
Sim	20	95,24
Não	1	4,76
TOTAL	21	100

Fonte: Coleta de dados, 2015

A Tabela 7 mostra que uma criança (4,76%) não foi amamentada durante a internação. Essa criança durante sua internação apresentou os diagnósticos médicos de apneia, broncodisplasia, doença do refluxo gastroesofágico e exposição Herpes.

Além disso, dos 20 RNPTs que foram amamentados, a média de idade do início da prática foi de 17,25 dias, variando de 7 a 51 dias.

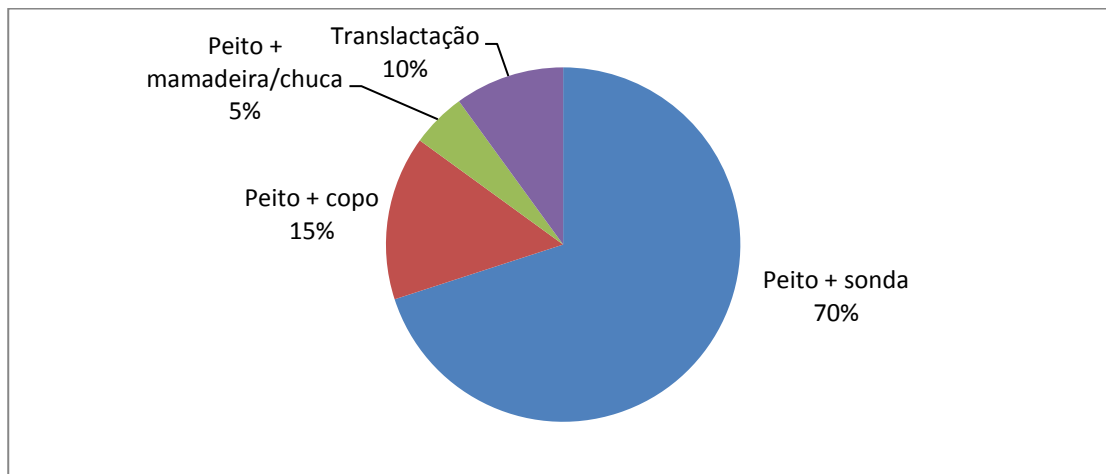
Tabela 8 – Distribuição dos dados sobre o peso e a idade gestacional no primeiro dia da prática da amamentação no seio materno durante a internação dos RNPTs (n=20) acompanhados no ambulatório do *follow-up* em uma maternidade pública do MRJ, período de 2015

Peso	N	%	\bar{x}
			1872,25
≤1500	2	10	
>1500	18	90	
TOTAL	20	100	
Idade gestacional			
<34 semanas	5	25	
>34 semanas	15	75	
TOTAL	20	100	

Fonte: Coleta de dados, 2015

A Tabela 8 demonstra que, das 20 crianças que foram amamentadas, no primeiro dia dessa prática, 90% estavam com o peso acima de 1500 gramas (com média de 1872,25 gramas). Ademais, a maioria (75%) mamou no seio materno pela primeira vez com idade corrigida > 34 semanas.

Gráfico 1 – Caracterização dos RNPTs (n=21) acompanhados no ambulatório do *follow-up* em uma maternidade pública do MRJ, quanto à técnica do início da amamentação ao seio materno, período de 2015

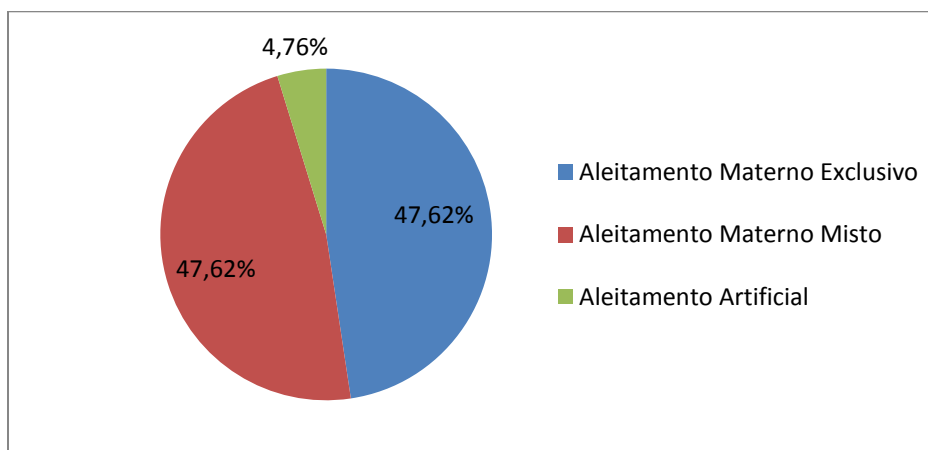


Fonte: Coleta de dados, 2015.

O Gráfico 1 apresenta que 70% dos RNPTs iniciaram a amamentação pela técnica peito+sonda; 15% por peito+copo]; 10% por translactação; e 5%, peito+mamadeira/chuca.

4.8 DADOS DA ALIMENTAÇÃO DO RNPT NO MOMENTO DA ALTA HOSPITALAR

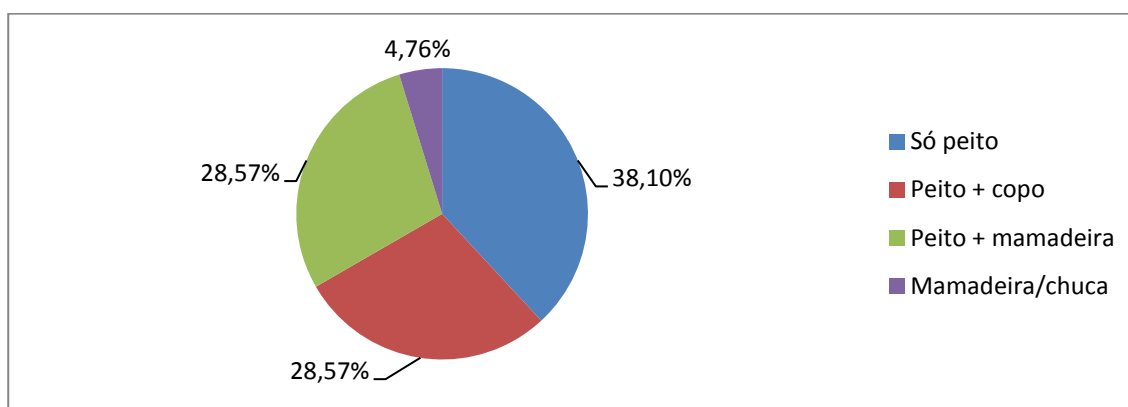
Gráfico 2 – Caracterização do tipo de alimentação dos RNPTs (n=21) acompanhados no ambulatório do *follow-up* em uma maternidade pública do MRJ, no momento da alta hospitalar, período de 2015



Fonte: Coleta de dados, 2015

O Gráfico 2 mostra que 47,62% das crianças estavam recebendo leite materno + fórmula na alta; 4,76% das crianças estavam recebendo apenas fórmula; e 47,62% das crianças estavam em aleitamento materno exclusivo.

Gráfico 3 – Caracterização quanto a técnica de alimentação dos RNPTs (n=21) acompanhados no ambulatório do *follow-up* em uma maternidade pública do MRJ, no momento da alta hospitalar, período de 2015

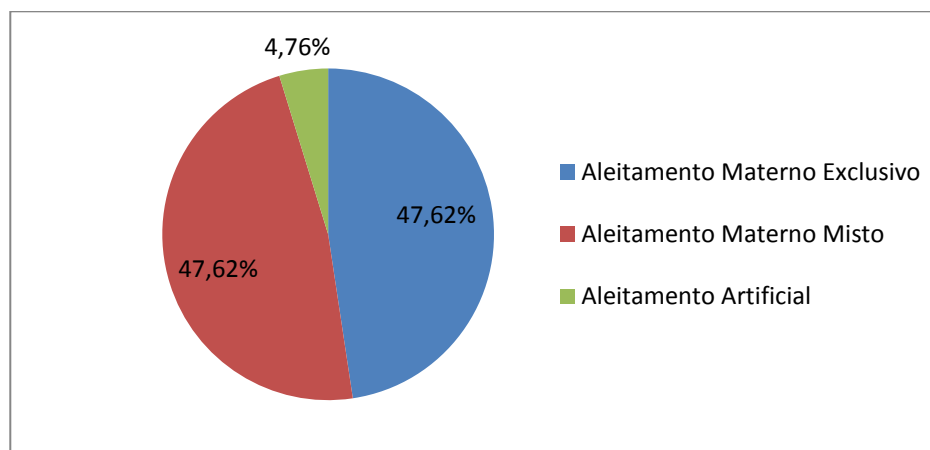


Fonte: Coleta de dados, 2015

O Gráfico 3 revela a forma de alimentação dos RNPTs no momento da alta hospitalar: 38,10% estavam sendo amamentados somente através do seio materno, 28,57% estavam sendo amamentados através de peito+mamadeira, 28,57% estavam sendo amamentados através de peito+copo e uma criança (4,76%), através de mamadeira/chuca. Além disso, todas as crianças estavam acima de 1800 gramas (com média de 2372,33 gramas).

4.9 DADOS DO ALEITAMENTO MATERNO NO DOMICÍLIO

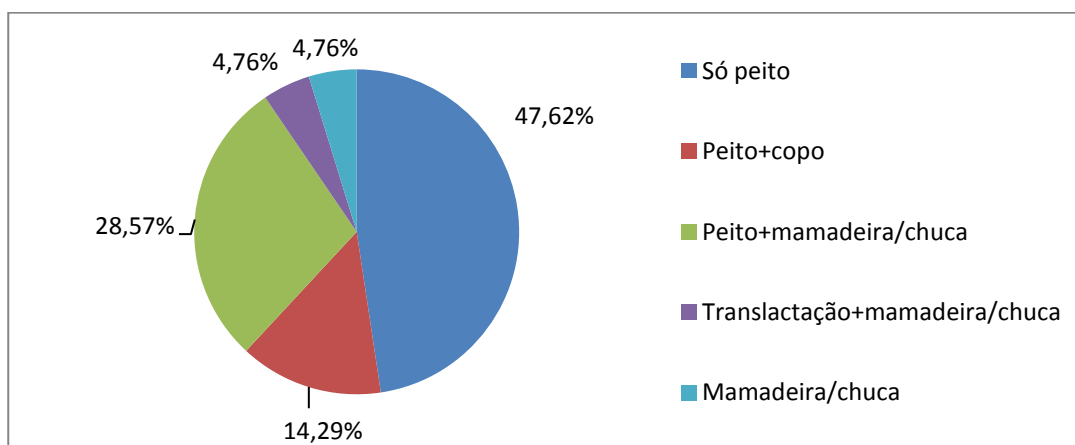
Gráfico 4 – Caracterização do tipo de alimentação oferecida após a alta hospitalar (no domicílio) dos RNPTs (n=21) acompanhados no ambulatório do *follow-up* em uma maternidade pública do MRJ, período de 2015



Fonte: Coleta de dados, 2015.

O Gráfico 4 demonstra que 47,62% das crianças estavam recebendo leite materno + fórmula na alta; 4,76% das crianças estavam recebendo apenas fórmula; e 47,62% das crianças estavam em aleitamento materno exclusivo.

Gráfico 5 – Caracterização quanto à técnica de alimentação dos RNPTs (n=21) acompanhados no ambulatório do *follow-up* em uma maternidade pública do MRJ, após a alta hospitalar (no domicílio), período de 2015



Fonte: Coleta de dados, 2015.

O Gráfico 5 mostra, quanto à técnica de alimentação dos RNPTs após a alta hospitalar, que 47,62% das crianças estavam sendo amamentadas somente no seio materno; 14,29%, com peito+copo, 28,57%, peito+mamadeira/chuca, 4,76%, translactação+mamadeira/chuca e 4,76%, mamadeira/chuca.

4.10. PROMOÇÃO E APOIO DA AMAMENTAÇÃO AO SEIO MATERNO DO RNPT

Tabela 9 – Distribuição dos dados sobre a promoção e apoio do aleitamento materno durante o pré-natal e parto das mães (n=17) que acompanhavam seus filhos RNPTs no ambulatório do *follow-up* em uma maternidade pública do MRJ, período de 2015

Promoção e apoio do Aleitamento Materno	n	%
Amamentação anterior		
Sim	9	90
Não	1	10
TOTAL	10	100
Informação sobre aleitamento materno no pré-natal (mãe)		
Sim	15	88,24
Não	2	11,76
TOTAL	17	100
Informação sobre aleitamento materno no pré-natal (pai)*		
Sim	6	35,29
Não	11	64,71
TOTAL	17	100
Contato pele a pele precoce		
Sim	3	17,65
Não	14	82,35
TOTAL	17	100

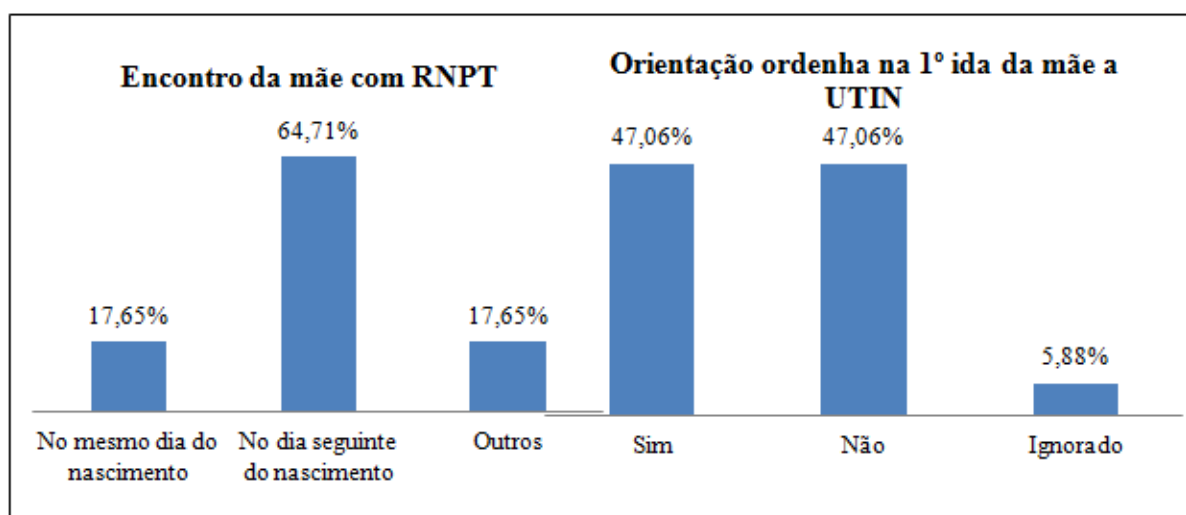
Promoção e apoio do Aleitamento Materno	n	%
Amamentação na 1ª hora		
Não	17	100
TOTAL	17	100

Fonte: Coleta de dados, 2015.

*Informação coletada por meio de entrevista com a mãe.

A Tabela 9 mostra que, das 10 mães com partos anteriores, 90% tiveram a experiência de amamentar; 88,24% das mães afirmaram que receberam informações sobre aleitamento materno durante o pré-natal, mas apenas 35,29% dos pais foram orientados. Além disso, apenas 17,65% realizaram o contato pele a pele com sua mãe no momento do nascimento e nenhum dos RNPTs foi amamentado na primeira hora de vida.

Gráfico 6 – Distribuição quanto à promoção e apoio do aleitamento materno para o início da lactação das mães dos RNPTs (n=21) acompanhados no ambulatório do *follow-up* em uma maternidade pública do MRJ, período de 2015

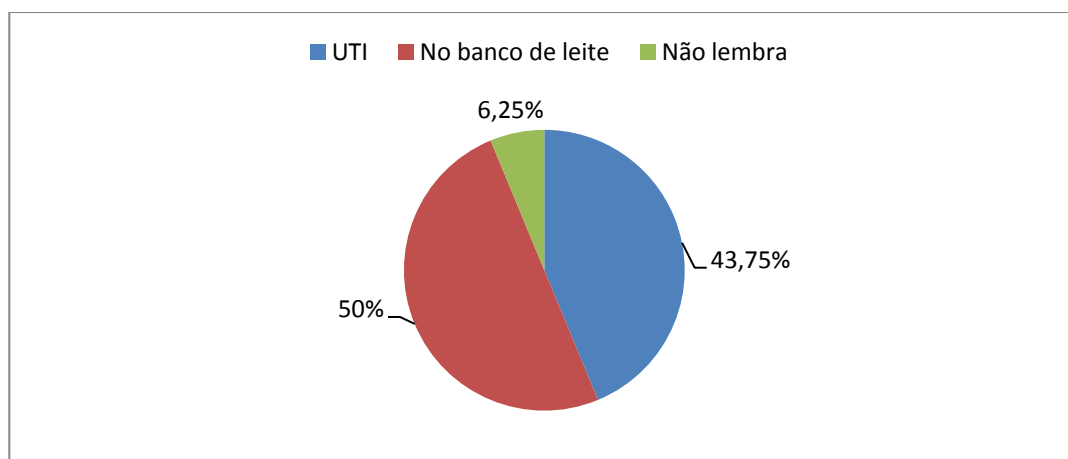


Fonte: Coleta de dados, 2015

O Gráfico 6 mostra que somente 17,65% das mães puderam encontrar o RNPT no mesmo dia do nascimento na UTIN; nesse primeiro encontro, 47,06% das mães foram orientadas em relação à retirada do leite/ordenha, 47,06% não foram orientadas e uma mãe não lembrava se havia sido orientada nesse primeiro momento. No entanto, neste estudo, apenas 12,5% das mães realizaram a prática da ordenha com menos de 24 horas após o parto; 81,12% das mães realizaram a retirada do leite com mais de 24 horas, e 12,5% não se lembravam da informação. Uma parcela das mães (12,5%) não recebeu ajuda na realização da primeira ordenha, 18,75% não se lembravam da informação e 68,75% receberam ajuda da equipe de enfermagem na primeira ordenha.

Em relação ao encontro do pai com o RNPT, todos os pais (100%) foram encontrar o RNPT na UTIN, e 82,35% dos pais foram encontrar no mesmo dia do nascimento, enquanto que 11,76% foram no dia seguinte. Em relação aos outros familiares, os avós puderam encontrar o RNPT, mas em dias específicos intitulados “visita dos avós”, que ocorriam duas vezes por semana no hospital, e um RNPT teve a visita do seu irmão.

Gráfico 7 – Distribuição quanto ao local de realização da primeira ordenha das mães (n=16) dos RNPTs acompanhados no ambulatório do *follow-up* em uma maternidade pública do MRJ, período de 2015



Fonte: Coleta de dados, 2015

O Gráfico 7 demonstra que, das 16 mães (94,12%) que realizaram a prática da ordenha, o primeiro local de realização foi para 50% no banco de leite, 43,75%, na UTIN e 6,25% não lembravam o local. Além disso, 87,50% das 16 mães que retiraram leite tiveram ajuda da equipe de enfermagem na realização da técnica.

A primeira aproximação física com o RNPT se deu através do toque, para 23,53% após o nascimento; 47,06% dos RNPTs receberam o toque da sua mãe entre a 2ª até 24ª hora de vida, enquanto que 29,41% receberam com mais de 24 horas de vida. Em relação ao pai, 47,06% dos RNPTs receberam o toque do pai entre a 2ª e 24ª hora de vida; 29,41% receberam imediatamente depois do nascimento, 17,65%, com mais de 24 horas de vida e 5,88% ignoravam a informação.

Tabela 10 – Distribuição quanto à realização da posição canguru durante a internação, das mães/pais/outros familiares dos RNPTs (n=17) acompanhados no ambulatório do *follow-up* em uma maternidade pública do MRJ, período de 2015

Mãe e familiares	N	%
Mãe		
Sim	14	82,35
Não	3	17,65
TOTAL	17	100
Pai		
Sim	9	52,94
Não	8	47,06
TOTAL	17	100
Outros		
Não	17	100
TOTAL	17	100

Fonte: Coleta de dados, 2015.

A Tabela 10 mostra que 82,35% das mães, 52,94% dos pais (homens) e nenhum outro familiar realizaram contato pele a pele com seus RNPTs durante a internação.

Somente um RNPT realizou contato pele a pele com sua mãe imediatamente após o nascimento e todos realizaram o contato pele a pele com a mãe e o pai com mais de 24 horas de vida, com uma mediana 9 dias e média de 10,4 dias (foram excluídos sete mães/pais desse cálculo, pois 5 cinco não lembravam a informação e dois não realizaram a posição canguru).

Sobre a realização da posição canguru no domicílio, somente 70,59% dos RNPTs continuaram a receber contato pele a pele. Desses, 100% recebiam o contato pela mãe e 58,33%, pelo pai.

Além disso, 94,12% das mães afirmaram que receberam orientações em relação à amamentação ao seio materno durante a internação do RNPT, dentre elas destacam-se a realização da massagem e da ordenha.

Tabela 11 – Distribuição quanto à frequência de recebimento de informações sobre a amamentação das mães dos RNPTs (n=16), durante a internação dos RNPTs acompanhados no ambulatório do *follow-up* em uma maternidade pública do MRJ, período de 2015

Frequência de Informações	N	%
Diariamente	6	37,50
Dia sim, dia não	1	6,25
Maior parte do tempo	4	25,00
2 vezes	1	6,25
1 vez	2	12,50
Somente nos primeiros dias	1	6,25
Sempre que estava na unidade	1	6,25
TOTAL	16	100

Fonte: Coleta de dados, 2015.

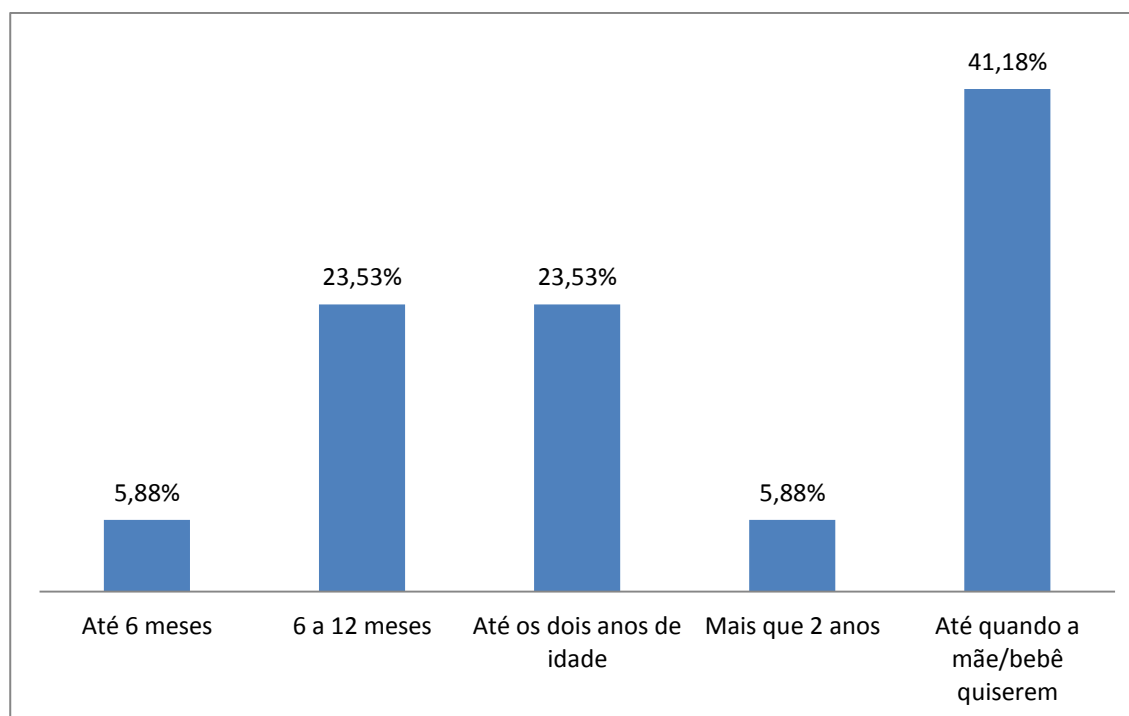
A Tabela 11 mostra que seis mães afirmaram que recebiam orientações em relação à amamentação, diariamente; enquanto que uma mãe alegou ter recebido informações dia sim e dia não; quatro mães afirmaram que receberam orientações na maior parte do tempo em que estiveram no hospital; uma mãe alegou ter recebido orientações duas vezes durante a internação; duas mães, somente uma vez; uma mãe, sempre quando estava na unidade; e uma mãe disse que recebeu informações somente nos primeiros dias de internação.

Porém apenas 58,82% das mães participaram de grupo de apoio para amamentação; 60% participaram durante o pré-natal; 20%, durante o pré-natal e a sua internação; 10%, depois da alta e durante a internação do bebê; e 10%, durante sua internação na maternidade. Somente três mães alegaram não terem recebido material educativo falando sobre os

benefícios da amamentação; apenas uma mãe de um RNPT que ficou internado por 11 dias alegou não ter sido encaminhada ao banco de leite.

A maioria, 94,12%, das mães entrevistadas, desejavam amamentar e 94,12% realizaram essa prática durante a internação. Quatro mães apresentaram problemas com as mamas (duas mães apresentaram ingurgitamento mamário e duas mães apresentaram fissura nos mamilos). Três mães conseguiram manter a amamentação, enquanto que uma mãe não chegou a amamentar.

Gráfico 8 – Distribuição quanto ao tempo que as mães (n=17) consideram suficiente para amamentar os RNPTs acompanhados no ambulatório do *follow-up* em uma maternidade pública do MRJ, período de 2015



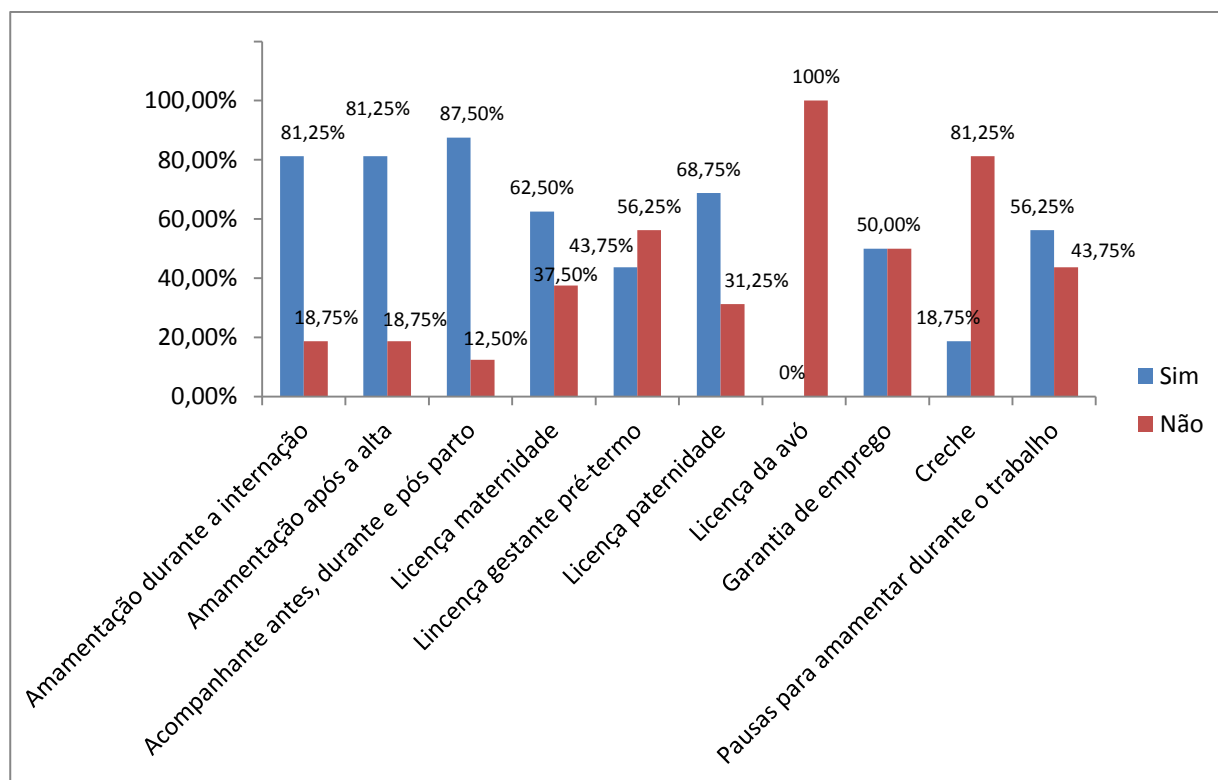
Fonte: Coleta de dados, 2015.

Em relação ao período necessário para manter a amamentação, 41,18% das mães consideravam suficiente amamentar até quando mãe/bebê quisessem; 23,53% das mães consideravam o período de 6 a 12 meses; 23,53%, até a criança completar 2 anos de idade; 5,88%, até 6 meses de idade; e 5,88%, mais que 2 anos de idade.

4.11 PROTEÇÃO DA AMAMENTAÇÃO DO RNPT

Em relação às orientações quanto aos direitos de proteção da amamentação, 94,12% (n=16) das mães foram orientadas sobre algum de seus direitos, enquanto que apenas 64,71% (n=11) dos pais-homens foram orientados.

Gráfico 9 – Distribuição quanto às orientações recebidas pelas mães (n=16) em relação aos direitos de proteção da amamentação para RNPTs acompanhados no ambulatório do *follow-up* em uma maternidade pública do MRJ, período de 2015

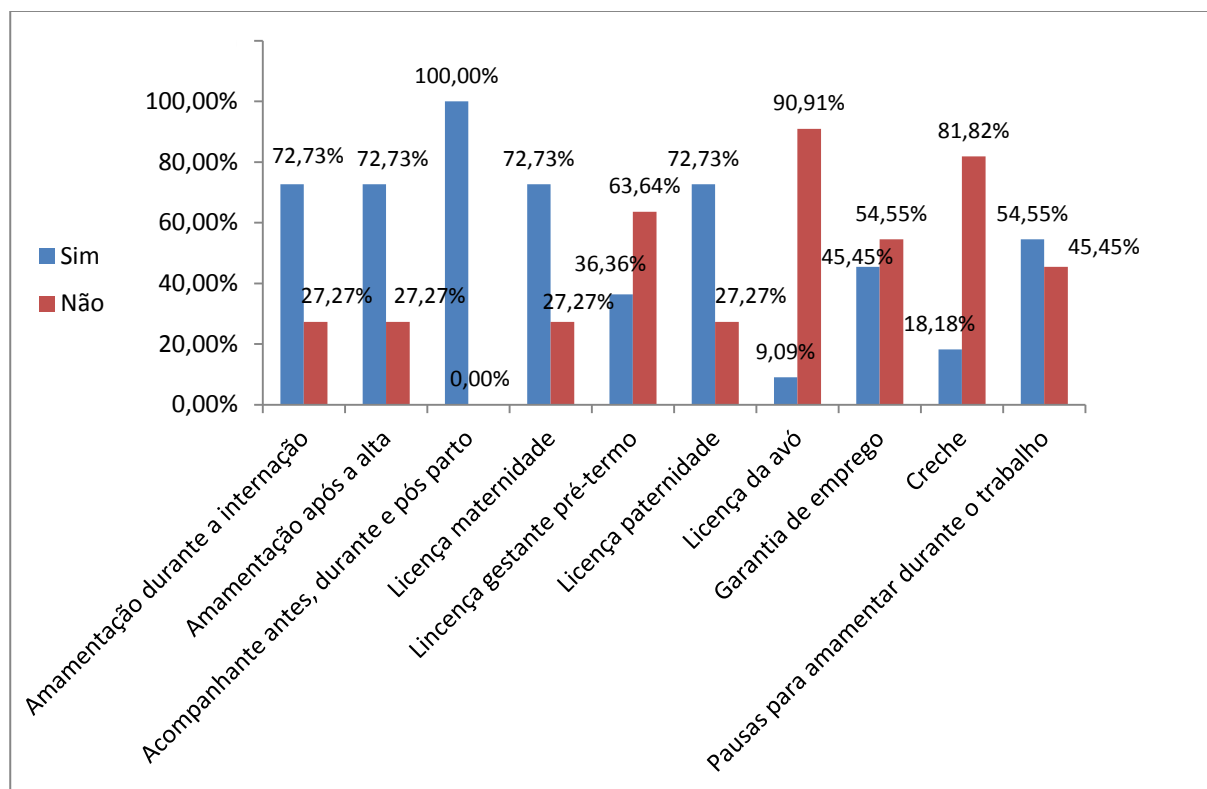


Fonte: Coleta de dados, 2015

O Gráfico 9 demonstra que apenas 81,25% das mães receberam orientações em relação ao direito do RNPT de ser amamentado durante a internação e 81,25% foram informadas do direito do RNPT de ser amamentado após a alta hospitalar; 87,50% foram orientadas quanto ao direito de ter a presença de um acompanhante à sua escolha antes, durante e após o parto; apenas 62,50% foram orientadas em relação à licença-maternidade e licença da gestante de RNPT; 43,75% foram informadas sobre a licença-paternidade; nenhuma das mães tinha conhecimento da licença da avó; 50% foram orientadas sobre o direito à garantia de emprego;

56,25% foram orientadas em relação às pausas para amamentar durante o trabalho; e apenas 18,75% sabiam em relação ao direito da creche.

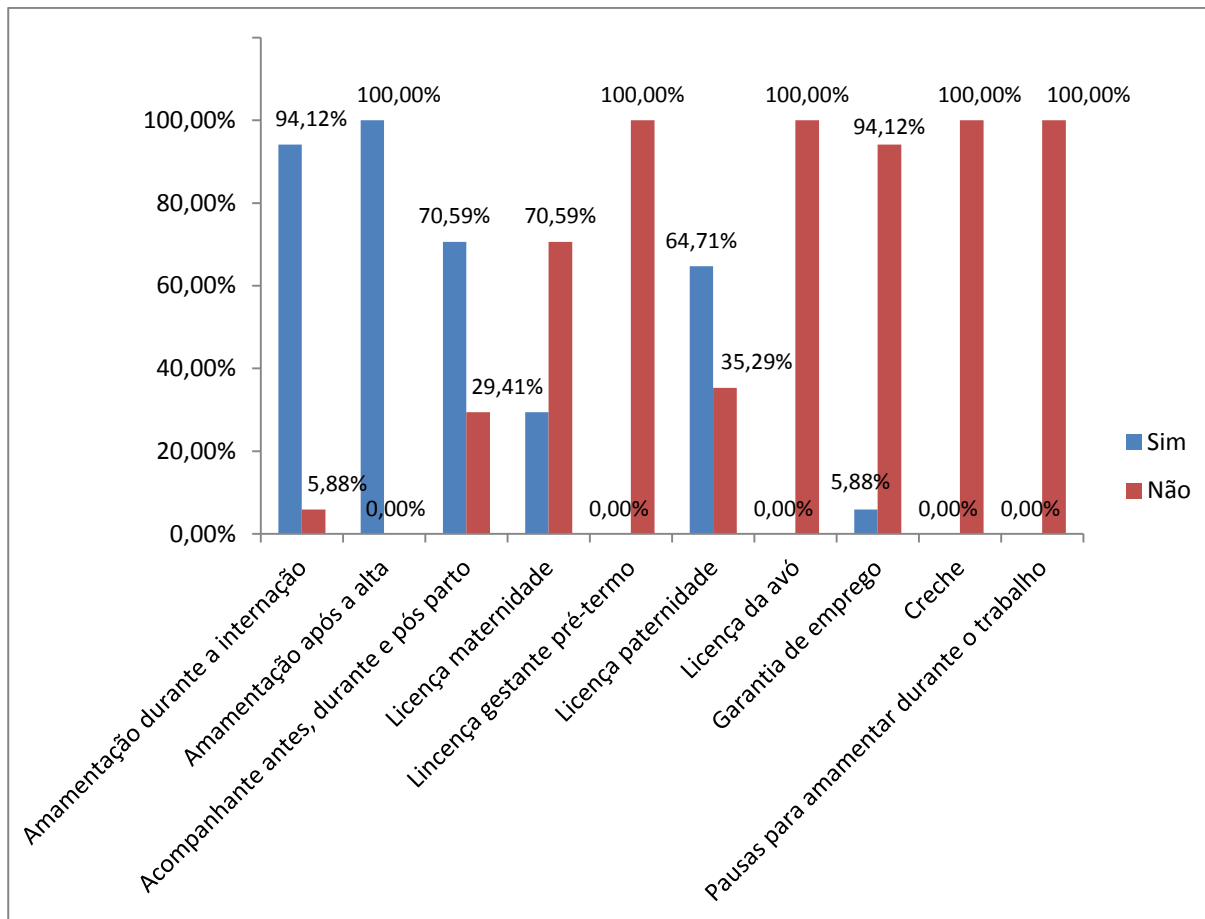
Gráfico 10 – Distribuição quanto às orientações recebidas pelos pais-homens (n=11) em relação aos direitos de proteção da amamentação para RNPTs acompanhados no ambulatório do *follow-up* em uma maternidade pública do MRJ, período de 2015



Fonte: Coleta de dados 2015.

O Gráfico 10 mostra que 72,73% dos pais receberam orientações em relação ao direito do RNPT de ser amamentado durante a internação e após a alta hospitalar; 100% foram orientados quanto ao direito da mulher de escolher e ter a presença de um acompanhante antes, durante e após o parto; 72,73% foram orientados em relação à licença-maternidade; 36,36% foram orientados sobre a licença da gestante pré-termo; 72,72% foram informados sobre a licença-paternidade; 9,09% tinham o conhecimento da licença da avó; 45,45%, da garantia de emprego da mulher; 54,55%, das pausas para amamentar durante o trabalho; e sobre o direito da creche 18,18% tinham conhecimento.

Gráfico 11 – Distribuição quanto à informação para mães (n=16) / pais-homens (n=11) em relação ao usufruto dos direitos de proteção da amamentação para RNPTs acompanhados no ambulatório do *follow-up* em uma maternidade pública do MRJ, período de 2015



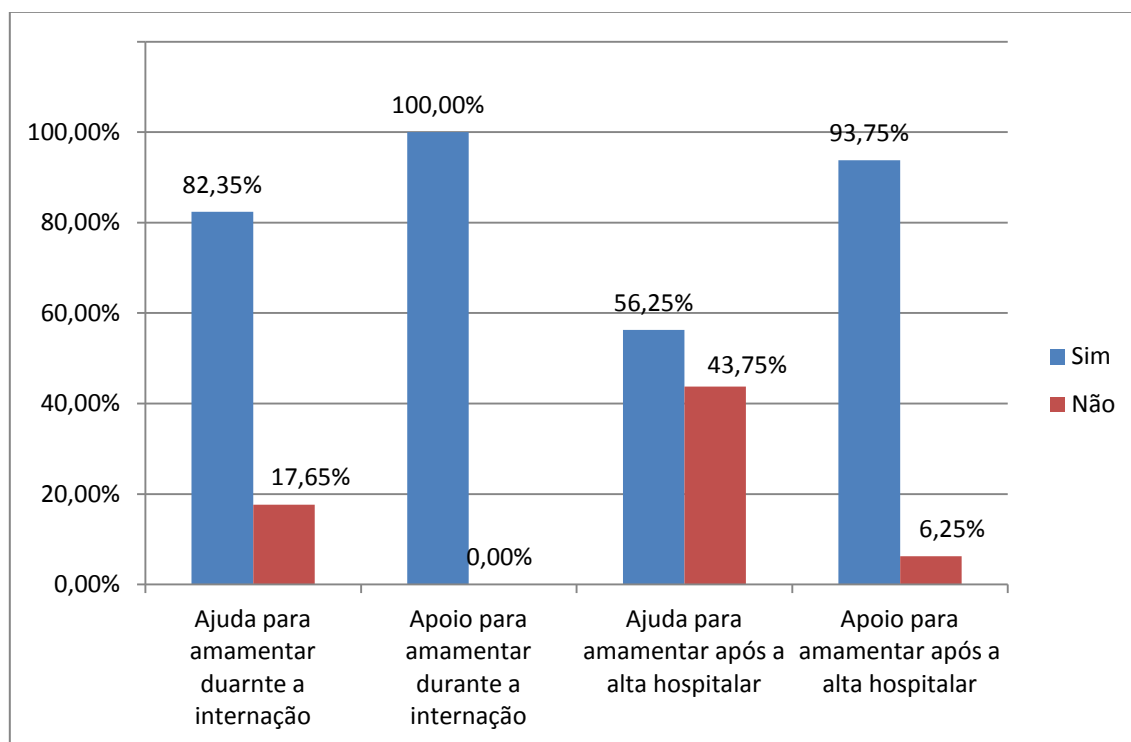
Fonte: Coleta de dados, 2015.

O Gráfico 11 demonstra que 94,12% das mães puderam amamentar seu filho durante a internação e 100%, após a alta hospitalar do RNPT. Apenas 70,59% das mães tiveram a presença de um acompanhante antes, durante e após o parto.

Quanto aos direitos trabalhistas, das seis mães entrevistadas que trabalhavam fora, 50% possuíam carteira assinada. Porém, cinco mães (29,41%) usufruíram do direito à licença-maternidade. Dos 16 pais que trabalhavam fora (94,12%), 11 (68,75%) possuíam carteira assinada. Porém apenas 10 pais tiraram a licença-paternidade (64,71%), pois um deles tinha iniciado no emprego 2 dias antes de o RNPT nascer. Quanto ao direito à garantia de emprego, 5,88% das mães relataram que estavam fazendo uso. E sobre a licença da avó e da gestante de RNPT, pausas para amamentar durante o trabalho e o direito a creche, nenhuma das mães entrevistadas fez uso.

4.12 APOIO À AMAMENTAÇÃO DO RNPT

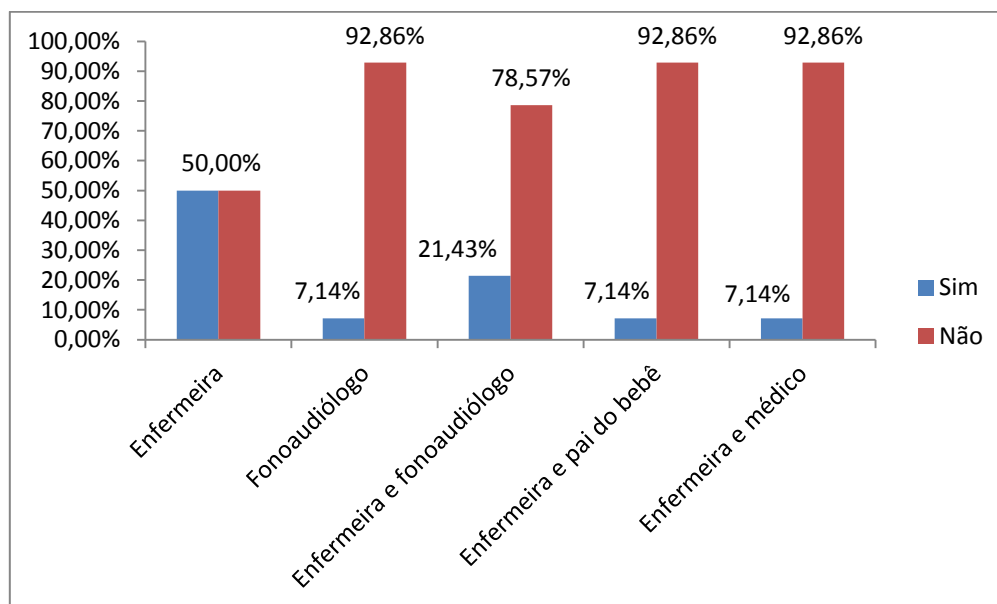
Gráfico 12 – Distribuição das mães (n=17) quanto ao recebimento de ajuda e apoio para amamentação dos RNPTs acompanhados no ambulatório do *follow-up* em uma maternidade pública do MRJ, período de 2015



Fonte: Coleta de dados 2015.

Em relação ao apoio oferecido às mães durante a internação hospitalar do RNPT, 82,35% das mães relataram que receberam ajuda para amamentar e 100% alegaram terem se sentido apoiadas a amamentar. E, em relação ao apoio oferecido às mães após a alta hospitalar do RNPT, 56,25% das mães relataram que receberam ajuda para amamentar e 93,75% se sentiram apoiadas a amamentar.

Gráfico 13 – Distribuição das mães (n=17) quanto ao recebimento de ajuda para amamentação dos RNPTs acompanhados no ambulatório do *follow-up* em uma maternidade pública do MRJ, período de 2015



Fonte: Coleta de dados 2015.

Das 82,35% de mães que receberam ajuda para amamentar, 50% das mães receberam essa ajuda somente de enfermeiros; 7,14%, somente de fonoaudiólogos; 21,43%, de enfermeiros e fonoaudiólogos; 7,14%, de enfermeiros e pai do bebê; e 7,14%, de enfermeiros e médicos.

Sobre o apoio, 100% relataram ter recebido e que se sentiram apoiadas pelos enfermeiros e pela equipe do banco de leite. Além disso, sobre o tipo de apoio, todas as mães gostariam de receber o suporte ativo, isto é, o profissional de saúde ir até a mãe oferecer ajuda.

5 DISCUSSÃO DOS DADOS

No presente estudo, a média de idade das mães participantes foi de 28,24 anos, que indicou um grupo de mulheres jovens adultas. Porém, 17,65% das mães entrevistadas eram adolescentes. Segundo Lima, Javorski e Vasconcelos (2011), observa-se que as mães adolescentes apresentam maior taxa de desmame precoce, por esse motivo os profissionais de saúde devem estar capacitados para prestar assistência a esse grupo.

Ainda sobre o perfil sociodemográfico das mães, no estudo de Lopes e outros (2015), realizado no Estado do Piauí, Brasil, que teve como objetivo analisar a amamentação em prematuros relacionando as características do binômio mãe-filho e a autoeficácia materna, os pesquisadores encontraram que as mães entrevistadas, na maioria (52,4%), eram solteiras e 42,9% eram casadas/união estável; 47,6% tinham de 10 a 12 anos completos de escolaridade e 47,6% tinham renda familiar de 1 salário mínimo. Os dados do presente estudo mostram uma discordância, quando comparado com o de Lopes e outros (2015), pois 70,59% das mulheres eram casadas/união estável; 58,83% das mães tinham 14 anos ou mais de estudo e 64,70% das mães declararam possuir renda familiar mensal superior a 1 salário mínimo.

No que diz respeito às condições maternas: baixa instrução, renda mensal inferior a 1 salário mínimo, idade menor que 30 anos, são referidas como preponderantes para o desmame precoce. No entanto, autores divergem em suas opiniões quanto ao grau de escolaridade, enquanto que para uns os anos de estudo têm uma relação positiva com a duração da amamentação, outros autores discordam. Já as mulheres casadas apresentam maior probabilidade de prolongar o tempo de amamentação (SILVA, DAVIM, 2012).

Um estudo realizado em um hospital universitário em Santa Catarina (Brasil), que tinha como objetivo investigar a associação entre tipo de aleitamento, presença de risco ao desenvolvimento infantil, variáveis obstétricas e socioeconômicas, mostrou que a categoria profissão da mãe foi significativa no tipo de aleitamento materno ($p=0,030$), e a categoria mães donas de casa apresentou maior prevalência do tipo de aleitamento misto (CRESTANI et al., 2011). Desse modo, mesmo que a mãe não trabalhe fora de casa ou esteja de licença-maternidade, existe o risco do aleitamento materno misto, se a mesma não tiver o apoio para a prática da amamentação exclusiva.

Sendo assim, os profissionais de saúde devem estar atentos a esses grupos de risco para o desmame precoce, com a finalidade de fortalecer as ações de promoção e apoio ao aleitamento materno, principalmente durante o pré-natal.

Observa-se que intervenções realizadas durante o período pré-natal têm um efeito positivo nas taxas de aleitamento materno imediato. O estudo de revisão de Holmes (2013), que teve como objetivo sumarizar as melhores evidências disponíveis sobre o estabelecimento do aleitamento materno bem-sucedido no período neonatal, apontou que a educação e preparação para a amamentação bem-sucedida devem ocorrer antes e durante a gravidez.

Já um fator relacionado aos dados gestacionais que está associado à interrupção do AME no terceiro mês de lactentes de baixo peso é a mãe ter realizado menos de seis consultas de pré-natal e ter gestação múltipla (SANCHES et al., 2011).

Como 52,94% das mães entrevistadas realizaram mais de seis consultas de pré-natal, conforme é preconizado pelo Ministério da Saúde, e 88,24% receberam informações de aleitamento materno durante as consultas, sugere-se que elas tenham fatores protetivos para amamentação, mesmo no contexto da instituição investigada, que atende pré-natal de alto risco, o que exige uma equipe multiprofissional treinada. Talvez a presença desses fatores protetivos de modo preponderante na população estudada seja um dos motivos que explique a elevada taxa de manutenção do aleitamento até a consulta de *follow-up* (100% das mães que amamentavam na ocasião da alta hospitalar continuaram amamentando). Entretanto, apesar da alta taxa de aleitamento materno, muitos dos RNPTs (47,61) não estavam em AME.

Sobre os dados do parto, o parto cesariano foi apontado como o fator de risco mais consistente para a não amamentação na primeira hora de vida; a prematuridade também é mencionada, pois já é comprovado que os bebês prematuros ou de baixo peso possuem chances significativamente mais baixas de amamentação oportuna do que bebês nascidos a termo (BOCCOLINI et al., 2011; ESTEVES et al., 2014). Esse fato ocorreu na população do presente estudo, em que todos são RNPTs, sendo que a maioria (88,24%) nasceu de parto cesáreo e nenhum bebê foi amamentado na primeira hora de vida.

Portanto, os aspectos como baixo peso, prematuridade e presença de intercorrências ao nascimento podem estar ligados ao aleitamento misto, mesmo que as mães apresentem disponibilidade física e de tempo para o aleitamento (CRESTANI et al., 2011).

Em um estudo realizado em São Paulo, que tinha como objetivo caracterizar o perfil das crianças atendidas no setor de fonoaudiologia do ambulatório de crianças de alto risco, verificou-se que a maioria da amostra do estudo era composta por neonatos do sexo masculino (PINTO et al., 2013). Este dado mostra uma discordância com o presente estudo, onde 52,38% foram RNPTs do sexo feminino.

Além disso, nesse mesmo estudo referenciado (PINTO et al., 2013), a média da idade gestacional dos bebês foi de 32 semanas e o peso médio dos bebês foi de 1.774 gramas. Esses dados mostram uma concordância com os deste trabalho, que evidenciou uma média de 32 semanas e 0,43 dias e peso médio de 1.784,29 gramas.

Destaca-se que a necessidade de reanimação, intercorrências clínicas com mãe ou com o recém-nascido na hora do parto e nascimento podem atrasar o contato pele a pele precoce e a amamentação na primeira hora de vida. Em relação ao Apgar, em um estudo realizado com RNs com diagnóstico médico de alto risco e/ou prematuridade, eles apresentaram, no primeiro minuto, média 6 enquanto que o valor mínimo foi 1 e o máximo, 10. E, no quinto minuto, a média do Apgar foi 8, enquanto que o valor mínimo foi 2 e o máximo, 10 (PINTO et al., 2013). No presente estudo, a maioria dos RNPTs apresentou valores acima de 7, tanto no Apgar de primeiro minuto (80,05%) quanto no de quinto (90,48). Já, em relação à reanimação neonatal, 47,62% dos RNPTs sofreram alguma manobra do procedimento e 76,19% dos RNPTs tiveram alguma intercorrência clínica no nascimento. No entanto, apesar de uma parte dos RNPTs (52,38%) não ter sofrido reanimação neonatal e/ou intercorrências no nascimento (23,81%), apenas 17,65% dos RNPTs realizaram o contato pele a pele precoce¹¹ e nenhum (0%) foi amamentado na primeira hora de vida.

Segundo Holmes (2013) o período imediatamente após o parto é essencial para o sucesso da amamentação, portanto o contato pele a pele precoce e o aleitamento materno sem restrições devem ser fortemente promovidos. Dessa forma, na ausência de desconforto respiratório, termorregulação alterada ou necessidade de monitorização de apneia, o RNPT pode ser colocado em contato pele a pele, assim como, se não houver outros impedimentos clínicos, pode-se oferecer ao RNPT a sucção ao seio materno.

E, sobre condições de saúde do bebê durante a internação, houve situações que dificultaram o início da amamentação, como, por exemplo, a necessidade de suporte ventilatório (90,48%) e oxigenoterapia (57,14%).

Os dados apresentados em relação ao início da amamentação na internação são preocupantes (média 17,25 dias), pois atrasar o início dessa prática pode ter um impacto negativo sobre a saúde e desenvolvimento do recém-nascido pré-termo e também sobre o bem-estar e a saúde futura da mãe e família. Dessa forma, a estratégia da IHAC neonatal

¹¹ O contato pele a pele precoce é definido como colocar o RN despido e de braços sobre o tórax da mãe no momento do nascimento ou logo após. A pele do RN deve estar em contato direto com a pele da mãe e sua cabeça deve estar coberta com um gorro seco e um cobertor aquecido deve ser colocado sobre suas costas (BRASIL, 2011 c).

recomenda iniciar a amamentação assim que o RN atingir a estabilidade clínica, caracterizada como ausência de apneia grave, dessaturação e bradicardia (NYQVIST, 2013). No entanto, cabe ressaltar que a clientela de RNPTs atendidos na instituição onde foi realizada a coleta de dados é considerada de alta complexidade.

Todos os recém-nascidos pré-termo do presente estudo passaram pela internação na UTIN, o que representou uma situação de crise para eles e suas famílias. Geralmente, na primeira ida à UTIN, a família encontra um ambiente estranho e assustador, o que pode dificultar o estabelecimento do aleitamento materno (BRASIL, 2013).

Além disso, a média do total de dias de internação hospitalar dos bebês caracteriza um longo período de hospitalização, o que também é apontado como um fator de risco para o desmame precoce, pois a alta hospitalar do bebê acima de 42 dias foi associada a uma oferta de leite insuficiente pela mãe (HILL et al., 2007).

Em relação ao tipo de alimentação oferecida na alta, o estudo de Zachariassen (2010), que tinha como objetivo descrever as práticas de alimentação na alta hospitalar em relação às características dos prematuros extremos e suas mães, apontou que a maior taxa de amamentação na alta foi encontrada entre mães de classe social alta ($p = 0,000$).

Outro estudo, realizado com prematuros de idade gestacional entre 32 e 37 semanas, constatou que, na alta hospitalar, todos os RNPTs incluídos no estudo estavam em aleitamento materno, no entanto nenhum estava em AME. No 14.º dia após a alta da criança, 55,2% dos bebês se encontravam em aleitamento materno, 36,2% estavam em aleitamento materno exclusivo e 8,6% dos bebês já tinham sido desmamados (AZEVEDO, CUNHA, 2013).

Ademais, observa-se em um estudo que os RNs que receberam alta em aleitamento materno misto foram os mesmos que apresentaram o uso mais frequente da fórmula artificial na complementação da alimentação (MELO et al., 2013).

Dessa forma, esses dados encontrados na literatura científica coincidem com os do presente estudo, já que ambos mostram uma maior prevalência de aleitamento materno não exclusivo nos RNPTs, sendo importante ressaltar que o tipo de alimentação oferecida na alta hospitalar do RNPT, no presente estudo, não variou quando o mesmo foi para o domicílio.

Sobre os dados de promoção e apoio ao aleitamento materno em RNPT, a entrada precoce dos pais na UTIN e o estímulo à participação destes nos cuidados com o bebê é uma recomendação do Ministério da Saúde (2013). Essas recomendações têm a finalidade de promover o vínculo família-bebê, pois, devido ao ambiente da UTIN ser associado à

possibilidade de morte, a vivência dessa hospitalização causa um marco na vida familiar (PEREIRA et al., 2015).

No entanto, grande parte das atividades educativas sobre os cuidados diários com os RNPTs ainda é incipiente e direcionada somente às mães (CHIODI et al., 2012).

Assim, um dos primeiros cuidados que a mãe pode oferecer ao seu bebê é o da alimentação. Porém, no contexto da UTIN, na maioria das vezes não é possível que esse RN inicie sua alimentação diretamente no seio da mãe (BRASIL, 2013). Portanto, a vivência da amamentação é adiada até a alta da UTIN, quando mãe e filho já se encontram na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN) (PEREIRA et al., 2015).

Segundo Nyqvist (2012), a amamentação pode ser introduzida assim que o RN não necessitar mais de suporte ventilatório, a partir de 28 semanas, sem a necessidade de qualquer programa de estimulação oral ou a avaliação de prontidão para administração de alimentação oral. E a autora ainda afirma que introduzir a amamentação de forma atrasada priva as mães de oportunidades ideais para o estabelecimento da lactação/aleitamento materno.

Sobre o manejo da lactação e aleitamento materno, a ordenha mamária é apontada na literatura científica como uma das práticas que favorece o aleitamento materno. A expressão precoce do leite materno resulta em uma lactação bem-sucedida e por um maior período, nas mães de recém-nascidos de muito baixo peso. Sendo que a ordenha dentro da primeira hora após o parto está associada com a diminuição do tempo para o início da lactogênese fase II e secreção do leite (MURPHY et al., 2014).

O momento da primeira expressão de leite materno está intimamente ligado ao sucesso da lactação. As intervenções para proporcionar maior apoio na lactação às mães de recém-nascidos de muito baixo peso foram associadas com uma tendência para as mães iniciarem a expressão do leite materno no prazo de 6 horas após o parto ($p = 0,06$) (MURPHY et al., 2014).

Nesse processo de início e manutenção da lactação/aleitamento materno, devem-se considerar as particularidades que as mães de RNs internados em unidades neonatais enfrentam, tais como vivenciar o cotidiano hospitalar, afastando-se do seu convívio familiar, e o paradoxo de sentimentos pela falta de contato precoce com o filho (SOUZA et al., 2010). Diante disso, a ideia da prática precoce da ordenha (nas primeiras 6 horas após o parto) deve ser trabalhada com orientações e apoio, principalmente durante o pré-natal, como recomendam o terceiro e o quinto passos da IHAC neonatal (NYQVIST et al., 2012).

Neste estudo, 81,12% das mães realizaram a retirada do leite com mais de 24 horas após o nascimento e uma parcela das mães (12,5%) não recebeu ajuda na realização da primeira ordenha.

Segundo Brasil (2013), as equipes da unidade neonatal e do BLH devem atuar conjuntamente para garantir que a mãe/família possam ver, tocar e acariciar o bebê sempre que tiverem disponibilidade; oferecer orientações precoces sobre a técnica da ordenha; acompanhamento diário da ordenha por profissionais da equipe da unidade neonatal e/ou do BLH, que devem estimular a ordenha no mínimo a cada três horas; a retirada do leite pode ser realizada ao lado da incubadora dentro da UTIN, no entanto, se a retirada for para estoque, esta deve ser realizada no banco de leite.

O estudo de Maastrup e outros (2012) teve como objetivo descrever o apoio à amamentação oferecido por 19 UTINs dinarmaquezas, onde aproximadamente 98% das mães iniciaram o aleitamento materno, e também mostrou a importância da presença dos pais na UTIN, a recomendação da expressão leite materno dentro de 6 horas após o nascimento, iniciar o contato pele a pele na primeira vez que os pais entram na UTIN, para o início do aleitamento materno. Assim, o contato pele a pele por meio da posição canguru é um cuidado importante para o início e manutenção da amamentação do RNPT.

O Método Canguru é uma estratégia adotada pelo Ministério da Saúde (2013) para fortalecer o papel da família no cuidado com o RNPT, além de estimular o aleitamento materno e o contato pele a pele com a mãe e/ou outro familiar. Além disso, o estabelecimento desse contato pele a pele, assim que o RNPT tenha estabilidade clínica, é uma das recomendações da IHAC neonatal.

No presente estudo, a posição canguru durante a internação foi realizada por 82,35% das mães e 52,94% dos pais (homens). Já, em relação a essa prática no domicílio, somente 70,59% dos RNPTs continuaram a receber contato pele a pele.

Em relação à participação dos pais (homens) no Método Canguru, os resultados acima mostram alguma participação dos pais (homens) no cuidado Canguru. O estudo de Santos, Machado e Christoffel (2013), que teve como objetivos compreender a percepção da equipe de enfermagem sobre a participação do pai (homem) na posição canguru na segunda etapa do MC, identificar os fatores facilitadores ou dificultadores dessa participação e descrever como é realizada a inclusão do homem/pai nesse processo sob a orientação da equipe de enfermagem, demonstrou que a participação masculina das etapas do Método Canguru é inconstante, principalmente pelo fato da impossibilidade de faltar no emprego.

Já, em relação à prática da posição canguru no domicílio, o estudo de Spehar e Seidl (2013), que objetivou descrever a realização da posição canguru e as práticas de amamentação, avaliar a percepção de autoeficácia quanto aos cuidados e à interação com o neonato, ao longo das três etapas do Método Canguru, de 10 puérperas de RNs de baixo peso, mostrou que as mães que realizavam pouco a posição canguru na fase hospitalar apresentaram tendência à redução da prática no domicílio.

No estudo de Maastrup e outros (2012), já citado anteriormente, o tempo estimado de contato pele a pele diário dos RNs foi de 2-4 horas em 63% das UTINs e 4-8 horas em 37% das unidades pesquisadas.

Já o estudo de Chagas e outros (2011), que teve como objetivo verificar a eficácia e a continuidade das orientações recebidas pelas mães de RNPTs e de baixo peso relacionadas ao Método Mãe-Canguru no pré e pós-alta hospitalar, apresentou uma média de 2 horas e 30 minutos diárias no hospital, enquanto que, no domicílio, média de 1 hora e 47 minutos. Além disso, a adesão ao posicionamento mãe canguru tanto no pré quanto no domicílio foi de 63%. Os autores concluíram que, embora o tempo em que a criança tenha sido colocada na posição canguru no domicílio tenha diminuído, as taxas de aleitamento materno aumentaram.

O aleitamento materno exclusivo em RNPTs no domicílio foi associado à orientação recebida pela mãe de amamentar exclusivamente o bebê em casa, na alta hospitalar do bebê (AZEVEDO, CUNHA, 2013). Portanto, é indiscutível que após a alta hospitalar o RNPT e sua família ainda necessitam de apoio da equipe de saúde, para fortalecê-los no enfrentamento da nova situação de vida (GUBERT et al., 2012).

Os profissionais de saúde devem fornecer orientações em relação aos direitos das famílias de RNPTs para proteção da amamentação, no entanto apenas 94,12% das mães e 64,71% dos pais foram orientados.

O estudo de Limam, Leão e Alcântara objetivou analisar a proteção legal à amamentação, na perspectiva da responsabilidade da família e do Estado, no Brasil. O estudo identificou que o Brasil possui uma proteção legal abrangente à amamentação e uma política consistente nesse sentido.

Amamentar é um direito que a sociedade deve assegurar a toda mulher e criança. Este direito também estende-se à mulher que tem um trabalho remunerado (CARVALHO, TAVARES, 2014).

É preciso observar que, no presente estudo, 18,75% das mães não foram orientadas em relação ao seu direito de amamentar durante a internação e após a alta. Porém, 94,12% das

mães puderam realizar a prática da amamentação durante a internação e 100% amamentaram depois da alta hospitalar.

O direito da gestante de ter um acompanhante no período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato é assegurado desde 2005 pela Lei n. 11.108, conhecida como “Lei do acompanhante”, a partir da qual os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde, da rede própria ou conveniada, são obrigados a permitir a presença de um acompanhante escolhido pela parturiente (BRASIL, 2005).

Esse compromisso também foi firmado nas instituições Amigas da Criança, que devem seguir a Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014, e cumprir os critérios globais do cuidado à mulher (BRASIL, 2014).

Observa-se que 87,50% das mães foram orientadas em relação ao direito do acompanhante, no entanto apenas 70,59% usufruíram desse direito.

O estudo de Frutuoso e Brüggemann (2013), que teve como objetivo conhecer quais informações os acompanhantes possuem acerca da Lei 11.108/2005, as suas percepções sobre a experiência no centro obstétrico e as ações de apoio junto à mulher, mostrou que, apesar da vigência da Lei n. 11.108/2005, a maioria dos acompanhantes desconhece esse direito da mulher, evidenciando que essa informação é pouco divulgada pelos serviços de saúde.

Os direitos da licença-maternidade e/ou paternidade, a garantia de emprego e creche, as pausas para amamentar durante o trabalho só estão protegidos pela legislação brasileira para as trabalhadoras formais, isto é as que têm a carteira assinada. As trabalhadoras informais têm a possibilidade de provar a relação permanente no trabalho à justiça para tentar receber os benefícios (BRASIL, 2010).

O estudo de Guendelman e outros (2009), com o objetivo de examinar a relação entre a amamentação e a licença-maternidade antes e após o parto entre as mães que trabalham no sul da Califórnia, apontou que as licenças-maternidade de 6 semanas ou 6 a 12 semanas após o parto foram associadas, respectivamente, com quatro e duas vezes mais chances de fracasso em estabelecer a amamentação e um aumento da probabilidade de cessação após o estabelecimento bem-sucedido, em relação às mulheres que não retornaram ao trabalho.

Os direitos às licenças para a mãe de RNPT e da avó só estão assegurados às servidoras públicas do Estado e Município do Rio de Janeiro, respectivamente. E, no caso da última licença, esta é apenas para as servidoras que sejam as avós maternas (PREMATURIDADE.COM, 2013c; PREFEITURA RJ, 2002).

É notório que o apoio à amamentação é de suma importância para o início e manutenção do aleitamento materno. Segundo AWHONN (2015), pesquisadores mostraram que mulheres que participaram de oficinas de apoio voltadas para a amamentação foram mais propensas a amamentar exclusivamente até oito semanas após o parto do que as mulheres que não assistiram essas oficinas.

Uma revisão sistemática mostrou que a educação e/ou apoio ao aleitamento materno aumentaram as taxas de aleitamento materno exclusivo no momento do nascimento e durante o primeiro até o quinto mês (HAROON et al., 2013).

No presente estudo, houve a participação da maioria das mães em grupos de apoio à amamentação, com recebimento de materiais educativos, mas essa participação foi apenas durante o pré-natal. Esses grupos ocorrem duas vezes por semana, em uma sala do BLH da instituição pesquisada, com as gestantes encaminhadas do pré-natal da unidade e suas famílias. Eles são coordenados por um profissional devidamente capacitado pela equipe de assistência do BLH. A dinâmica é realizada através de rodas de conversa, com o foco nas demandas das gestantes e a amamentação é tratada numa perspectiva de aconselhamento.

Os estudos (MELO et al., 2013) sugerem que a realização de grupos de apoio sejam baseados em dinâmicas e no diálogo aberto e informal entre mães e profissionais de saúde durante a internação e após a alta do RNPT.

É preciso frisar que todos os profissionais de saúde que prestam assistência às mães de RNPT devem adquirir conhecimentos e as competências necessárias para o manejo da amamentação. Dessa forma, os profissionais devem basear suas práticas em evidências científicas, a fim de fornecer informações e ajuda prática às mães dos recém-nascidos pré-termo (AWHONN, 2015).

As pesquisas (BELL, GEYER, JONES, 1995; NYQVIST, 2005) apontaram a importância da educação para a formação dos profissionais de saúde para que os mesmos possam apoiar a prática da amamentação e os estudos (OGLIO et al., 2007; SPATZ et al. 2005) mostraram diversos programas educativos com a finalidade de melhorar os conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de saúde.

6 CONCLUSÃO

A partir deste estudo pode-se observar que o processo da amamentação do RNPT até a primeira quinzena após a alta revela que, apesar da efetivação de diversas estratégias de promoção, proteção e apoio ao AME em RNPTs, a maioria (52,38%) desses ainda não consegue a amamentação de forma exclusiva no momento da alta e no domicílio.

Portanto, ainda é necessário o fortalecimento dessas ações, através de normas e rotinas que incentivem a prática da amamentação, o que é fundamental para a melhoria dos índices de aleitamento materno na população de prematuros que ficam internados em unidades neonatais e assim refletir positivamente na redução das taxas de mortalidade infantil.

Apesar de o cenário escolhido para o estudo ser um hospital que promove essas ações de incentivo ao aleitamento materno, já que o mesmo é credenciado pela OMS, UNICEF e MS como Hospital Amigo da Criança, é preciso observar que os dez passos para o sucesso do aleitamento materno e o cuidado à mulher ainda não contemplam todas as particularidades da população dos RNPTs.

Em vista do que foi mencionado, é necessário investir em pesquisas com delineamentos que apresentem evidências fortes relativas ao compromisso de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno, contribuindo para o aumento dos índices de AME até 6 meses. Portanto, sugere-se o desenvolvimento de estudos que busquem aprofundar e validar essas estratégias para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno nas unidades neonatais, estimulando o contato pele a pele o mais precocemente possível.

Sobre a assistência de saúde prestada, as evidências científicas mostram o impacto positivo em relação ao aumento das taxas de aleitamento materno através da educação permanente dos profissionais de saúde. Para isso, sugere-se que a instituição de saúde forneça treinamentos teóricos e práticos constantemente, a fim de aperfeiçoar a prática em amamentação de todos os profissionais da instituição.

Outro fator indispensável ao sucesso do AME é a educação em saúde com as famílias dos RNPTs. Sugere-se aos profissionais de saúde instituir um programa de intervenção para que as mães e familiares de prematuros possam receber orientações acerca do aleitamento materno e amamentação. Cabe ressaltar que essas orientações não devem contemplar apenas aspectos técnicos, biológicos e nutricionais, mas a individualidade de cada RNPT, os aspectos psicológicos e a cultura de cada mãe, pai e família.

Portanto, recomendam-se que ações de apoio ao AME sejam realizadas desde o pré-natal até o seguimento ambulatorial dos RNPTs, com especial atenção às ações de acolhimento da família nas instituições de saúde e orientações para o manejo da lactação/aleitamento materno (massagem nas mamas, ordenha do colostro nas primeiras 6 horas pós-parto). E, principalmente, estabelecer a amamentação assim que a mãe e o RNPT tiverem condições, com a finalidade de aumentar as taxas de AME nessa população, bem como o direito à informação sobre a legislação que garante à mulher, ao pai e ao recém-nascido o direito ao parto, nascimento e amamentação.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, L.A. Enfermagem na prática materno-neonatal. [Reimp.] Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

ASSOCIATION OF WOMEN'S HEALTH, OBSTETRIC AND NEONATAL NURSES. Breastfeeding. **JOGNN**. v.44, n. 1, p.145-50, 2015.

AQUINO, R.R, OSÓRIO, M.M. The feeding of preterm newborns: alternative methods for the transition from tube-feeding to breastfeeding. **Rev. Bras. Saúde Materno Infantil**. v. 8, n.1, p.11-16, jan./mar. 2008.

AZEVEDO, M.de.; CUNHA, M.L.C.da. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em prematuros no primeiro mês após a alta hospitalar. **Rev. HCPA.**, v. 33, n. 1, p. 40-49, 2013.

BICALHO-MANCINI, P.G.; VELASQUEZ-MELENDEZ, G. Aleitamento materno exclusivo na alta de recém-nascidos internados em berçário de alto risco e os fatores associados a essa prática. **J. Pediatr. (Rio J.)**, v. 80, no. 3, Jun. 2004 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000400014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 abr. 2014.

BOCCOLINI, C.S. et al. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. **Rev Saúde Pública.**, v. 45, n. 1, p. 69-78, fev. 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e Adolescente. Resolução nº 41, 13 de outubro de 1995. Dispõe sobre os direitos da criança hospitalizada. Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil 1995 17 out; Seção I:163.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 27 de set. 2015.

_____. Decreto-lei n.º 5.452, de 1º de maio de 1943. Aprova a consolidação das leis do trabalho. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del5452.htm>. Acesso em: 27 set. 2015.

_____. Lei 8213 de 24 de junho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/leis/L8213cons.htm>. Acesso em: 27 set. 2015.

_____. Lei 11.108 de 07 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em:<

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>. Acesso em: 15 de novembro de 2015.

_____. Lei 11265 de 03 de janeiro de 2006. Regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também de produtos de puericultura correlatos. Brasília, 2006. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/96062/lei-11265-06>>. Acesso em: 16 nov. 2014.

_____. Lei 11770 de 09 de setembro de 2008. Cria o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal, e altera a Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/111770.htm>. Acesso em: 27 set. 2015.

_____. Projeto de Lei do Senado nº 241 de 2010. Acrescenta art. 71-B à Lei 8.213, de 24 de julho de 1991, para dispor sobre o salário-maternidade das seguradas mães de prematuros extremos. Disponível em: <<http://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/98084>>. Acesso em: 27 set. 2015.

_____. Lei Complementar nº 146 de 25 de junho de 2014. Estende a estabilidade provisória prevista na alínea *b* do inciso II do art. 10 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias à trabalhadora gestante, nos casos de morte desta, a quem detiver a guarda de seu filho. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LCP/Lcp146.htm>. Acesso em: 27 set. 2015.

_____. Lei 13.227, de 28 de dezembro de 2015. Institui o Dia Nacional de Doação de Leite Humano e a Semana Nacional de Doação de Leite Humano, a serem comemorados anualmente. Disponível em: <<http://www.redeblh.fiocruz.br/media/leidoa15.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Manual de assistência ao recém-nascido. Secretaria de assistência à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

_____. Ministério da Saúde. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Cartilha mãe trabalhadora que amamenta. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Atenção à Saúde do Recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. Indicadores demográficos. 2011b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2009/c0102.htm>>. Acesso em: 26 agosto de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Datasus. Indicadores de Mortalidade. Brasília, 2011c. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/1ed/CapituloC.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011d. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 6 de abril de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Rede Amamenta Brasil: os primeiros passos (2007–2010). Brasília: Ministério da Saúde, 2011d.

_____. Ministério da Saúde. Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. Brasília: Ministério da Saúde, 2011e.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 930, de 10 de maio de 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html>. Acesso em: 6 de outubro de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru: Manual Técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.153, de 22 de maio de 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153_22_05_2014.html>. Acesso em: 22 de abril de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.130, de 5 de Agosto de 2015a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153_22_05_2014.html>. Acesso em: 9 de setembro de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

_____. Ministério da Previdência Social. Salário-Maternidade 2015c. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/servicos-ao-cidadao/todos-os-servicos/salario-maternidade/>>. Acesso em: 27 set. 2015.

_____. Fiocruz. Institucional. 2015d. Disponível em: <<http://www.iff.fiocruz.br/index.php/institucional>>. Acesso em: 29 de junho de 2015.

BUCCINI, G.S. et al. Acompanhamento de recém-nascidos de baixo peso pela atenção básica na perspectiva das Equipes de Saúde da Família. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v. 11, n. 3. Set. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292011000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 outubro de 2013.

CARVALHO, M.R. de., TAVARES, L.A.M. Amamentação: bases científicas. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

CHAGAS, D.O. et al. Comparação da adesão materna às orientações do método Mãe Canguru no pré e pós-alta do Hospital Sofia Feldman. **Rev Med Minas Gerais**, v.21, n.1, p. 5-8, 2011.

CHIODI, L.C. et al. Educação em saúde e a família do bebê prematuro: uma revisão integrativa. **Acta paul. enferm**, v.25, n.6, p 969-974, 2012.

CRESTANI, A.H. et al. Análise da associação entre tipos de aleitamento, presença de risco ao desenvolvimento infantil, variáveis obstétricas e socioeconômicas. **J Soc Bras Fonoaudiol.** v.24, n. 3, p. 205-10, 2012.

CZECHOWSKI, A.E.; FUJINAGA, C. I de. Seguimento ambulatorial de um grupo de prematuros e a prevalência do aleitamento na alta hospitalar e ao sexto mês de vida: contribuições da Fonoaudiologia. **Rev Soc Bras Fonoaudiol.**, v. 15 n.4. 2010. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rsbf/v15n4/a16v15n4.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2014.

ESTEVES, T.M.B. et al. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida: revisão sistemática. **Rev Saúde Pública.** v. 48, n. 4, p. 697-703, ago. 2014.

FERREIRA, A.B. de H. Dicionário do Aurélio. Disponível em:< <http://www.dicionariodoaurelio.com/>>. Acesso em: 18 de janeiro de 2016.

FONSECA, A.L.M; ALBERNAZ, E.P; KAUFMANN, C.C; NEVES, I.H; FIGUEIREDO, V.L.M. Impacto do aleitamento materno no coeficiente de inteligência de crianças de oito anos de idade. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 89, n. 4, ago. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572013000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 Out. 2014

FRUTUOSO, L.D.; BRÜGGEMANN, O.M. Conhecimento sobre a lei 11.108/2005 e a experiência dos acompanhantes junto à mulher no centro obstétrico. **Texto Contexto Enferm**, v. 22, n.4, p. 909-17, out/dez, 2013.

FUJINAGA C.I. et al. Validação Clínica do Instrumento de Avaliação da Prontidão do Prematuro para Início da Alimentação Oral. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, p. 140-145 , fev. 2013.

GUBERT, J.K. et al. Avaliação do aleitamento materno de recém-nascidos prematuros no primeiro mês após a alta. **Cienc Cuid Saude**, v.1, n.1, p.146-155, jan/mar 2012.

GUENDELMAN, S. et al. Juggling Work and Breastfeeding: Effects of Maternity Leave and Occupational Characteristics. **Pediatrics**, v.123, n. 1, p. 38-46, jan, 2009.

HAROON, S.; DAS, J.K.; SALAM, R.A.; IMDAD, A.; BHUTTA, Z.A. Breastfeeding promotion interventions and breastfeeding practices: a systematic review. **BMC Public Health**. v.13, n. 3, S20-, 2013.

HECK, R. O direito de amamentar e de ser amamentado. Disponível em:<
<http://www.aleitamento.com/direitos/conteudo.asp?cod=1242>>. Acesso em 26 de outubro de 2015.

HILL, P.D. et al. Predictors of Preterm Infant Feeding Methods and Perceived Insufficient Milk Supply at Week 12 Postpartum. **J Hum Lact.**, v. 23, n. 1, p. 32-8, fev. 2007.

HOLMES, A.V. Establishing Successful Breastfeeding in the Newborn Period. **Pediatr Clin N Am.**, v. 60, n.1, p. 147-68, fev 2013.

JAVORSKI, M; SCOCHI, C.G.S; LIMA, R.A.G. Os programas nacionais de incentivo ao aleitamento materno: uma análise crítica. **Pediatria Moderna**, v.35, n.1, p.30-34, jan-fev, 1999.

JAVORSKI, M; CAETANO, L.C; VASCONCELOS, M.G.L; LEITE, A.M; SCOCHI, C.C.S. As representações sociais do aleitamento materno para mães de prematuros em unidade de cuidado canguru. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, v. 12, n. 6, p. 890-8, nov/dez 2004.

JONES, E.; SPENCER, S.A. How to achieve successful preterm breastfeeding. **Infant**, v.1, n.4, p. 111-5, 2005.

LANSKY, S. et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad. Saúde Pública**, v. 30 Sup:192-207, 2014.

LI LIU, O.S. et al. Global, regional, and national causes of child mortality in 2000-13, with projections to inform post-2015 priorities: An updated systematic analysis. **The Lancet**. v.385, n. 9966, p. 430-440, out.2015.

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

LOPES, A.M. et al. Amamentação em prematuros: caracterização do binômio mãe-filho e autoeficácia materna. **Rev Bras Promoç Saúde**, v. 28, n. 1, p. 32-43, jan./mar. 2015.

MAASTRUP, R. et al. Breastfeeding Support in Neonatal Intensive Care: A National Survey. **J Hum Lact.**, v.28, n.3, p.370–379, 2012.

MACIEL, I.V.L, ALMEIDA, C.S de, BRAGA, P.P. O aleitamento no contexto da prematuridade: o discurso materno. **Rev enferm UFPE on line.**, v. 8, n.5, p.1178-84, maio. 2014.

MAIA, R.R.P, SOUZA, J.M.P. Fatores associados ao baixo peso ao nascer em município do norte do brasil. **Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum.**, v. 20, n. 3, p.735-744, 2010.

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

MEREWOOD, A, PHILIPP, B.L, CHAWLA, N, CIMO, S. The baby-friendly hospital initiative increases breastfeeding rates in a US neonatal intensive care unit. **J Hum Lact.**, v.19, n. 2, p. 166-171, maio. 2003.

MURPHY, L. et al. A Quality Improvement Project to Improve the Rate of Early Breast Milk Expression in Mothers of Preterm Infants. **J. Hum. Lact.**, v. 30, n. 4, p. 398–401, nov. 2014.

NASCIMENTO, M.B.R. do; ISSLER, H. Aleitamento materno em prematuros: manejo clínico hospitalar. **J. Pediatr. (Rio J.)**, v. 80, n. 5, supl. Nov. 2004 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000700008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 jul. 2014.

NEVES, P.N, RAVELLI, A.P.X, LEMOS, J.R.D. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso (método mãe canguru): percepções de puérperas. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.31, n. 1, p.48-54, mar. 2010.

NYQVIST, K.H, SJÖDEN, P.O, EWALD, U. The development of preterm infants' breastfeeding behavior. **Early Hum.**, v. 55, n.3, p. 247-264, dez. 1999.

NYQVIST, K.H, FARNSTRAND, C., EEG-OLOFSSON, K.E, EWALD, U. Early oral behavior in preterm infants during breastfeeding: an electromyographic study. **Acta Paediatr.**, v. 90, n.6, p. 658-663, jun. 2001.

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

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

NYQVIST, K.H. et al. Expansion of the Ten Steps to Successful Breastfeeding into Neonatal Intensive Care: Expert Group Recommendations for Three Guiding Principles. **J. Hum Lact.**, v. 28, n. 3, p. 289-296, jun. 2012.

NYQVIST, K.H. From Kangaroo Mother Care to breastfeeding for the competent preterm infant. **Breastfeeding medicine.**, v.7, n. 6, p.556-77, dez. 2012.

NYQVIST, K.H. Lack of Knowledge Persists about Early Breastfeeding Competence in Preterm Infants. **J Hum Lact.**, v.29, n.3, 296–99, abr, 2013.

ODDY, W.H, GLENN, K. Implementing the Baby Friendly Hospital Initiative: the role of finger feeding. **Breastfeeding Rev.**, v.11, n.1, p.5-10, mar. 2003.

PEREIRA, R.S.V. et al . Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. **Cad. Saúde Pública.**, v. 26, n. 12, p.2343-54, 2010.

PEREIRA, A.P.E. et al. Determinação da idade gestacional com base em informações do estudo Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública.**, v. 30, Sup, p.59-70, 2014.

PEREIRA, L.B., ABRÃO, A.C.F.V., OHARA, C.V.S., RIBEIRO, C.A. Vivências maternas frente às peculiaridades da prematuridade que dificultam a amamentação. **Texto Contexto Enferm.**, v. 24, n.1, p. 55-63, jan-mar, 2015.

PINTO L.K., GUIMARÃES, L.M., COELHO, L.M.F.R., MARANGONI, A.C. Perfil das crianças atendidas no setor fonoaudiológico do ambulatório de crianças de alto risco da prefeitura municipal de Franca/SP. **Rev. CEFAC.**, v.15, n. 2, 2013.

PREFEITURA RIO DE JANEIRO. Decreto N° 21229 de 02 de abril de 2002. Disponível em:< <http://smaonline.rio.rj.gov.br/documentos/CSRH/EstatutoProposto/21229.pdf>>. Acesso em: 26 de outubro de 2015.

PREMATURIDADE.COM. Follow-up: o acompanhamento da saúde do prematuro. Disponível em: <<http://prematividade.com/saude-do-prematuro/follow-up-o-acompanhamento-da-saude-do-prematuro.html>>. Acesso em: 11 de fevereiro de 2016.

PREMATURIDADE.COM. 17 de novembro: Dia Mundial da Prematuridade. Disponível em:<<http://prematividade.com/datas-comemorativas/17-de-novembro-dia-mundial-da-prematividade.html>>. Acesso em: 26 de outubro de 2015.

PREMATURIDADE.COM. Lei do Prematuro já é realidade no Rio de Janeiro 2013. Disponível em:< <http://prematividade.com/legislacao/lei-do-prematuro-ja-e-realidade-no-rio-de-janeiro.html>>. Acesso em: 26 de outubro de 2015.

RODRIGUES, A.P.; MARTINS, E. L; TROJAHN, T. C; PADOIN, S. M. M.; PAULA, C.C.; TRONCO, C.S. Manutenção do aleitamento materno de recém-nascidos pré-termo: revisão integrativa da literatura. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 15, n. 1, jan/mar. 2013. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.17067>>. Acesso em: 18 abr. 2014.

SANCHES, M.T.C. et al. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo de lactentes nascidos com baixo peso assistidos na atenção básica. **Cad. Saúde Pública.**, v. 27, n. 5, p. 953-965, mai, 2011.

SANTOS, N.D.; MACHADO, M.E.D.; CHRISTOFFEL, M.M. (RE)conhecendo a participação masculina no método canguru: uma interface com a prática assistencial de enfermagem. **Cienc Cuid Saude.**, v.12, n.3, p. 461-468, jul/set, 2013.

SANTOS, T.A.S, DITZ, E.S., COSTA, P.R. Práticas favorecedoras do aleitamento materno ao recém-nascido prematuro internado na unidade de terapia intensiva neonatal. **R. Enferm. Cent. O. Min.** v.2, n.3, p. 438-450, set/dez, 2012.

SEMENIC S, CHILDERHOSE J.E, LAUZIÈRE J, GROLEAU D. Barriers, facilitators, and recommendations related to implementing the Baby-Friendly Initiative (BFI): an integrative review. **J Hum Lact.**, v.28, n 3, p. 317-334, ago. 2012.

SILVA, C.A.; DAVIM, R.M.D. Mulher trabalhadora e fatores que interferem na amamentação: revisão integrativa. **Rev. Rene.**, v. 13, n. 5, p. 1208-17, 2012.

SILVA, M.H.A, FUJINAGA, C.S, LEITE, A.M, ALMEIDA e SILVA, A., COSTA JUNIOR, M.L, SCOCHI, C.G.S. Bottle and breast sucking effects in premature infants. **Rev. Rene.**, v. 12. n.1, p.81-87, jan./mar. 2011.

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO. Recomendações – Atualização de condutas em pediatria. Número 48. São Paulo: Sociedade de Pediatria de São Paulo, 2009.

SOUZA, C.B; SANTO, L.C.E; GIUGLIANI, E.R.J. Políticas públicas de incentivo ao aleitamento materno: a experiência do brasil. 2010. Disponível em:< <https://mamamiaamamentar.files.wordpress.com/2010/12/texto-revista-francesa.pdf>>. Acesso em 28 Out 2014.

SOUZA, K.V.de; TESIN, R.R.; ALVES, V.H. Mães de recém-nascidos hospitalizados: em/entre círculos no processo de amamentação. **Acta Paul Enferm.**, v.23, n.5, p. 608-13, set/out, 2010.

SPEHAR, M.C., SEIDL, E.M.F. Percepções maternas no método canguru: contato pele a pele, amamentação e autoeficácia. **Psicologia em Estudo.**, v. 18, n. 4, p. 647-656, out./dez. 2013.

UNICEF. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9994.htm>. Acesso em: 10 de setembro de 2014.

VERGARA, S.C. *Projetos e relatórios de pesquisa em administração*. 3. Ed. São Paulo: Atlas, 2000.

VICTORA, C.G. et al. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. **Lancet Glob Health.**, v. 3, p. 199–205, 2015.

VIEIRA, S.V. *Elementos de estatística*. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *March of Dimes, Pmnc, save the children. Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth*. Eds CP. Howson, MV Kinney, JE Lawn. World Health Organization. Geneva, 2012.

ZACHARIASSEN, G. et al. Factors associated with successful establishment of breastfeeding in very preterm infants. **Acta Pædiatrica.** v.99, n.1, p. 1000-4, 2010.

ZIEGLER, E. F.; CARLSON, S. J. Early nutrition of very low birth weight infants. **J. Matern Fetal Neonatal Med.**, v. 22, n. 3, p. 191-7, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUADROS DA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Quadro 01- Descrição dos estudos incluídos na revisão bibliográfica das bases de dados Lilacs, Pubmed, Scopus e Cinahl segundo o título e autoria das produções acadêmicas.

Rio de Janeiro/RJ, 2015

Título	Autoria / Formação acadêmica
1 – Validação clínica do Instrumento de Avaliação da Prontidão do Prematuro para Início da Alimentação Oral	Cristina Ide Fujinaga (Fonoaudióloga), Suzana Alves de Moraes (Médica), Nelma Ellen Zamberlan Amorim (Fonoaudióloga), Thafla Corrêa Castral (Enfermeira), Andrearra de Almeida e Silva (Enfermeira) e Carmen Gracinda Silvan Scochi (Enfermeira).
2 – Percepções maternas no Método Canguru: contato pele a pele, amamentação e autoeficácia	Mariana Costa Spehar (Psicóloga) e Eliane Maria Fleury Seidl (Psicóloga).
3 – A musicoterapia pode aumentar os índices de aleitamento materno entre mães de recém-nascidos prematuros: um ensaio clínico randomizado controlado	Martha Negreiros de Sampaio Vianna (Musicoterapeuta), Arnaldo P. Barbosa (Médico), Albelino Silva Carvalhaes (Musicoterapeuta) e Antonio J. L. A. Cunha (Médico).
4 – Sucção em recém-nascidos pré-termo e estimulação da sucção	Flávia Cristina Brisque Neiva (Fonoaudióloga) e Cléa Rodrigues Leone (Médica).
5 – Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno	Sonia Ioyama Venancio (Médica) e Honorina de Almeida (Médica).
6 – Efeitos da estimulação da sucção não nutritiva com dedo enluvado na transição alimentar em recém-nascido prematuro de muito baixo peso	Cláudia MD Moreira, Regina Paula Guimarães Vieira Cavalcante da Silva (Médica), Mitsuru Miyaki (Médica) e Cristina Ide Fujinaga (Fonoaudióloga).
7 – Influência do uso do copo ou mamadeira durante a transição alimentar de recém-nascidos pré-termo sobre o sistema estomatognático e as taxas de aleitamento materno	Camila Lehnhart Vargas (Nutricionista), Eduardo Matias Steidl (Fisioterapeuta), Luana Cristina Berwig (Fonoaudióloga) e Angela Regina Maciel Weinmann (Médica).
8 – Manutenção do aleitamento materno de recém-nascidos pré-termo: revisão integrativa da literatura	Andressa Peripolli Rodrigues (Enfermeira), Elaine Lutz Martins (Enfermeira), Tatiane Correa Trojahn (Enfermeira), Stela Maris de Mello Padoin (Enfermeira), Cristiane Cardoso de Paula (Enfermeira) e Caroline Sissy Tronco (Enfermeira).
9 – Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em prematuros no primeiro mês após a alta hospitalar	Melissa de Azevedo (Enfermeira) e Maria Luzia Chollopetz da Cunha (Enfermeira).
10 – Estratégias para promoção do aleitamento materno em recém-nascidos pré-termo: estudo bibliográfico	Letícia Demari (Enfermeira), Joseila Sonego Gomes (Enfermeira), Rosane Maria Michel Stucky (Enfermeira), Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz (Enfermeira), Marli Maria Loro (Enfermeira), Cleci Lourdes Schmidt Piovesan Rosanelli (Enfermeira).
11 – A Multipronged Approach Is Associated with Improved Breast Milk Feeding Rates in Very Low Birth Weight Infants of an Inner-City Hospital	Narendra R. Dereddy, Ajay J. Talati, Ashley Smith, Ravi Kudumula e Ramasubbareddy Dhanireddy.
12 – A Quality Improvement Project to Improve the Rate of Early Breast Milk Expression in Mothers of Preterm Infants	Lindsey Murphy, Diane D. Warner, Jessica Parks, Jenny Whitt e Sigal Peter-Wohl.

Título	Autoria
13 – The Effect of Kangaroo Mother Care (KMC) on Breast Feeding at the Time of NICU Discharge	Mohammad Heidarzadeh, Mohammad Bagher Hosseini, Mashalla Ershadmanesh, Maryam Gholamitabar Tabari e Soheila Khazae.
14 – 10 Years after Baby-Friendly Designation: Breastfeeding Rates Continue to Increase in a US Neonatal Intensive Care Unit	Margaret Parker, Laura Burnham, John Cook, Emily Sanchez, Barbara L. Philipp, e Anne Merewood.
15 – The effectiveness of proactive telephone support provided to breastfeeding mothers of preterm infants: study protocol for a randomized controlled trial	Jenny Ericson, Mats Eriksson, Lena Hellström-Westas, Lars Hagberg, Pat Hoddinott e Renée Flacking.
16 – Breastfeeding Support in Neonatal Intensive Care: A National Survey	Ragnhild Maastrup, Susanne Norby Bojesen, Hanne Kronborg e Inger Hallström.
17 – Development of a Postnatal Educational Program for Breastfeeding Mothers in Community Settings: Intervention Mapping as a Useful Guide	Hanne Kronborg e Gerjo Kok.
18 – Positive Effect of Kangaroo Mother Care on Long-Term Breastfeeding in Very Preterm Infants	Rene´e Flacking, Uwe Ewald e Lars Wallin.
19 – Effect of Pre- and Postdischarge Interventions on Breastfeeding Outcomes and Weight Gain Among Premature Infants	Azza H. Ahmed e Laura P. Sands.
20 – Effects of non-nutritive sucking and oral stimulation on breastfeeding rates for preterm, low birth weight infants: a randomized clinical trial	Hellen P. Pimenta, Maria E. L. Moreira, Adriana Duarte Rocha, Saint Clair Gomes Junior, Liana W. Pinto e Sabrina Lopes Lucena.
21 – Effects of Instituting the “BEST Program” (Breast Milk Early Saves Trouble) in a Level III NICU	Dianne Montgomery, Nancy Schmutz, Vickie L. Baer, Renee Rogerson, Rachael Wheeler, Anna-Marie Rowley, Diane K. Lambert e Robert D. Christensen.
22 – A Systematic Review of Telephone Support for Women During Pregnancy and the Early Postpartum Period	Cindy-Lee Dennis and Dawn Kingston.
23 – Infants admitted to neonatal units – interventions to improve breastfeeding outcomes: a systematic review 1990–2007	Rhona J. McInnes e Julie Chambers.
24 – Breastfeeding promotion in neonatal intensive care unit: impact of a new program toward a BFHI for high-risk infants	Immacolata Dall’ Oglia; Guglielmo Salvatori, Enea Bonci, Barbara Nantini, G. D’Agostino, A. Dotta
25 – Increased Lactation Risk for Late Preterm Infants and Mothers: Evidence and Management Strategies to Protect Breastfeeding	Paula P. Meier, Lydia M. Furman e Marguerite Degenhardt.
26 – The effect of peer counselors on breastfeeding rates in the neonatal intensive care unit: results of a randomized controlled trial.	Anne Merewood; Laura Beth Chamberlain; John T. Cook; Barbara L. Philipp; Kirsten Malone e Howard Bauchner.
27 – The Rush Mothers’ Milk Club: Breastfeeding Interventions for Mothers With Very-Low-Birth-Weight Infants	Paula P. Meier; Janet L. Engstrom; Stefanie Spanier Mingolelli; Donna J. Miracle e Stephanie Kiesling.
28 – Evaluation of a community-based intervention to increase breastfeeding prevalence	Rhona J. McInnes; Janet G. Love e David H. Stone.
29 – Complementary and Alternative Methods of Increasing Breast Milk Supply for Lactating Mothers of Infants in the NICU	Pamela C. Jackso.
30 – The effects of giving pacifiers to premature infants and making them listen to lullabies on their transition period for total oral feeding and sucking success	Aynur Yildiz e Duygu Arıkan
31 – An Integrative Review of Factors that Influence Breastfeeding Duration for Premature Infants after NICU Hospitalization	Carrie-Ellen Briere, Jacqueline McGrath, Xiaomei Cong, and Regina Cusson

Título	Autoria
32 – Effect of Cup Feeding and Bottle Feeding on Breastfeeding in Late Preterm Infants: A Randomized Controlled Study	Gonca Yilmaz, Nilgun Caylan, Can Demir Karacan, Ilknur Bodur e Gulbin Gokcay.
33 – The Baby-Friendly Hospital Initiative Increases Breastfeeding Rates in a US Neonatal Intensive Care Unit	Anne Merewood, Barbara L. Philipp, Neetu Chawla e Sabrina Cimo.
34 – Iniciativa Hospital Amigo da Criança e aleitamento materno em unidade de neonatologia	Marli T Oliveira Vannuchi, Carlos Augusto Monteiro, Marina Ferreira Réa, Selma Maffei de Andrade e Tiemi Matsuo.
35 – Preterm birth: Strategies for establishing adequate milk production and successful lactation	Donna Geddes, Peter Hartmann e Elizabeth Jones
36 – Initiation of breastfeeding within 120 minutes after birth is associated with breastfeeding at four months among Japanese women: A self-administered questionnaire survey	Yuko Nakao, Kazuhiko Moji, Sumihisa Honda e Kazuyo Oishi
37 - The effect of prenatal consultation with a neonatologist on human milk feeding in preterm infants	S Friedman, O Flidel-Rimon, E Lavie and ES Shinwell
38 - Kangaroo care and breastfeeding of mother-preterm infant dyads 0-18 months: a randomized, controlled trial.	Hake-Brooks SJ1, Anderson GC.
39 – Steps to successfully breastfeed the premature infant.	Isaacson LJ.
40 – Supporting the establishment and maintenance of lactation for mothers of sick infants	Harris E
41 - How to achieve successful preterm breastfeeding	Jones E, Spencer SA
42 - Establishing Successful Breastfeeding in the Newborn Period	Holmes, AV
43 - Effect of KangarooMother Care on physical growth, breastfeeding and its acceptability	Gathwala, G. Singh, BSJ.
44 – Medications for increasing milk supply in mothers expressing breastmilk for their preterm hospitalized infants	Donovan TJ, Buchanan K
45 - Juggling Work and Breastfeeding: Effects of Maternity Leave and Occupational Characteristics	Sylvia Guendelman; Jessica Lang Kosa; Michelle Pearl; Steve Graham; Julia Goodman; Martin Kharrazi
46 – Implementing the Baby Friendly Hospital Initiative: The role of finger feeding	Wendy H Oddy e Karen Glenn
47 – A structured intervention improves breastfeeding success for ill or preterm infants	Ellyn H. Bell; Janet Geyer e Louise Jones
48 – Impact of Music Therapy on Breast Milk Secretion in Mothers of Premature Newborns	AK Jayamala , BL Preethi , GCM Pradeep, g Jaisri
49 – Strategies to support extended breastfeeding of premature infant	Jane A. Morton
50 - Avaliação de um ambiente digital de aprendizagem pelo usuário	Maria Gorete Lucena de Vasconcelos, Fernanda dos Santos Nogueira de Góes, Luciana Mara Monti Fonseca, Laiane Medeiros Ribeiro, Carmen Gracinda Silvan Scochi
51 - Strategies for Successful Breastfeeding in the NICU	Amy Cosimano e Holly Sandhurst
52 - An evaluation of preterm breastfeeding information and support	Elizabeth Jones, Charis Emmett e Stephen Andrew Spencer
53 – Report of a Staff Program to Promote and Support Breastfeeding in the Care of Vulnerable Infants at a Children’s Hospital	Diane L. Spatz
54 - Breastfeeding Support in Neonatal Care: An Example of the Integration of International Evidence and Experience	Kerstin Hedberg Nyqvist

Título	Autoria
55 - Role of the Pediatric Nurse Practitioner in Promoting Breastfeeding for Late Preterm Infants in Primary Care Settings	Azza H. Ahmed
56 - Management of Breastfeeding During and After the Maternity Hospitalization for Late Preterm Infants	Paula Meier, Aloka L. Patel, Karen Wright e Janet L. Engstrom
57 - Breastfeeding the Late Preterm Infant	Marsha Walker
58 - A review of the literature examining the benefits and challenges, incidence and duration, and barriers to breastfeeding in preterm infants	Jennifer Callen e Janet Pinelli
59 - A Quality Improvement Project to Increase Breast Milk Use in Very Low Birth Weight Infants	Henry C. Lee, Paul S. Kurtin, Nancy E. Wight, Kathy Chance e Tracey Cucinotta-Fobes, Tara A. Hanson-Timpson, Courtney C. Nisbet, William D. Rhine, Kate Risingsun, Matthew Wood, Beate H. Danielsen, e Paul J. Sharek.
60 - Neonatal Family Care for 24 Hours per Day – Effects on Maternal Confidence and Breast-Feeding	Heidi Wataker, Alf Meberg e Eirik Nestaas.
61 - The Human Milk Project: A Quality Improvement Initiative to Increase Human Milk Consumption in Very Low Birth Weight Infants	Laura Ward, Christine Auer, Carrie Smith, Pamela J. Schoettker, Raymond Pruett, Nilesh Y. Shah, e Uma R. Kotagal
62 - Randomized Trial Comparing the Efficacy of a Novel Manual Breast Pump With a Standard Electric Breast Pump in Mothers Who Delivered Preterm Infants	Mary S. Fewtrell, Penny Lucas, Sharon Collier, Atul Singhal, Jagjit S. Ahluwalia e Alan Lucas
63 - Physiology of lactation in preterm mothers: initiation and maintenance	Hartmann PE, Cregan MD, Ramsay DT, Simmer K, Kent JC
64 - Increasing Breast Milk Production for Premature Infants With a Relaxation/Imagery Audiotape	Stephen D. K. Feher, Lawrence R. Berger, John D. Johnson e Judith B. Wilde
65 – Acceptability and Feasibility of a Breast Milk Expression Education and Support Intervention in Mothers of Preterm Infants	Marjolaine Héon, Céline Goulet, Carole Garofalo, Anne Monique Nuyt, Emile Levy.
66 - Breastfeeding practices in the neonatal intensive care unit before and after an intervention plan	Roberta Gittens Pineda

Quadro 02 – Descrição dos estudos incluídos na revisão bibliográfica, segundo o ano de publicação. Rio de Janeiro/RJ, 2015

Ano	LILACS	SCOPUS	PUBMED	CINAHL	Total
2015	-	2	1	-	3
2014	2	-	2	2	6
2013	4	1	4	2	12
2012	-	1	4	-	5
2011	2	-	2	1	5
2010	-	-	2	2	4
2009	-	-	1	1	2
2008	-	1	5	1	7
2007	-	-	2	-	2
2006	1	1	2	-	4
2005	-	-	-	3	3
2004	1	1	-	-	2
2003	-	3	2	-	5
2002	-	-	-	1	1
2001	-	-	1	-	1
2000	-	-	1	-	1
1995	-	-	1	-	1
1989	-	-	1	-	1

Quadro 03 – Descrição dos estudos incluídos na revisão bibliográfica, segundo o seu tipo. Rio de Janeiro/RJ, 2015

Tipo de Pesquisa	LILACS	SCOPUS	PUBMED	CINAHL	Total
Intervenção	-	2	8	-	10
Descritivo	-	-	-	2	2
Descritivo, Longitudinal	1	-	-	-	1
Descritivo, transversal	-	-	-	1	1
Ensaio clínico controlado, randomizado	2	-	6	1	9
Quase experimental	-	-	1	1	2
Prospectivo, longitudinal, experimental e controlado	1	-	-	-	1
Caso-controle	-	2	-	-	2
Coorte, Prospectivo	1	-	-	-	1
Prospectivo	-	-	1	-	1
Retrospectivo	-	-	2	-	2
Prospectivo, Longitudinal	-	-	1	-	1
Transversal	-	-	1	-	1
Revisão Bibliográfica	2	-	-	1	3
Revisão de Literatura	1	-	1	-	2
Revisão Integrativa	1	-	-	1	2
Revisão Sistemática	-	1	2	-	4
Revisão	-	-	2	5	7
Não informou	1	7	4	3	15

Quadro 04- Descrição dos estudos incluídos na revisão bibliográfica, segundo o país onde foi realizado o estudo. Rio de Janeiro/RJ, 2015

País	LILACS	SCOPUS	PUBMED	CINAHL	Total
Brasil	10	1	1	1	13
Estados Unidos da América	-	2	10	4	16
Índia	-	1	1	-	2
Inglaterra	-	-	1	1	2
Irã	-	-	1	-	1
Suécia	-	-	2	1	3
Dinamarca	-	-	2	-	2
Escócia	-	-	1	-	1
Canadá	-	-	1	-	1
Israel	-	1	-	-	1
Itália	-	-	1	-	1
Japão	-	1	-	-	1
Turquia	-	-	-	2	2
Austrália	-	1	1	-	2
México	-	-	2	-	2
Noruega	-	-	1	-	1
Não informou	-	3	6	4	13

Quadro 5 – Distribuição das referências incluídas na revisão bibliográfica, de acordo com o objetivo e estratégias utilizadas para o início e/ou manutenção do aleitamento materno/amamentação em recém-nascidos pré-termo. Rio de Janeiro/RJ, 2015

Objetivos	Estratégias
1 – Avaliar a acurácia do Instrumento de Avaliação da Prontidão do Prematuro para Início da Alimentação Oral.	Instrumento de Avaliação da Prontidão do Prematuro para Início da Alimentação Oral.
2 – Descrever a realização da posição canguru e as práticas de amamentação, bem como avaliar a percepção de autoeficácia quanto aos cuidados e a interação com o neonato, ao longo das três etapas do MC, de puérperas de RNPB.	A utilização do Método Canguru ajudou iniciar a amamentação.
3 – Avaliar o impacto da musicoterapia nos índices de aleitamento materno entre mães de recém-nascidos prematuros	A Musicoterapia teve efeito significativo no aumento do índice de aleitamento materno entre mães de recém-nascidos prematuros na primeira consulta de seguimento, e uma influência positiva (embora não significativa) que se estendeu até 60 dias depois da alta.
4 – Descrever a evolução do padrão de sucção e os efeitos da estimulação da sucção não nutritiva.	A estimulação da sucção não nutritiva pode antecipar o início da alimentação por via oral e influenciar a evolução da sucção em recém-nascidos pré-termo.
5 – Descrever o histórico do Método Mãe Canguru e apresentar evidências científicas sobre os benefícios dessa prática para os bebês de baixo peso no tocante a morbimortalidade, desenvolvimento psicoafetivo, neurossensorial e amamentação.	A utilização do Método Canguru aumenta prevalência de aleitamento.
6 – Analisar os efeitos da estimulação da sucção não nutritiva com a técnica do dedo enluvado, sobre o início e a transição alimentar da via gástrica para a via oral em prematuros de muito baixo peso.	A estimulação da sucção não nutritiva com a técnica do dedo enluvado melhorou a prontidão do prematuro para início da alimentação via oral.
7 – Verificar por meio de revisão bibliográfica se o uso do copo ou mamadeira influencia a prevalência do aleitamento.	Pode-se perceber que, apesar das vantagens e desvantagens sobre o uso do copo e da mamadeira como métodos alternativos de alimentação, a associação entre o uso desses métodos e a duração do aleitamento materno não está bem estabelecida.
8 – Avaliar as evidências disponíveis sobre fatores associados à manutenção do aleitamento materno de recém-nascidos pré-termo.	<p>O uso das bombas elétricas de mama para medir a ingesta diária de leite materno mostrou-se como uma intervenção eficaz nos hospitais para alcançar o AME nesta população vulnerável.</p> <p>Conselheiro em amamentação acompanhou a mãe semanalmente por 6 semanas aumentou a duração do AM em 12 semanas.</p> <p>Programa de aleitamento materno com cinco sessões educacionais durante a hospitalização do bebê e após a alta. A taxa de AM foi maior, pois o apoio e o seguimento podem ter aumentado a taxa de AM na alta.</p> <p>A estimulação com odor do leite materno levou à maturação precoce do RN pré-termo e da sucção.</p> <p>Os RNPTs alimentados por copo mantiveram o aleitamento materno por maior tempo do que aqueles alimentados por mamadeira.</p> <p>Após a conclusão do programa de atendimento domiciliar todas as mulheres amamentaram. Diferenças significativas foram observadas na duração do AM entre os grupos, mas houve uma tendência de amamentar menos GC quando comparadas com mães do GE aos 6 meses.</p> <p>A sucção precoce na mama na internação facilita a amamentação.</p>

Objetivos	Estratégias
9 – Verificar quais variáveis maternas e neonatais estariam associadas ao início do aleitamento materno exclusivo (AME) após a alta hospitalar dos RNs pré-termo.	O início do AME em prematuros foi associado à orientação recebida pela mãe de amamentar exclusivamente o bebê em casa e de não usar chupeta antes de começar o AME.
10 – Identificar, na literatura científica brasileira, as estratégias utilizadas por profissionais da saúde para incentivar e promover o aleitamento materno de recém-nascidos pré-termo internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal no período de 2000 a 2010.	Estratégias como ordenhar a mama , estimular a sucção do bebê para que possa precocemente mamar ao seio, garantir a produção láctea da mãe, promover o vínculo entre a mãe e filho, possibilitar o uso do Método Mãe Canguru e orientar e apoiar a mulher nesse processo de transição podem trazer muitos benefícios em prol do sucesso do aleitamento materno durante e após a alta hospitalar.
11 – Descrever uma abordagem multifacetada que foi associada com a melhora das taxas de aleitamento materno em bebês de muito baixo peso ao nascer.	Iniciar um serviço dedicado à lactação, aconselhando as mães no pré-natal e pós-natal ; educar funcionários do hospital, e defendendo o fornecimento de bombas de mama em casa gratuitamente .
12 – Diminuir o tempo de iniciação da expressão do leite em mães de bebês de muito baixo peso e melhorar a proporção de crianças de muito baixo peso que receberam leite materno aos 28 dias de idade e na alta hospitalar.	No pré-natal ou pós-parto imediato, um neonatologista aconselhou todas as mães a fornecer o leite materno . Além disso, grupos focais foram realizados com uma equipe multidisciplinar explorando os desafios de promover o leite ordenhado. E todos os consultores em lactação receberam.
13 – Determinar a associação entre o Método Canguru e o aleitamento materno exclusivo.	Os pais que estavam no Canguru deveriam ter sido informados, treinados e apoiados cada dia. Temas educacionais foram sobre o Método Canguru e importância da amamentação.
14 – Determinar a taxa de início da amamentação e sua continuação, em uma UTIN nível 3, dez anos após sua designação de Hospital Amigo da Criança.	Iniciativa Hospital Amigo da Criança – melhorou o início da amamentação e alguma amamentação até 2 semanas de idade.
15 – Avaliar a eficácia do suporte proativo pelo telefone para promover o aleitamento em mães de prematuros em aleitamento materno exclusivo até 14 dias após a alta hospitalar das UTIN.	A equipe de apoio à amamentação realiza telefonemas diários para as mães até o 14º dia após a alta . A mãe tem a opção de chamar alguém da equipe durante no mesmo período (suporte telefônico reativo).
16 – Descrever apoio à amamentação em uma UTIN, onde cerca de 98% das mães iniciam a lactação.	Bombear o leite materno, o contato pele-a-pele, e a presença dos pais na UTIN , bem como uso restrito da mamadeira.
17 – Descrever como o mapeamento da intervenção foi utilizado para desenvolver um suporte pós-natal em amamentação para ser eficaz na promoção e duração do aleitamento materno entre as mães na comunidade.	O programa “Amamentação e contato precoce” : uma a três visitas domiciliares dentro das primeiras 5 semanas após o nascimento, um folheto informativo, e um procedimento de triagem durante a primeira visita, que determinou que as mães precisavam de mais visitas.
18 – Investigar o uso do Método Mãe Canguru e sua associação com a amamentação de 1 até 6 meses de idade corrigida em mães de muito prematuros e pré-termo lactentes.	Método Canguru
19 – Investigar o efeito das intervenções pré e pós-alta sobre os resultados da amamentação e ganho de peso entre os recém-nascidos prematuros.	Método Canguru, aconselhamento de pares, medição do leite em casa, apoio à lactação após a alta melhoraram os resultados da amamentação entre os recém-nascidos prematuros, e a satisfação materna melhorou com intervenções pós-alta.
20 – Determinar a influência da sucção não nutritiva e da estimulação oral nas taxas de amamentação no momento da alta hospitalar aos 3 meses e aos 6 meses de idade corrigida em recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso ao nascer.	A sucção não nutritiva associada à estimulação oral pode contribuir para a melhoria das taxas de amamentação na alta. Portanto, deve ser incluída no rol de intervenções dirigidas à mãe e à criança para a promoção do aleitamento materno nessa faixa etária.
21 – Aumentar o uso do leite materno para crianças <2 kg, durante os seus primeiros 7 dias de vida na UTI neonatal.	Houve uma melhora na oferta de leite materno dos bebês de UTIN, instituindo o programa de intervenção “Breast Milk Early Saves Trouble” .

Objetivos	Estratégias
22 – Avaliar os efeitos do apoio à base de telefone no fumo, parto prematuro, baixo peso ao nascer, amamentação e depressão pós-parto.	Suporte telefônico aumenta a duração do aleitamento materno e exclusividade.
23 – Identificar as intervenções para promover o aleitamento materno ou leite materno de alimentação para crianças internadas na unidade neonatal.	O contato pele a pele e apoio pós-natal adicional parecem oferecer maior vantagem para a criança em termos de resultado amamentação. Galactagogos para as mães que não conseguem atender às necessidades de seus filhos também podem ajudar a aumentar a oferta de leite.
24 – Avaliar um programa de promoção do aleitamento materno em unidade de terapia intensiva neonatal italiana ao longo de um período de tempo.	O Programa aumentou as taxas de amamentação no início após a alta. Consistia de: a) uma sala foi designada para a coleta de leite com bombas de mama elétricas. As mães estavam livres para usá-la 24 horas; b) apoio às mães por um consultor internacional; c) curso sobre aleitamento materno na UTIN para a equipe de enfermagem (d) um panfleto sobre aleitamento materno de prematuros foi distribuído para o parente que acompanhou o recém-nascido na UTIN; (e) uma proposta de coleta de leite simultânea; (f) utilização de um galactagogo (domperidona), quando a oferta de leite materno diminuiu; (g) reuniões semanais de amamentação com as mães.
25 – Analisar as estratégias para proteger a amamentação do prematuro tardio, da mãe e filho, estabelecendo e mantendo o volume de leite materno, facilitando o consumo infantil adequado.	Uso da bomba logo após o parto se o bebê não puder sugar; Posição adequada para o prematuro; Incluir o uso de protetor de mamilo até que a criança possa transferir um volume adequado de leite durante a amamentação.
26 – Determinar se o conselheiro em amamentação tem impacto na duração do aleitamento materno em prematuros em uma população urbana.	Conselheiro em amamentação acompanhou a mãe semanalmente por 6 semanas e aumentou a duração do AM em 12 semanas.
27 – Avaliar a eficácia de um programa de aleitamento materno baseado em evidências (Rush Mothers' Milk Club) para mães de bebês de muito baixo peso ao nascer.	Intervenções baseadas em evidências padronizadas através do programa Rush Mothers' Milk Club aumentaram as taxas de iniciação do aleitamento materno.
28 – Determinar se o aconselhamento de pares no período pré-natal e pós-natal aumentaria a prevalência e duração do aleitamento materno entre as mulheres de baixa renda em Glasgow (Cidade da Escócia).	Programa de promoção do aleitamento materno com base na comunidade. A intervenção compreendeu aconselhamento de pares de mulheres grávidas, o apoio de mães que amamentam e atividades locais de sensibilização. O impacto da intervenção não se sustentou até mesmo para a duração modesta de 6 semanas após o parto, seria prematuro para justificar a utilização generalizada de programas de apoio de pares para aumentar a prevalência do aleitamento materno em comunidades socialmente desfavorecidas.
29 – Discutir a pesquisa atual sobre métodos não tradicionais de aumentar a oferta de leite materno e comprovação de sua eficácia.	Apoio à lactação, a educação sobre alternativa eficaz ou terapias tradicionais, e uma comunicação aberta são as melhores estratégias de gestão de cuidados de saúde eficazes no tratamento da produção de leite materno insuficiente.
30 – Avaliar o efeito de dar a chupeta para bebês prematuros e fazê-los ouvir canções de ninar no período de transição para a alimentação por via oral total, seu sucesso em sugar e seus sinais vitais (frequência cardíaca máxima, taxa de respiração e saturação de oxigênio).	Dar a chupeta para bebês prematuros e fazê-los ouvir canções de ninar têm efeito positivo sobre o período de transição para a alimentação oral.
31 – Determinar quais fatores afetam a duração do aleitamento materno após a alta da UTIN para as mães de alto risco e seus recém-nascidos prematuros.	Exposição aos cuidados de mãe canguru, a educação pré-natal, e quantidade de oferta de leite materno durante a primeira semana após a alta.
32 – Determinar o efeito da mamadeira e do copo nas taxas de aleitamento materno exclusivo na alta hospitalar, nos 3 e 6 meses pós-alta em prematuros tardios.	Os bebês que utilizaram o copo eram mais propensos a serem amamentados exclusivamente em casa.

Objetivos	Estratégias
33 – Determinar se os índices de aleitamento materno na UTIN aumentaram significativamente com a implementação da IHAC.	As taxas de iniciação de amamentação e taxas de amamentação na 2ª semana aumentaram após a implementação da IHAC.
34 – Avaliar o impacto da iniciativa Hospital Amigo da Criança sobre a prática do aleitamento materno durante a internação de recém-nascidos em unidade de neonatologia e durante os primeiros 6 meses de vida.	A implantação da iniciativa do hospital estudado contribuiu para aumentar o índice de aleitamento materno exclusivo durante a internação de recém-nascidos em uma unidade de neonatologia e nos primeiros 6 meses de vida.
35 – Não menciona.	<p>Durante o primeiro encontro pós-parto, a equipe neonatal deve discutir os benefícios do leite humano, o seu papel no cuidado de bebês prematuros e a urgência de iniciar uma expressão leite.</p> <p>Evidência atual sugere fortemente que o duplo bombeamento (simultâneo) com bomba hospitalar é mais eficaz do que o bombeamento de uma mama de cada vez nas primeiras duas semanas.</p> <p>Contato pele a pele – menos propensos a interromper o aleitamento antes da alta em média 4 semanas mais do que controles.</p> <p>Massagem durante bombeamento simples e duplo com uma bomba elétrica de mama aumenta do volume de leite. Da mesma forma, uma combinação de expressão manual de colostro e de bombeamento de leite maduro também aumentou o volume de leite em mães de prematuros.</p>
36 – Examinar a associação entre o momento da primeira amamentação após o nascimento e a proporção de mães amamentando plenamente até quatro meses pós-parto.	O início da amamentação precoce foi associada com a proporção de mães que amamentaram seus bebês totalmente até quatro meses. Amamentação precoce , especialmente dentro de duas horas, é recomendado para a saúde infantil e materna.
37 – Estudar o efeito de consulta pré-natal com um neonatologista sobre a incidência e duração da alimentação com leite humano em recém-nascidos prematuros.	A consulta pré-natal está associada a muito mais tempo da alimentação com leite humano em prematuros, tanto no hospital e após a alta.
38 – Determinar os efeitos do Método Canguru sobre a situação da amamentação das duplas mãe-prematuro desde o parto até 18 meses.	O Método Canguru influenciou positivamente na duração e na exclusividade da amamentação.
39 – Fornecer aos enfermeiros os recursos de que necessitam para ajudar as mães a oferecerem a melhor nutrição possível a seus bebês na UTI e além.	Avaliação individualizada do desenvolvimento; Avaliação do estado comportamental; Educação para mãe; Privacidade na hora da expressão do leite; Cuidado Canguru; Iniciar alimentação precocemente; Sucção não nutritiva; Pega e posição corretas; Alojamento conjunto; Orientações para alta.
40 – Orientar o enfermeiro com informações para promover e apoiar as mães que amamentam crianças doentes.	Educação e treino das mães. Fornecer suporte as mães em relação à ordenha.
41 – Fornecer uma breve visão geral da fisiologia do desenvolvimento do aleitamento materno no recém-nascido prematuro seguida pelos passos práticos que são necessários para iniciar e manter com sucesso a amamentação nessas crianças.	Contato pele a pele Sucção não nutritiva no seio materno Orientar e apoiar a mãe em relação à posição invertida e pega.
42 – Sumarizar as melhores evidências disponíveis sobre o estabelecimento do aleitamento materno bem-sucedido no período neonatal.	Orientações antes e durante a gravidez; Contato pele a pele precoce e aleitamento materno sem restrições devem ser fortemente promovidos; IHAC; Apoiar o aleitamento materno durante problemas médicos do bebê.

Objetivos	Estratégias
43 – Determinar se a implementação de Método Canguru para crianças com baixo peso ao nascer iria melhorar o crescimento físico, amamentação e sua aceitabilidade.	O Método Canguru melhorou o crescimento físico, a taxa de aleitamento materno, e foi bem aceito pelas mães e enfermeiras da equipe.
44 – Avaliar o efeito da medicação administrada durante pelo menos sete dias em mães de bebês prematuros cujo leite materno é insuficiente para as suas necessidades, nos resultados do volume de leite ordenhado e a duração da amamentação dos bebês.	Em ambos os estudos, a medicação foi iniciada ≥ 14 dias pós-parto e na sequência de oferta insuficiente de leite ordenhado com outros suportes em lactação. Atualmente, não há estudos que comprovem o uso profilático de um medicamento galactagogo em qualquer gestação.
45 – Examinar a relação entre a amamentação e a licença-maternidade antes e após o parto entre as mães que trabalham no sul da Califórnia.	As licenças-maternidade de 6 semanas ou 6 a 12 semanas após o parto foram associadas, respectivamente, com quatro e duas vezes mais chances de fracasso em estabelecer a amamentação e um aumento da probabilidade de cessação após o estabelecimento bem-sucedido, em relação às mulheres não retornaram ao trabalho. O impacto da licença pós-parto sobre a cessação da amamentação foi mais forte entre as mulheres com empregos inflexíveis, e com elevada angústia psicossocial. A licença pré-natal no último mês de gravidez não foi associada com o estabelecimento do aleitamento materno ou duração.
46 – Avaliar a eficácia da alimentação pelo dedo (<i>finger-feeding</i>) no sentido de incentivar um tipo de amamentação por sucção em bebês prematuros.	Antes da IHAC , 44% dos recém-nascidos prematuros foram amamentados na alta em comparação com 71% após a implementação da IHAC. Demonstra-se que as taxas de aleitamento materno do prematuro podem ser aumentadas na alta na utilização de uma iniciativa de promoção da saúde dentro de uma maternidade.
47 – Não menciona.	Educação dos profissionais de saúde; Educação e apoio aos pais: uso de fitas de vídeo; apoio diário de uma consultora em lactação ou enfermeiras treinadas; aulas de amamentação duas ou três vezes ao dia; Contato pele a pele ou cuidado canguru; apoio na ordenha.
48 – Avaliar o impacto da musicoterapia na quantidade de secreção do leite materno entre mães de recém-nascidos prematuros, reduzindo o estresse materno.	A musicoterapia tem um efeito positivo na redução do estresse em mães de recém-nascidos prematuros internados, assim, aumentando a quantidade de leite materno.
49 – Identificar e discutir os fatores que limitam o aleitamento materno estendido na população dos RNPTs, ou seja, a produção de leite prejudicada e a falta de sucesso na transição da criança para a alimentação ao peito.	Iniciar ordenha da mama antes de 6 horas pós-parto e por pelo menos cinco vezes ao dia; posição canguru; estabelecer políticas, rotinas para dar suporte ao aleitamento materno; oferecer recursos educacionais e pessoal treinado; acesso a equipamentos (bomba para ordenha, quarto privativo para a família, etc.); posição e pega corretas.
50 – Avaliar o ambiente digital de aprendizagem “Aleitamento Materno do Prematuro” sob a perspectiva do usuário.	Ambiente digital de aprendizagem website “Aleitamento Materno do Prematuro”
51 – Fornecer aos enfermeiros que trabalham em unidades de terapia intensiva ferramentas úteis para ajudar os pais de bebês prematuros com as suas primeiras experiências de amamentação.	Posição e pega corretas; uso de protetor de mamilos; massagear as mamas; proporcionar privacidade, cadeira confortável, algo para beber, e travessieiros para apoiar a criança e os braços da mãe.
52 – Analisar o impacto de um folheto sobre os problemas comuns que as mães enfrentam para iniciar e manter a produção de leite e a amamentação após um parto prematuro.	Folhetos educativos e profissionais de saúde treinados para dar apoio à amamentação.
53 – Descrever uma abordagem multifacetada para apoiar e promover o aleitamento materno para lactentes vulneráveis, em todo o sistema do hospital.	Programa para treinamento de enfermeiros e médicos; criação de um comitê de amamentação e consensos clínicos interdisciplinares; distribuição de materiais educativos; estabelecer um calendário de ordenha com a mãe; iniciar a ordenha em até 6 horas após o parto; disponibilizar bombas elétricas para ordenha no hospital

	e em casa; contato pele a pele; sucção não nutritiva; protetores de mamilo.
Objetivos	Estratégias
54 – Descrever um programa sueco bem-sucedido, baseado em evidências, para a amamentação de recém-nascidos de alto risco.	Atitude geral positiva para a amamentação na sociedade, as mães com direito à licença-maternidade, diretrizes para a introdução precoce de aleitamento materno e conhecimentos entre profissionais sobre prematuros; Modelos de atenção: Método Canguru, o cuidado humanizado na Unidade Neonatal, e o cuidado centrado na família, utilizando o Programa de Avaliação de Cuidado e Desenvolvimento Individualizado (NIDCAP). Políticas e práticas hospitalares incluindo acesso irrestrito para os pais à unidade neonatal, orientações precoces sobre a expressão frequente da mama, apoio individualizado, uso do copo em vez de mamadeira, o uso de um protetor de mamilo, quando indicado, e introdução precoce de alimentação em semidemanda. Teste de pesagem pode facilitar realização precoce da amamentação exclusiva e alta precoce.
55 – Descrever o desenvolvimento e imaturidade fisiológica de prematuros tardios e o destaque do papel dos profissionais de enfermagem pediátrica no cuidado primário no apoio e promoção do aleitamento materno para prematuros tardios.	Ordenha; teste de pesagem; posição e pega; protetores de mamilos; observação da sessão de amamentação e consultas de <i>follow-up</i> .
56 – Analisar as evidências de lactação e os riscos da amamentação em prematuros tardios e descrever as estratégias para o manejo desses problemas alimentares relacionados com a imaturidade.	Iniciativa Hospital Amigo da Criança; Tecnologias de lactação baseadas em evidências: bomba para expressão de leite em casa, teste de pesagem, protetor de mamilo.
57 – Não menciona.	Iniciar ordenha da mama até 6 horas pós-parto e por pelo menos 8/10 vezes ao dia.
58 – Examinar as pesquisas atuais que documentam os benefícios do leite humano, os desafios para a amamentação, a incidência e duração do aleitamento materno para RNPT; identificar as barreiras para o sucesso do estabelecimento e manutenção do aleitamento materno em prematuros e discutir os pontos fortes e as limitações desse corpo de pesquisa.	Ordenha precoce (até 6 horas após o parto) e frequência de pelo menos cinco vezes por dia; uso de galactagogs; Método Canguru.
59 – Avaliar a colaboração multi-hospital projetada para aumentar o aleitamento materno em prematuros.	Educar/advocate leite humano para todas as crianças de UTIN; Educação apropriada para as mães e famílias; Políticas e rotinas hospitalares para apoiar a alimentação com leite materno; Estabelecer o acesso e o uso de leite doado; contato com a criança internada; massagem e ordenha manual; ordenha precoce; uso de galactagogs; monitorar a oferta de leite; consultores de lactação.
60 – Investigar os efeitos de um programa de cuidado à família em uma UTIN na confiança materna e nas taxas de aleitamento em comparação com as mães de uma UTIN que oferece cuidados tradicionais sem tais facilidades do quarto.	Oferecer aos pais quartos especiais para a família no interior da unidade, dando-lhes assim a oportunidade de ficar 24 horas por dia junto com seu filho.
61 – Conduzir uma melhoria da qualidade multidisciplinar com o objetivo de proporcionar, pelo menos, 500 ml de leite humano/kg nos primeiros 14 dias de vida de recém-nascidos de muito baixo peso (<1.500g) internados em UTIN.	Consultas de pré-natal com as mães em situação de risco, educação de funcionários e pais, um programa de empréstimo bomba de mama para as mães seguradas, o estabelecimento de um programa de leite doado e avaliação médica duas vezes por dia da capacidade dos bebês de tolerar as mamadas.
62 – Comparar a eficácia de uma bomba elétrica padrão (EP; Egnell) usada em 94% de unidades de neonatologia Reino Unido com uma bomba manual novel (MP; Avent ISIS) projetada para operar mais fisiologicamente, simulando o bebê, de ação compressiva sobre a aréola durante a amamentação.	Bomba elétrica e bomba manual.
63 – Prover informações sobre a fisiologia da síntese e expressão do leite que podem auxiliar os pediatras a darem às mães uma consultoria baseada em evidências e assim maximizar as chances de sucesso.	Iniciar ordenha da mama até 6 horas pós-parto e por pelo menos 8/10 vezes ao dia.

Objetivos	Estratégias
64 – Melhorar a experiência de lactação das mães de prematuros internados através de relaxamento guiado e imagens visuais.	Fita de áudio + técnicas de relaxamento e imaginação visual por 20 minutos melhoraram o volume e a ejeção de leite ordenhado.
65 – Avaliar a aceitabilidade e viabilidade de uma intervenção educativa sobre a expressão do leite materno para apoiar as mães de bebês prematuros.	Uma sessão de educação com sete temas + acompanhamento telefônico + uma linha telefônica para emergência.
66 - Testar a eficácia de uma intervenção para apoiar as práticas de aleitamento materno na UTIN.	Disponibilizar um armário para as mães guardarem as bombas; Educação dos profissionais de saúde; Plano de cuidados individualizado e um panfleto educacional.

Legenda: Promoção – amarelo; Proteção – verde; Apoio – azul.

Quadro 6 - Distribuição das referências incluídas na revisão bibliográfica de acordo com as estratégias utilizadas para o início e/ou manutenção do aleitamento materno/amamentação em recém-nascidos pré-termo. Rio de Janeiro/RJ, 2015

PROMOÇÃO	Estratégia	Nº de citações
	Criação de um ambiente digital de aprendizagem <i>Website</i> “Aleitamento Materno do Prematuro	1
	Materiais educativos (folhetos/panfletos)	3
PROTEÇÃO	IHAC	6
	Cuidado centrado na família	1
	Alojamento Conjunto	1
	Método Canguru	11
	Presença dos pais na UTIN	1
	Licença-maternidade	2
APOIO	Instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para início da alimentação oral	1
	Contato pele a pele	7
	Posição canguru	1
	Musicoterapia	2
	Estimulação com odor do leite materno	1
	Dar chupeta + canção de ninar	1
	Sucção não nutritiva	5
	Massagem nas mamas	3
	Ordenha da mama	12
	Uso do copo	3
	Uso restrito da mamadeira	1
	Aconselhamento em amamentação	3
	Programas educativos para mães/profissionais de saúde	5

APOIO	Bomba de leite manual ou elétrica (domicílio e hospital)	11
	Galactagogos	5
	Protetores de mamilos	6
	Sucção precoce na mama	5
	Posição e pega correta	5
	Suporte telefônico	4
	Teste de pesagem	3
	Consultas de <i>follow-up</i>	1
	Plano de cuidado individual	1
	Alimentação por semidemanda	1
	Fita de áudio somada a técnicas de relaxamento e imaginação visual por 20 minutos	1
	Aconselhamento em amamentação no pré-natal e pós-natal	8
	Orientar a mãe na alta hospitalar para aumentar os índices de aleitamento materno	3
	Orientar a mãe durante todo o processo traz benefícios em prol do aleitamento materno durante e após a alta hospitalar	1
	Orientações para a mãe sobre o Método Canguru e a importância da amamentação, respectivamente	2
	Educação e treino das mães	1
	Orientações antes e durante a gravidez	1
	Métodos não tradicionais comprovaram que educação e comunicação aberta são estratégias eficazes no tratamento da produção de leite insuficiente	1
	Diversos Programas Educativos tanto para os profissionais quanto para a família do RNPT	12
	Educação dos profissionais de saúde	2
	Estabelecimento de políticas e rotinas que incentivem o aleitamento materno nas instituições de saúde	3
Abordagem multifacetada para apoiar e promover o aleitamento materno para lactentes vulneráveis	1	
Estratégia dos quartos privativos para as famílias	2	
Programa de empréstimo de bomba.	1	

APÊNDICE B – FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

Título da pesquisa: “Promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno do recém-nascido pré-termo: perspectiva das mães acompanhadas no ambulatório de *follow-up*”

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1.1 Número do Instrumento:

1.2. Data da entrevista:

Entrevista com a mãe

2. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DA MÃE

2.1 **Idade:** anos

2.2 **Escolaridade** segundo IBGE: 1 Sem estudo() 2 Ensino Fundamental Incompleto()
3 Ensino Fundamental Completo() 4 Ensino Médio Incompleto() 5 Ensino Médio
Completo() 6 Ensino Superior Incompleto() 7 Ensino Superior Completo()

2.3 **Estado civil:** 1 Solteira() 2 Casada() 3 Divorciada() 4 União estável () 5 Viúva()

2.4 **Profissão** (formação profissional – superior ou não):

2.5 **Ocupação** (trabalho atual):

2.5.1 **Possui carteira profissional assinada?** 1. Sim 2. Não

2.6 **O pai do RNPT trabalha?** 1. Sim 2. Não

2.6.1 **Ele possui carteira profissional assinada?** 1. Sim 2. Não

2.7 **Renda mensal familiar:** 1 Ignorado () 2 Menor que 1 salário mínimo () 3 De 1 a 2
salários mínimos () 4 De 3 a 5 salários mínimos () 5 Mais que 5 salários mínimos ()

3. DADOS GESTACIONAIS E DO PARTO

3.1 Fez **Pré-Natal?**: 1 Sim() 3.1.1 Número de consultas: 2 Não()

3.2 **Local:** 1 Posto/Unidade de Saúde() 2 Hospital() 3 Posto e hospital 4 () Particular

3.3 Número de **Gestações:** 3.3.1 Número de **paridade:**

3.4 **Intercorrências** na gestação: 1 Sim(). 2.4.1 Quais? 2 Não()

3.5 **História de parto prematuro anterior:** 1 Sim() 2 Não() 3 Não se aplica-primípara()

3.6 **História de amamentação anterior:** 1 Sim() 2 Não() 3 Não se aplica-primípara()

3.7 **Recebeu informação sobre aleitamento materno no pré-natal?** 1 Sim() 2 Não()

3.8 **O pai recebeu informação sobre aleitamento materno no pré-natal?** 1 Sim() 2 Não()

3.9 **Além de vocês outras pessoas receberam informação sobre aleitamento materno no pré-natal?** 1 Sim() 2 Não() 3.9.1 Quem? _____

3.10 **Tipo de gestação:** 1 Única() 2 Dupla() 3 Tripla ou mais()

3.11 **Tipo de parto:** 1 Vaginal() 2 Cesáreo() 3 Vaginal com fórceps()

3.12 **Intercorrências no parto:** 1 Sim(). 2.12.1 Quais? 2 Não()

Dados do prontuário:**4. CONDIÇÕES DE NASCIMENTO**4.1 **Data** do nascimento: / / **Hora** do nascimento: h4.2 **Sexo:** 1 Masculino() 2 Feminino() 3 Indeterminado()4.3 **Idade gestacional:** semanas e dias

Avaliação/Método: 1 USG() 2 DUM() 3 Capurro() 4 Ballard() 5 Ignorado()

4.4 **Peso** ao nascer: gramas4.5 **Apgar** 1º minuto: 4.5.1 Apgar 5º minuto: 4.5.2 Apgar 10º minuto:

4.5.3 Apgar 15º minuto: 3.5.4 Apgar 20º minuto:

4.6 **Reanimação** (VPP e/ou massagem cardíaca e/ou medicação): 1 Sim() 2 Não()4.7 **Intercorrências clínicas:** 1 Hipóxia() 2 Tocotraumatismo() 3 Malformações congênicas() 4 Aspiração meconial() 5 Outra() 3.7.1 Quais? _____
6 Ignorado() 7 Não houve()4.8 Contato **pele a pele na posição canguru:** 1 Sim(). Ir para 3.9

2 Não() 3 Ignorado() Ir para 3.10

4.9 Se contato pele a pele: 1 Imediatamente após o nascimento() 2 Durante a primeira hora de vida() 3 Durante a 2ª até 24ª hora de vida() 4 Mais que 24 horas após o nascimento() 5 Ignorado()

4.10 Realizou **algum tipo de contato físico** com o bebê? Sim() 2 Não()

De que maneira? _____

4.11 **Amamentação na primeira hora:** 1 Sim() 2 Não() 3 Ignorado()**5. CONDIÇÕES DE SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO DURANTE A INTERNAÇÃO**5.1 **Enfermidades:** 1 Enterocolite necrosante() 2 Pneumonia() 3 Sepses() 4 Outras infecções() 5 Síndrome do desconforto respiratório() 6 Membrana hialina() 7 Hemorragia intracraniana() 8 Outras() 5.1.1 Quais? _____5.2 Uso de **suporte ventilatório** 1 Sim() 2 Não()

5.2.1 Se Sim, tipo: () VNI (CPAP ou BIPAP) Tempo de uso: dias

5.2.2 () VMI Tempo de uso: dias

5.2.3 () Capacete/Halo Tempo de uso: dias

5.2.4 () Cateter O₂ Tempo de uso: dias5.3 Uso de **oxigenoterapia:** 1 Sim() 2 Não()5.4 **Duração total da internação:** dias

- 5.5 Internação na **UTIN**: 1 Sim(). Duração: dias 2 Não()
- 5.6 Internação na **UCINco**: 1 Sim(). Duração: dias 2 Não()
- 5.7 Internação na **UCINca**: 1 Sim(). Duração: dias 2 Não()
- 5.8 Internação no **Alojamento Conjunto**: 1 Sim(). Duração: dias 2 Não()

6. DADOS DO ALEITAMENTO MATERNO DURANTE A INTERNAÇÃO

- 6.1 Idade no início do AM: horas. Se mais de 72 horas, registrar idade em dias:
- 6.2 Tipo de leite no início do AM: 1 Leite materno() 2 Leite humano/materno do banco()
3 Leite humano/materno + Fórmula infantil()
- 6.3 Via de administração no início do AM: 1 Oral() 2 Sonda()
- 6.4 Técnica de administração no início do AM: 1 Ignorado() 2 Peito() 3 Translactação () 4
Dedo/luva() 5 Copo() 6 Mamadeira/chuca() 7 Gavagem/seringa/bomba infusão()

7. DADOS DA AMAMENTAÇÃO (NO PEITO) DURANTE A INTERNAÇÃO

- 7.1 Data do **início**: / /
- 7.2 **Tempo de vida**: horas. Se mais de 72 horas, registrar idade em dias:
- 7.3 **Idade corrigida**: s d (semanas/dias)
- 7.4 **Peso**: gramas
- 7.5 **Técnica** no início da Amamentação: 1 Só peito() 2 Peito + sonda() 3 Peito +
dedo/luva() 4 Peito + copo() 5 Peito + mamadeira/chuca() 6 Translactação()
7 Translactação + gavagem() 8 Translactação + copo() 9 Translactação +
gavagem/seringa() 10 Translactação + mamadeira/chuca() 11 Ignorado()

8. DADOS DO ALEITAMENTO MATERNO NA ALTA

- 8.1 **Data**: / / 8.2 **Idade corrigida**: s d (semanas/dias)
- 8.3 **Peso**: (gramas)
- 8.4 **Tipo de alimentação**:
- 1 Aleitamento materno exclusivo¹²() 2 Aleitamento materno predominante¹³() 3
Aleitamento materno¹⁴() 4 Aleitamento artificial/não aleitamento materno¹⁵(). Ir
para item 9

¹² Apenas o leite materno como única fonte de nutrição.

¹³ O leite materno é a fonte predominante de nutrição da criança, porém a criança também pode receber água, bebidas à base de água (água açucarada e com sabores, infusões, chá), suco de frutas, solução de sais de hidratação oral, etc.

¹⁴ Leite materno além de fórmulas e/ou substituto do leite como fonte de nutrição.

¹⁵ Recebe apenas fórmula e/ou qualquer substituto do leite como única fonte de nutrição.

8.5 **Técnica** no Aleitamento: 1 Só peito () 2 Peito + sonda() 3 Peito + copo() 4 Peito + mamadeira() 5 Translactação() 6 Translactação + gavagem/seringa() 7 Translactação + copo() 8 Translactação + mamadeira/chuca() 9 Mamadeira/chuca()

Entrevista com a mãe

9. DADOS DO ALEITAMENTO MATERNO NO DOMICÍLIO (de 7 a 15 dias após a alta):

9.1 **Data:** / / **Tempo de pós alta:** dias

9.2 **Idade cronológica:** _____ 9.3 **Idade corrigida:** s d (semanas/dias)

9.4 **Tipo de alimentação** (nas últimas 24 horas): 1 Aleitamento materno exclusivo¹() 2 Aleitamento materno predominante²() 3 Aleitamento materno³() 4 Aleitamento artificial/não aleitamento materno⁴()

9.5 **Técnica** no Aleitamento: 1 Só peito () 2 Peito + sonda() 3 Peito + copo() 4 Peito + mamadeira/chuca() 5 Translactação() 6 Translactação + gavagem/seringa() 7 Translactação + copo() 8 Translactação + mamadeira/chuca() 9 Mamadeira/chuca()

9.6 Se não estiver em aleitamento materno, quais os **motivos**:

10. PROMOÇÃO E APOIO DA AMAMENTAÇÃO (INÍCIO E MANUTENÇÃO) DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO:

10.1 Quando foi que você entrou pela primeira vez na Unidade Neonatal para ver seu filho?

1 No mesmo dia do nascimento () 2 No dia seguinte do nascimento () 3 Outros ()
Quais? _____

10.2 Quando foi a primeira vez que o pai entrou na Unidade Neonatal para ver o bebê?

1 No mesmo dia do nascimento () 2 No dia seguinte do nascimento () 3 Outros ()
Quais? _____

10.3 Quando foi a primeira vez que outro familiar e/ou amigo entrou na Unidade Neonatal para ver o bebê?

1 No mesmo dia do nascimento () 2 No dia seguinte do nascimento () 3 Outros ()
Quais? _____

10.4 Nesse primeiro encontro na Unidade Neonatal, você foi orientada em relação à retirada do leite/ordenha? Sim () Não () Se não, quando você foi orientada? _____

10.5 Você chegou a realizar a ordenha manual na unidade neonatal? Sim () Não ()

10.6 Quando foi a primeira vez que você retirou o leite para oferecer ao seu bebê?

1 Na 1ª hora de vida () 2 Durante a 2ª até 24ª hora de vida() 3 Mais que 24 horas após o nascimento() 4 Outro _____ 5 Ignorado()

10.7 Onde foi feita a ordenha? 1 UTI () 2 no banco de leite () 3 em casa ()

10.8 Durante a sua primeira ordenha, você teve ajuda de um profissional da unidade?
Sim () Não () Qual? _____

10.9 O seu leite ordenhado foi oferecido ao seu bebê? Sim () Não ()

10.10 Quando foi a primeira vez que você tocou no bebê? 1 Imediatamente após o nascimento() 2 Durante a primeira hora de vida() 3 Durante a 2ª até 24ª hora de vida() 4 Mais que 24 horas após o nascimento() 5 Ignorado()

10.11 Quando foi a primeira vez que o pai tocou no bebê? 1 Imediatamente após o nascimento() 2 Durante a primeira hora de vida() 3 Durante a 2ª até 24ª hora de vida() 4 Mais que 24 horas após o nascimento() 5 Ignorado()

10.12 Além de vocês outras pessoas puderam tocar no bebê durante a internação? Sim () Não () Quem? Irmãos () Avó () Outros ()

10.13 Você fez a posição canguru durante a internação? Sim () Não ()

10.14 Quando foi a primeira vez que você estabeleceu contato pele a pele (posição canguru) com o bebê? 1 Imediatamente após o nascimento() 2 Durante a primeira hora de vida() 3 Durante a 2ª até 24ª hora de vida() 4 Mais que 24 horas após o nascimento() 5 Ignorado()

10.15 O pai fez a posição canguru durante a internação? Sim () Não ()

10.16 Quando foi a primeira vez que o pai estabeleceu contato pele a pele (posição canguru) com o bebê? 1 Imediatamente após o nascimento() 2 Durante a primeira hora de vida() 3 Durante a 2ª até 24ª hora de vida() 4 Mais que 24 horas após o nascimento() 5 Ignorado()

10.17 Além de vocês outras pessoas estabeleceram contato pele a pele (posição canguru) com o bebê durante a internação? Sim () Não () Quem? Irmãos () Avó () Outros

10.18 Alguém faz posição canguru em casa? ? Sim () Não () Quem? Mãe () Pai () Irmãos () Avó () Outros. Durante quanto tempo? _____

10.19 Você recebeu orientações em relação à amamentação durante a internação do bebê?

Sim () Não () Quais? _____

10.20 Com que frequência você recebia essas orientações? 1 Diariamente() 2 Uma vez na semana () 3 Outros () Uma única vez ()

10.21 Além de você outras pessoas receberam orientações em relação ao aleitamento materno? Quem? Pai () Irmãos () Avó () Outros ()

10.22 Houve problemas com as mamas? 1 Sim() 2 Não()

10.22.1 Se Sim, quais? 1 Ingurgitamento() 2 Mastite() 3 Fissura() 4 Outros(). Especifique:

10.23 Você amamentou durante a internação do bebê? 1 Sim() 2 Não()

10.24 Quanto tempo você amamentou? _____

10.25 Como foi sua experiência de amamentar seu filho no hospital?

10.26 Como foi/está sendo sua experiência de amamentar seu filho em casa?

10.27 Você desejava amamentar? 1 Sim() 2 Não()

10.28 Em relação à duração da amamentação, você considera suficiente:

() até 3 meses () até 4 meses () até 6 meses () 6 a 12 meses () 1 ano até 1 ano e 6 meses () até os 2 anos de idade com alimentação complementar () Mais que 2 anos () até quando mãe/bebê quiserem

10.29 Você participou de algum grupo de apoio para amamentação? 1 Sim() 2 Não()

10.30 Se sim, quando? () Durante o pré-natal () Durante sua internação na maternidade () Depois da sua alta e durante a internação do bebê () Depois da alta do bebê, no ambulatório. Outros: _____

10.31 Além de você outras pessoas participaram de algum grupo de apoio para amamentação? 1 Sim() 2 Não() Quem? Pai () Irmãos () Avó () Outros ()

10.32 Se sim, quando? () Durante o pré-natal () Durante sua internação na maternidade () Depois da sua alta e durante a internação do bebê () Depois da alta do bebê, no ambulatório. Outros: _____

10.33 Você recebeu algum material educativo falando sobre amamentação? 1 Sim() 2 Não()

10.34 Você foi encaminhada ao banco de leite? 1 Sim() 2 Não()

11. PROTEÇÃO DA AMAMENTAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO

11.1 Você foi orientada quanto: 1 Sim() 2 Não()

() direitos da criança de ser amamentada durante a internação

() direitos da criança de ser amamentada durante após a alta

() direito da gestante ter um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto

- () Licença-maternidade¹⁶
- () Licença à gestante de recém-nascido pré-termo¹⁷
- () Licença-paternidade¹⁸
- () Licença da avó¹⁹
- () Direito à garantia de emprego²⁰
- () Direito à creche²¹
- () Pausas para amamentar durante o trabalho²²

11.2 Quando você foi orientada?

- () Durante o pré-natal () Durante sua internação na maternidade () Depois da sua alta e durante a internação do bebê () Depois da alta do bebê, no ambulatório.
Outros: _____

11.3 E o pai foi orientado? 1 Sim() 2 Não()

- () direitos da criança de ser amamentada durante a internação
- () direitos da criança de ser amamentada durante após a alta

¹⁶ À empregada gestante é assegurada licença de 120 dias consecutivos, sem prejuízo do emprego e da remuneração, podendo ter início no primeiro dia do nono mês de gestação, salvo antecipação por prescrição médica (Constituição Federal de 1988, artigo 7º, inciso XVIII). A empregada deve requerer a licença até o final do primeiro mês após o parto e o benefício também se aplica à empregada que adotar ou obtiver guarda judicial para fins de adoção de criança.

¹⁷ Para as servidoras do Estado do Rio de Janeiro: a licença à gestante de recém-nascidos pré-termo será acrescida do número de semanas equivalente à diferença entre o nascimento a termo – 37 semanas de idade gestacional – e a idade gestacional do recém-nascido, devidamente comprovada.

¹⁸ A licença-paternidade de 5 (cinco) dias foi concedida pela Constituição Federal/88 em seu artigo 7º, XIX e art. 10, § 1º, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias.

¹⁹ As servidoras do Município do Rio de Janeiro, mães de gestantes, terão licença especial por sete dias corridos e no mesmo período que a licença-maternidade na forma da legislação vigente.

²⁰ É vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa da mulher trabalhadora durante o período de gestação e lactação, desde a confirmação da gravidez até cinco meses após o parto.

²¹ Todo estabelecimento que empregue mais de 30 mulheres com mais de 16 anos de idade deverá ter local apropriado onde seja permitido às empregadas guardar sob vigilância e assistência os seus filhos no período de amamentação. Ou as empresas e empregadores podem adotar o sistema de reembolso-creche. Ou a exigência pode ser suprida por meio de creches distritais mantidas por convênios ou outras entidades públicas e privadas, pela empresa ou a cargo do SESI, SESC ou entidades sindicais.

²² Para amamentar o próprio filho, até que ele complete seis meses de idade, a mulher terá direito, durante a jornada de trabalho, a dois descansos, de meia hora cada um. Quando a saúde do filho exigir, o período de seis meses poderá ser dilatado a critério da autoridade competente. (Consolidação das Leis do Trabalho, artigo 396, parágrafo único).

- direito da gestante ter um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto
- Licença-maternidade
- Licença à gestante de recém-nascido pré-termo
- Licença-paternidade
- Licença da avó
- Direito à garantia de emprego
- Direito à creche
- Pausas para amamentar durante o trabalho

11.3.1 Quando?

- Durante o pré-natal Durante sua internação na maternidade Depois da sua alta e durante a internação do bebê Depois da alta do bebê, no ambulatório.
Outros: _____

11.4 Essas orientações foram realizadas: Em grupo Individual Em grupo e individual

11.5 Quem realizou essas orientações? _____

11.6 Na alta hospitalar, você recebeu o encaminhamento para licença-maternidade?

- Sim Não

11.7 De qual desses direitos você fez uso?

- Direitos da criança de ser amamentada durante a internação
- Direitos da criança de ser amamentada durante após a alta
- Direito da gestante de ter um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto
- Licença-maternidade
- Licença à gestante de recém-nascido pré-termo
- Licença-paternidade
- Licença da avó
- Direito à garantia de emprego
- Direito à creche
- Pausas para amamentar durante o trabalho

12. APOIO À AMAMENTAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO

12.1 Durante a internação do bebê, você teve ajuda para amamentar? 1 Sim() 2 Não()

12.2 Se sim, de quem? _____

12.3 Quando essa ajuda era oferecida? () Durante todo o tempo () A maior parte do tempo ()
outro _____

12.4 Durante a internação do bebê, você se sentiu apoiada para amamentar?

1 Sim() 2 Não()

12.4.1 Por quem? _____

12.4.2 () Durante todo o tempo () A maior parte do tempo () outro _____

12.5 Você se sentiu apoiada para amamentar pela equipe de saúde? 1 Sim() 2 Não()

12.5.1 () Durante todo o tempo () A maior parte do tempo ()
outro _____

12.5.2 Por qual profissional? _____

12.6 Após a alta do bebê, você teve ajuda para amamentar? 1 Sim() 2 Não()

12.6.1 Se sim, de quem? _____

12.7 Após a alta do bebê, você se sentiu apoiada para amamentar? 1 Sim() 2 Não()

12.7.1 Por quem? _____

12.8 Você se sentiu apoiada para amamentar pela equipe de saúde após a alta hospitalar?

1 Sim() 2 Não() 11.8.1 Por qual profissional? _____

12.9 Que tipo de apoio você gostaria de ter?

() Apenas de informação () Apenas ajuda prática () Informação e ajuda prática

() nenhum apoio () outro Qual? _____

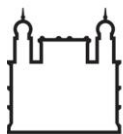
12.10 Em relação ao apoio do profissional de saúde, o que você gostaria de receber?

() Somente suporte ativo²³ () Somente suporte passivo/reactivo²⁴ () Suporte ativo e passivo/reactivo

²³ O profissional de saúde oferece ajuda.

²⁴ O profissional de saúde aguarda a mãe pedir ajuda.

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



INSTITUTO NACIONAL
DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE | FERNANDES FIGUEIRA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: O processo de amamentação de mães de prematuro após a alta hospitalar: contribuições para enfermagem neonatal

Pesquisador responsável: Ana Leticia Monteiro Gomes. Contato: e-mail: analeticiagomes88@gmail.com cel. (21) 99531-5245.

Instituições: Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ). Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275 - Cidade Nova Rio de Janeiro - RJ CEP 20211-110. Telefone: (21) 2293-8148/ramal 228.

Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Av, Rui Barbosa, 716 – Flamengo – RJ.

Equipe de pesquisa: Profa. Dra. Carmen Gracinda Silvan Scochi (Coordenadora geral); Profa. Marialda Moreira Christoffel (Responsável pela pesquisa no Rio de Janeiro); Karla de Araújo do Espírito Santo Pontes – Pesquisadora do IFF; Silvia Brana Lopez – Pesquisadora IFF; Ana Leticia Monteiro Gomes – Enfermeira.

Nome da participante da pesquisa: _____

Número do prontuário: _____

Prezada Senhora

Por meio deste termo, você está sendo convidada a participar da pesquisa que se chama “O processo de amamentação de mães de prematuro após a alta hospitalar: contribuições para enfermagem neonatal”, que faz parte do estudo multicêntrico intitulado: “Aleitamento materno em prematuros: impacto da IHAC para unidades neonatais”, em desenvolvimento com a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), sob a responsabilidade da Profa. Dra. Carmen Gracinda Silvan Scochi (coordenadora geral) e colaboradores.

Rubrica Participante

Responsável (se a mãe for menor)

Rubrica Pesquisador



Seu apoio e participação são muito importantes para a realização deste estudo, porque você tem um bebê que nasceu antes do tempo e por isso sabe como é importante alimentá-lo com o seu leite. O objetivo desta pesquisa é saber a melhor forma de ajudar mães como você a alimentarem seus bebês com leite materno.

Para tal, a pesquisa obedecerá às seguintes etapas:

- Levantamento de dados no prontuário do bebê, através de um formulário sobre o aleitamento materno (início, primeira mamada no peito, tipo de aleitamento na alta hospitalar) e sobre as condições de saúde (intercorrências/problemas, infecções) na gestação, nascimento e hospitalização do bebê.

- E uma entrevista com você que vai durar no máximo de 20 minutos. Essa entrevista acontecerá no mesmo dia em que você vier à consulta do seu bebê.

Todas essas atividades serão organizadas de acordo com a sua disponibilidade de tempo, data e horário.

Os possíveis riscos do estudo se referem a alguns desconfortos que você pode ter no momento em que for responder à entrevista. Para reduzir os riscos faremos o possível para auxiliá-la caso ocorra algum desconforto, esclarecendo-a ou tranquilizando-a. Sua participação será completamente voluntária, não havendo custo para você e nem pagamento pela sua participação. Você tem a liberdade desistir a qualquer momento desta participação, sem que isso lhe traga prejuízo no acompanhamento do seu bebê no ambulatório. Caso, em algum momento, você se sinta lesada por algo que possa acontecer nesta pesquisa, você terá o direito de recorrer à indenização e ressarcimento segundo as leis do país.

Rubrica Participante

Responsável (se a mãe for menor)

Rubrica Pesquisador



Você terá a garantia de receber respostas a qualquer pergunta sobre este trabalho, em qualquer momento. Quando terminarmos esta pesquisa, os resultados finais serão divulgados em revistas científicas e apresentados em eventos científicos. Não serão publicados dados ou informações que possibilitem sua identificação. Espera-se que os resultados deste estudo possam contribuir para uma participação maior das mães no processo do aleitamento materno de seus bebês prematuros e para melhorar as práticas profissionais visando ao estabelecimento do aleitamento materno exclusivo nessas crianças.

Todo material produzido durante as entrevistas será armazenado durante 5 (cinco) anos. Após este período, será descartado.

Esta pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira/IFF e da Escola de Enfermagem Anna Nery junto ao Hospital Escola São Francisco de Assis (EEAN/HESFA), que têm 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 (CEP) Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira\ -IFF, que se encontra à disposição para eventuais esclarecimentos éticos e outras providências que se façam necessárias, através do e-mail: cepiff@iff.fiocruz.br; Telefones: 2554-1730/fax: 2552-8491.

Rubrica Participante

Responsável (se a mãe for menor)

Rubrica Pesquisador



1 - Aprovação do sujeito de pesquisa.

“Eu, _____ ou
Na qualidade de responsável legal, eu, _____,
como _____ (grau de parentesco) autorizo voluntariamente a minha
participação e do meu filho(a) nesta pesquisa.

Declaro que li e entendi todo o conteúdo deste documento.

Assinatura _____

Data _____ Telefone _____

2 – Testemunha

Nome _____

Documento _____

Endereço/telefone _____

Assinatura _____

Data _____

3 - Investigador que obteve o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nome _____

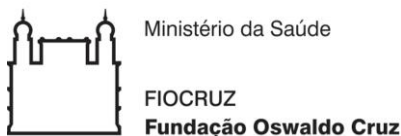
Assinatura _____

Rubrica Participante

Responsável (se a mãe for menor)

Rubrica Pesquisador

APÊNDICE D – TERMO DE ASSENTIMENTO



Termo de Assentimento informado – crianças/adolescentes entre 12 e 18 anos

Título do projeto: O processo de amamentação de mães de prematuro após a alta hospitalar: contribuições para enfermagem neonatal.

Instituições: Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ).

Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira.

Av, Rui Barbosa, 716 – Flamengo – RJ.

Pesquisador responsável: Ana Leticia Monteiro Gomes

Assentimento informado para _____

Você que tem um bebê que nasceu antes do tempo sabe como é importante alimentá-lo com o seu leite. Por isso estamos te convidando a participar de uma pesquisa sobre a melhor forma de ajudar mães como você a alimentarem seus bebês com leite materno.

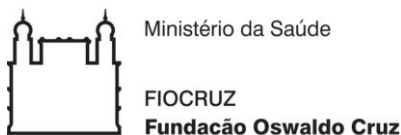
Estamos convidando você e todas as crianças/adolescentes entre 12 e 18 anos que têm um bebê que nasceu antes do tempo para participar desta pesquisa. Discutimos esta pesquisa com seus pais ou responsáveis e eles sabem que também estamos pedindo seu acordo. Seus pais ou responsáveis também irão assinar um termo como este. Mesmo que seus pais concordem com a sua participação, você só participará se concordar.

Você pode discutir qualquer coisa deste termo com seus pais, amigos ou qualquer um com quem você se sentir a vontade de conversar. Pode haver algumas palavras que não entenda ou coisas que você queira que eu explique mais detalhadamente porque você ficou interessado ou preocupado. Por favor, peça a qualquer momento e eu explicarei.

Durante a pesquisa, você deverá responder algumas perguntas que servem para saber o que te ajudou ou o que te dificultou a amamentar seu bebê.

Como você e seu bebê passaram pela internação do hospital, você pode se sentir um pouco incomodada em responder algumas perguntas. Para a equipe do estudo é muito importante que você nos avise quando isso acontecer. Caso isso aconteça, nós vamos conversar para tranquilizá-la.

Rubrica do pesquisador _____ Rubrica do voluntário _____



A equipe do estudo fornecerá a você um número telefônico de celular para que você possa entrar em contato 24 horas com a gente, caso necessário.

Não falaremos para outras pessoas que você está nesta pesquisa e também não daremos nenhuma informação sobre você para qualquer um que não trabalhe na pesquisa.

As informações sobre você serão coletadas na pesquisa e ninguém, exceto os pesquisadores, poderá ter acesso a elas. Qualquer informação sobre você terá um número ao invés de seu nome. Só os pesquisadores saberão qual é o seu número e manteremos em sigilo.

Quando terminarmos a pesquisa, nós iremos falar com mais cientistas sobre a pesquisa. Faremos isto escrevendo e compartilhando relatórios e indo para as reuniões com pessoas que estão interessadas no trabalho que fazemos.

Eu entendi que a pesquisa é sobre amamentação com os bebês que nasceram antes do tempo. Eu entendi que responderei algumas perguntas para uma pesquisadora em uma sala do ambulatório do Instituto Fernandes Figueira.

Assinatura da criança/adolescente: _____

Assinatura dos pais/responsáveis: _____

Ass. Pesquisador: _____

Dia/mês/ano: _____

Rubrica do pesquisador _____ Rubrica do voluntário _____

ANEXOS

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA PROPONENTE



ESCOLA DE ENFERMAGEM
ANNA NERY - EEAN/ UFRJ -
HOSPITAL ESCOLA SÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O PROCESSO DE AMAMENTAÇÃO DE MÃES DE PREMATURO APÓS A ALTA HOSPITALAR: CONTRIBUIÇÕES PARA ENFERMAGEM NEONATAL.

Pesquisador: Ana Leticia Monteiro Gomes

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 44033215.3.0000.5238

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Anna Nery

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.025.555

Data da Relatoria: 16/04/2015

Apresentação do Projeto:

A presente pesquisa é do tipo exploratória-descritiva, de abordagem quantitativa, será realizado no ambulatório de follow up de uma maternidade especializada localizada na área programática 2.1 do município do Rio de Janeiro, com título de Hospital Amigo da Criança, participante da estratégia Rede Cegonha do Ministério da Saúde que dispõe de assistência ambulatorial e hospitalar, multiprofissional, oferecendo linhas de cuidado específicas na atenção à saúde de gestantes e recém-nascidos de alto risco. As participantes do estudo serão as mães dos prematuros que obedecerem os seguintes critérios: Critérios de inclusão: mães de prematuros que retornarem para o follow up nos primeiros 15 dias após a alta hospitalar nos meses da coleta de dados. Como critério de exclusão: os prematuros que sofreram reinternação e que tenham contraindicação para amamentação. A amostra será não probabilística não intencional. Assim, todas as mães de recém-nascidos prematuros atendidos no follow up que obedecerem aos critérios de inclusão farão parte da amostra. A coleta de dados será realizada no mês de junho e irá até final de agosto do ano de 2015. Ela será feita através do prontuário do bebê e de entrevista com a mãe: os itens 4 ao 8 serão preenchidos pela pesquisadora através do prontuário; e os itens 1 ao 3 e 9 ao 12 serão preenchidos junto as mães,

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2293-8148

E-mail: cepeeanhesfa@gmail.com



ESCOLA DE ENFERMAGEM
ANNA NERY - EEAN/ UFRJ -
HOSPITAL ESCOLA SÃO



Continuação do Parecer: 1.025.555

na sala de espera do ambulatório de Follow-up por meio da entrevista. Antes da coleta de dados propriamente dita será realizado um teste piloto para a validação do formulário durante o mês de abril e maio.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Identificar o processo de amamentação de prematuros pela mãe após a alta hospitalar.

Objetivo Secundário:

1. Descrever as estratégias que as mães dos prematuros utilizam para o início, manutenção, apoio e proteção da amamentação após a alta hospitalar.
2. Analisar as estratégias utilizadas pelas mães no processo de amamentação de prematuros, após a alta hospitalar.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os possíveis riscos do estudo se referem a alguns desconfortos que o participante pode ter no momento em que for responder o formulário. Para reduzir os riscos faremos o possível para auxiliá-la caso ocorra algum desconforto, esclarecendo-a ou tranquilizando-a.

Benefícios: Os resultados deste estudo irão contribuir para melhores condições de saúde dos prematuros relacionadas ao aleitamento materno exclusivo e para melhorar as práticas profissionais visando ao estabelecimento do aleitamento materno exclusivo nessas crianças.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo relevante e de interesse para a prática da Enfermagem na saúde da criança.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1) Folha de Rosto para pesquisa envolvendo seres humanos: adequado
- 2) Projeto de Pesquisa: apresentado
- 3) Orçamento financeiro e fontes de financiamento: apresentado
- 4) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: apresentado
- 5) Cronograma: apresentado
- 6) Anuência da Instituição cenário: adequado
- 7) Instrumentos de coleta de dados: apresentados

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2293-8148

E-mail: cepeeanhesfa@gmail.com



ESCOLA DE ENFERMAGEM
ANNA NERY - EEAN/ UFRJ -
HOSPITAL ESCOLA SÃO



Continuação do Parecer: 1.025.555

8) 8) Termo de assentimento: apresentado

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA atendendo o previsto na Resolução 466/12 do CNS/MS APROVOU o referido projeto na reunião ocorrida em 31 de março de 2015. Caso o(a) pesquisador(a) altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao Sistema Plataforma Brasil para uma futura avaliação e emissão de novo parecer. Lembramos que o(a) pesquisador(a) deverá encaminhar o relatório da pesquisa após a sua conclusão, como um compromisso junto a esta instituição e o Sistema Plataforma Brasil.

RIO DE JANEIRO, 16 de Abril de 2015

Assinado por:

Maria Aparecida Vasconcelos Moura
(Coordenador)

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2293-8148

E-mail: cepeeahesfa@gmail.com

ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA CO-PARTICIPANTE

INSTITUTO FERNANDES
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/
MS

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O PROCESSO DE AMAMENTAÇÃO DE MÃES DE PREMATURO APÓS A ALTA HOSPITALAR: CONTRIBUIÇÕES PARA ENFERMAGEM NEONATAL.

Pesquisador: Ana Leticia Monteiro Gomes

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 44033215.3.3001.5269

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Anna Nery

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.026.518

Data da Relatoria: 30/04/2015

Apresentação do Projeto:

A presente pesquisa é do tipo exploratória-descritiva, de abordagem quantitativa, será realizado no ambulatório de follow up de uma maternidade especializada localizada na área programática 2.1 do município do Rio de Janeiro, com título de Hospital Amigo da Criança, participante da estratégia Rede Cegonha do Ministério da Saúde que dispõe de assistência ambulatorial e hospitalar, multiprofissional, oferecendo linhas de cuidado específicas na atenção à saúde de gestantes e recém-nascidos de alto risco. As participantes do estudo serão as mães dos prematuros que obedecerem os seguintes critérios: Critérios de inclusão: mães de prematuros que retornarem para o follow up nos primeiros 15 dias após a alta hospitalar nos meses da coleta de dados. Como critério de exclusão: os prematuros que sofreram reinternação e que tenham contra-indicação para amamentação. A amostra será não probabilística não intencional. Assim, todas as mães de recém-nascidos prematuros atendidos no follow up que obedecerem aos critérios de inclusão farão parte da amostra. A coleta de dados será realizada no mês de junho e irá até final de agosto do ano de 2015. Ela será feita através do prontuário do bebê e de entrevista com a mãe: os itens 4 ao 8 serão preenchidos pela pesquisadora através do prontuário; e os itens 1 ao 3 e 9 ao 12 serão preenchidos junto as mães, na sala de espera do ambulatório de Follow-up por meio da entrevista. Antes da coleta de dados propriamente dita será realizado um teste piloto

Endereço: RUI BARBOSA, 716

Bairro: FLAMENGO

CEP: 22.250-020

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2554-1730

Fax: (21)2552-8491

E-mail: cepiff@iff.fiocruz.br

INSTITUTO FERNANDES
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/
MS



Continuação do Parecer: 1.026.518

para a validação do formulário durante o mês de abril e maio.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Identificar o processo de amamentação de prematuros pela mãe após a alta hospitalar.

Objetivo Secundário:

- 1.Descrever as estratégias que as mães dos prematuros utilizam para o início, manutenção, apoio e proteção da amamentação após a alta hospitalar.
- 2.Analisar as estratégias utilizadas pelas mães no processo de amamentação de prematuros, após a alta hospitalar.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os possíveis riscos do estudo se referem a alguns desconfortos que o participante pode ter no momento em que for responder o formulário. Para reduzir os riscos faremos o possível para auxiliá-la caso ocorra algum desconforto, esclarecendo-a ou tranquilizando-a.

Benefícios: Os resultados deste estudo irão contribuir para melhores condições de saúde dos prematuros relacionadas ao aleitamento materno exclusivo e para melhorar as práticas profissionais visando ao estabelecimento do aleitamento materno exclusivo nessas crianças.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de consentimento e assentimento foram anexados e estão adequados.

Recomendações:

- Observar as recomendações da Resolução 466/12;
- Utilizar o TCLE somente após o carimbo e assinatura do CEP/IFF;
- Apresentar ao CEP do IFF os relatórios semestral e final.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: RUI BARBOSA, 716
Bairro: FLAMENGO CEP: 22.250-020
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2554-1730 Fax: (21)2552-8491 E-mail: cepiff@iff.fiocruz.br

INSTITUTO FERNANDES
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/
MS



Continuação do Parecer: 1.026.518

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

RIO DE JANEIRO, 16 de Abril de 2015

Assinado por:
maria elisabeth lopes moreira
(Coordenador)

Endereço: RUI BARBOSA, 716
Bairro: FLAMENGO CEP: 22.250-020
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2554-1730 Fax: (21)2552-8491 E-mail: cepiff@iff.fiocruz.br