

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

ANA LETICIA MONTEIRO GOMES

PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E APOIO NO PROCESSO DO ALEITAMENTO MATERNO
DO PRÉ-TERMO EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

RIO DE JANEIRO

2018

Ana Leticia Monteiro Gomes

PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E APOIO NO PROCESSO DO ALEITAMENTO MATERNO
DO PRÉ-TERMO EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Tese de Doutorado apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Marialda Moreira Christoffel
Linha de Pesquisa: O processo de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno no período neonatal.

RIO DE JANEIRO

2018

CIP - Catalogação na Publicação

G633p Gomes, Ana Leticia Monteiro
 Promoção, Proteção e Apoio no Processo do
 Aleitamento Materno do Pré-Termo em Unidades de
 Terapia Intensiva Neonatal / Ana Leticia Monteiro
 Gomes. -- Rio de Janeiro, 2018.
 176 f.

 Orientadora: Marialda Moreira Christoffel.
 Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio
 de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery,
 Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2018.

 1. Enfermagem Neonatal. 2. Aleitamento Materno.
 3. Recém-nascido Prematuro. 4. Unidades de Terapia
 Intensiva Neonatal. I. Christoffel, Marialda
 Moreira, orient. II. Título.

CDD 610.73

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática da UFRJ com os dados fornecidos
pelo(a) autor(a), sob a responsabilidade de Miguel Romeu Amorim Neto - CRB-7/6283.

Ana Leticia Monteiro Gomes

PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E APOIO NO PROCESSO DO ALEITAMENTO MATERNO
DO PRÉ-TERMO EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Tese de Doutorado apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Aprovada em: 06 de setembro de 2018

Prof.^a Dr.^a Marialda Moreira Christoffel – Presidente EEAN/UFRJ

Prof.^a Sarah Nancy Deggau Hegeto de Souza – 1^a Examinadora UEL

Prof.^a Fernanda Garcia Bezerra Góes – 2^a Examinadora UFF

Prof.^a Rejane Corrêa Marques – 3^a Examinadora UFRJ/MACAÉ

Prof.^a Dr.^a Ivis Emília de Oliveira Souza – 4^a Examinadora EEAN/UFRJ

Prof.^a Dr.^a Elisa da Conceição Rodrigues – Suplente EEAN/UFRJ

Prof.^a Eny Dorea Paiva – Suplente EEAAC/UFF

RESUMO

GOMES, Ana Leticia Monteiro. **Promoção, Proteção e Apoio no Processo do Aleitamento Materno do Pré-Termo em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal**. Rio de Janeiro, 2018. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

Introdução: O processo de aleitamento materno ocorre sobretudo através das atividades de assistência de promoção, proteção e apoio que envolvem especialmente os profissionais de saúde, o recém-nascido pré-termo (RNPT) e sua família. Objetivo: Analisar o processo de aleitamento materno de RNPTs no âmbito da unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN), na perspectiva dos profissionais de saúde e das mães. Método: Estudo quantitativo, descritivo, transversal, do tipo *Survey* supervisionado, realizado em duas UTIN de dois hospitais universitários do Município do Rio de Janeiro no período de agosto de 2017 a agosto de 2018. Foi realizado com 148 profissionais de saúde (98 profissionais da instituição 1 e 50 profissionais da instituição 2) e 20 mães de RNPTs da instituição 1. O instrumento de coleta de dados contou com dois formulários, um para entrevista com os profissionais de saúde e outro para entrevista com a mãe do RNPT. Os dados foram analisados pela estatística por meio de médias e desvio padrão e por cálculos de regressão logística utilizando o Programa estatístico R[®] versão 3.4.1 e discutidos à luz do referencial teórico sobre qualidade em saúde Avedis Donabedian e da base conceitual Iniciativa Hospital Amigo da Criança Neonatal (IHAC-Neo). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente e posteriormente pelas coparticipantes com o número de Parecer 1.997.636. Resultados: No que tange às características dos profissionais de saúde para a realização das estratégias de apoio ao aleitamento materno dos RNPTs na UTIN, na instituição 1, a covariável “tempo de experiência profissional” mostrou-se significativa, com coeficiente positivo ($p = 0,08$) na probabilidade de o profissional orientar a mãe sobre a ordenha mamária durante o primeiro encontro na UTIN. Já, na instituição 2, essa covariável não foi significativa. No que diz respeito ao profissional de saúde ajudar a mãe a amamentar durante a internação do RNPT, na instituição 1, a covariável “ter graduação em enfermagem” apresentou o coeficiente significativo ($p=0,02$), aumentando a probabilidade de o profissional ajudar a mãe a amamentar. Em relação aos fatores relacionados à maior prevalência de aleitamento materno dos RNPTs na UTIN, analisando as respostas dadas pelas mães e correlacionando com a presença de algum aleitamento materno na alta, o fato de ter realizado algum contato pele a pele no momento do nascimento (seja por toque ou posição

canguru) ($p=0,10$) aumentou a probabilidade de o RNPT estar em aleitamento materno (ou exclusivo ou misto) na alta. Na instituição 1, 65,0% ($n=13$) das mães realizaram algum tipo de contato pele a pele no momento do nascimento, sendo 69,2% ($n=9$) por meio do toque e 30,8% ($n=4$) por meio da posição canguru. Na instituição 1, a prevalência de aleitamento materno exclusivo na ocasião da alta hospitalar foi de 20,0% ($n=4$), a de aleitamento misto, 20,0% ($n=4$) e para 60,0% ($n=12$) somente o uso de fórmula. Conclusão: O processo do aleitamento materno de RNPT no âmbito da UTIN carece de fortalecimento das ações de promoção, proteção e apoio nas instituições de saúde.

Palavras-chave: Recém-nascido Prematuro, Aleitamento Materno, Enfermagem Neonatal, Promoção da Saúde, Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

ABSTRACT

GOMES, Ana Leticia Monteiro. **Promotion, Protection and Support in the Process of Breastfeeding of the Preterm in Neonatal Intensive Care Units**. Rio de Janeiro, 2018. Thesis (Doctorate in Nursing) - Anna Nery School of Nursing, Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

Introduction: The breastfeeding process occurs mainly through the promotion, protection and support activities that especially involve health professionals, the preterm newborn and their families. Objective: To analyze the breastfeeding process of preterm newborns within the Neonatal Intensive Care Unit (NICU), from the perspective of health professionals and mothers. Method: A quantitative, descriptive and cross-sectional study, of the supervised survey type, conducted in two intensive care units of two university hospitals in the city of Rio de Janeiro from August 2017 to August 2018. It was performed with 148 health professionals (98 professionals from institution “1” and 50 professionals from institution “2”) and 20 mothers of preterm newborns from institution “1”. The data collection instrument had two forms: one for interview with health professionals; and another for the interview with the mother of the premature newborn. Data were analyzed by descriptive statistics by the use of means and standard deviation and logistic regression calculations using the Statistical Program R[®] version 3.4.1 and discussed in the light of the theoretical reference on health quality Avedis Donabedian and the conceptual basis Baby-friendly Hospital Initiative for Neonatal Wards (Neo-BFHI). The research was approved by the Research Ethics Committee of the proposing institution and later by the co-participants having the number of opinion 1,997,636. Results: With regard to the characteristics of health professionals for the implementation of strategies to support the breastfeeding of preterm newborns in the NICU at institution “1”, the co-variable “professional experience time” was shown with a positive coefficient ($p = 0.08$) on the probability of the professional advising the mother on the mammary milking during the first meeting in the neonatal intensive care unit. At institution “2”, this covariate was not significant. With regard to the health professional assisting the mother to breastfeed during the hospitalization of the preterm infants, in institution “1”, the co-variant “to have graduation in nursing” presented the significant coefficient ($p = 0.02$), increasing the probability of the professional helping the mother to breastfeed. Regarding the factors related to the higher prevalence of maternal breastfeeding of preterm newborns in the neonatal intensive care unit, analyzing the responses given by the mothers and correlating with the presence of any maternal

breastfeeding on discharge, the fact of having had any skin contact at the moment of birth (either by touch or kangaroo position) ($p = 0.10$) increased the probability of preterm infants being breastfed (or exclusively or mixed) at discharge. At institution “1”, 65.0% ($n = 13$) of the mothers performed some type of skin-to-skin contact at birth, with 69.2% ($n = 9$) via touching and 30.8% ($n = 4$) through the kangaroo position. At institution “1”, the prevalence of exclusive breastfeeding at hospital discharge was 20.0% ($n = 4$), mixed breastfeeding was 20.0% ($n = 4$) and 60.0% ($n = 12$) just the use of formula. Conclusion: The process of breastfeeding of premature newborn to the neonatal intensive care unit needs to strengthen promotion, protection and support actions in health institutions.

Keywords: Infant, premature; Breastfeeding; Neonatal Nursing; Health Promotion; Intensive Care Units, Neonatal.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos profissionais de saúde de unidades neonatais. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018.....	78
Tabela 2 – Estratégias de Promoção ao aleitamento materno do RNPT. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018.....	80
Tabela 3 – Estratégias de Proteção ao aleitamento materno do RNPT. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018.....	82
Tabela 4 – Estratégia da ordenha mamária utilizada pelos profissionais de saúde como apoio ao aleitamento materno do RNPT. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018.....	83
Tabela 5 – Estratégia do contato pele a pele (toque e posição canguru) como apoio ao aleitamento materno do RNPT. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018	84
Tabela 6 – Estratégias do grupo de apoio para amamentação como apoio ao aleitamento materno do RNPT. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018	85
Tabela 7 – Estratégias de apoio ao aleitamento materno do RNPT. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018.....	86
Tabela 8 – Outras estratégias de apoio ao aleitamento materno do RNPT utilizadas pelos profissionais de saúde. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018	87
Tabela 9 – Fatores que dificultam o aleitamento materno do RNPT na perspectiva dos profissionais de saúde do HUPE. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018.....	88
Tabela 10 – Fatores que facilitam o aleitamento materno do RNPT na perspectiva dos profissionais de saúde do HUPE. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018.....	89
Tabela 11 – Variáveis associadas com profissional de saúde orientar a mãe na ordenha durante primeiro encontro na UTI neonatal, de acordo com os resultados obtidos na análise do modelo logístico. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018.....	90
Tabela 12 – Variáveis associadas com profissional de saúde ajudar a mãe a amamentar durante a internação do bebê, de acordo com os resultados obtidos na análise do modelo logístico. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018	90
Tabela 13 – Caracterização das mães dos recém-nascidos pré-termo. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018.....	91
Tabela 14 – Caracterização dos dados obstétricos e parto das mães dos recém-nascidos pré-termo. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018	92
Tabela 15 – Caracterização das condições de nascimento dos RNPTs. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018.....	93
Tabela 16 – Caracterização das condições de internação dos RNPTs. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018.....	94
Tabela 17 – Condições de início do aleitamento materno dos RNPTs. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018.....	95
Tabela 18 – Condições de início da amamentação dos RNPTs. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018	96
Tabela 19 – Condições de aleitamento materno dos RNPTs na ocasião da alta hospitalar. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018.....	96
Tabela 20 – Estratégias de promoção ao aleitamento materno percebidas pelas mães de RNPT. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018.....	97

Tabela 21 – Orientações sobre as estratégias de proteção ao aleitamento materno fornecidas às mães de RNPT pelos profissionais de saúde. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018.	97
Tabela 22 – Estratégias de proteção ao aleitamento materno usufruídas pelas mães de RNPT. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018.	99
Tabela 23 – Estratégias de apoio ao aleitamento materno utilizadas pelas mães de RNPT. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018.....	99
Tabela 24 – Fatores que dificultam o aleitamento materno do RNPT na perspectiva das mães atendidas pelos profissionais de saúde do HUPE. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018	102
Tabela 25 – Fatores que facilitam o aleitamento materno do RNPT na perspectiva das mães atendidas pelos profissionais de saúde do HUPE. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018.	102
Tabela 26 – Variáveis associadas com a presença de aleitamento materno na ocasião da alta hospitalar, de acordo com os resultados obtidos na análise do modelo logístico. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018	103
Tabela 27 – Variáveis associadas com a presença de aleitamento materno na ocasião da alta hospitalar, de acordo com os resultados obtidos na análise do modelo logístico. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018	103
Tabela 28 – Caracterização dos profissionais de saúde de unidades neonatais. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018.....	104
Tabela 29 – Estratégias de Promoção ao aleitamento materno do RNPT. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018.....	106
Tabela 30 – Estratégias de Proteção ao aleitamento materno do RNPT. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018.....	107
Tabela 31 – Estratégia da ordenha mamária como apoio ao aleitamento materno do RNPT. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018	109
Tabela 32 – Estratégia do contato pele a pele (toque e posição canguru) como apoio ao aleitamento materno do RNPT. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018.	110
Tabela 33 – Critérios para o início do aleitamento materno e da amamentação do RNPT. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018.....	111
Tabela 34 – Estratégias do grupo de apoio para amamentação como apoio ao aleitamento materno do RNPT. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018.	112
Tabela 35 – Estratégias de apoio ao aleitamento materno do RNPT. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018.....	112
Tabela 36 – Outras estratégias de apoio ao aleitamento materno do RNPT. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018.....	113
Tabela 37 – Fatores que dificultam o aleitamento materno do RNPT na perspectiva dos profissionais de saúde do HUGG. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018.....	114
Tabela 38 – Fatores que facilitam o aleitamento materno do RNPT na perspectiva dos profissionais de saúde do HUGG. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018.....	115
Tabela 39 – Variáveis associadas com o profissional de saúde orientar a mãe na ordenha durante primeiro encontro na UTI neonatal, de acordo com os resultados obtidos na análise do modelo logístico. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018.....	116

Tabela 40 - Variáveis associadas com o profissional de saúde ajudar a mãe a amamentar durante a internação do bebê, de acordo com os resultados obtidos na análise do modelo logístico. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018	116
--	-----

LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS

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
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
EEAN	Escola de Enfermagem Anna Nery
EUA	Estados Unidos da América do Norte
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
MC	Método Canguru
MESH	<i>Medical Subject Headings</i>
NBCAL	Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e crianças de primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras
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
WABA	<i>World Alliance for Breastfeeding Action</i>

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A – Revisão bibliográfica sobre as estratégias de promoção, proteção e apoio que aumentam a prevalência do aleitamento materno em RNPT	150
APÊNDICE B – Revisão Bibliográfica sobre o Referencial Teórico Avedis Donabedian	153
APÊNDICE C – Instrumento de Coleta de Dados – Profissional de Saúde	156
APÊNDICE D – Instrumento de Coleta de Dados – Mãe	164
APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	172
APÊNDICE F – Termo de Assentimento Informado Livre e Esclarecido	175

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	166
1.1PROBLEMÁTICA	166
1.2OBJETIVOS DO ESTUDO	21
1.3JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO	21
1.4CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO	28
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	30
2.1POLÍTICAS, PROGRAMAS E ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO NO BRASIL	30
2.2PREMATURIDADE	40
2.3. MANEJO DA LACTAÇÃO, NUTRIÇÃO E ALIMENTAÇÃO DE RNPT	42
2.4PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO	48
3.REFERENCIAL TEÓRICO CONCEITUAL	57
4.MÉTODO	69
4.1LOCAL DO ESTUDO	69
4.2POPULAÇÃO E AMOSTRA	70
4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	70
4.4ASPECTOS ÉTICOS	73
4.5A COLETA DE DADOS	73
4.6INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	74
4.7 CRITÉRIOS DE CONFIABILIDADE	75
4.8 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	76
4.9LIMITAÇÕES DO ESTUDO	78
5.RESULTADOS	78
6. DISCUSSÃO	117
7. CONCLUSÃO	133
REFERÊNCIAS	135
APÊNDICES	149

1 INTRODUÇÃO

1.1 PROBLEMÁTICA

A redução das taxas de mortalidade infantil é uma das principais metas governamentais tanto no âmbito internacional quanto nacional. Em nível global, o componente neonatal representa cerca de 44% da mortalidade infantil (LI LIU et al., 2015). Destaca-se que a principal causa de mortalidade infantil são as complicações decorrentes do parto prematuro (15,4%) seguidas da pneumonia (14,9%) (LI LIU et al., 2015, WHO, 2017a).

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%) (LANSKY et al., 2014).

As taxas de nascimento pré-termo estão crescendo (1 em cada 10 bebês) e, conforme constatado acima, a prematuridade pode ser considerada um problema de saúde pública. Dentre os dez países com os maiores números de nascimentos prematuros estão a Índia, a Nigéria, Estados Unidos da América do Norte (EUA) e Brasil, demonstrando que o nascimento prematuro é verdadeiramente um problema global. No âmbito nacional, o Brasil apresentou uma taxa de nascimentos prematuros de 9,2% no ano de 2010 (WHO et al., 2017a).

A prematuridade, além de ser um fator de risco de mortalidade (50% de todas as mortes neonatais), pode trazer complicações para a saúde dos recém-nascidos prematuros (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 recém-nascidos pré-termo (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, 2017b).

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, pois, quanto menor é a idade gestacional dos RNPTs, mais eles têm dificuldade em iniciar a amamentação durante a internação, necessitando de outras técnicas de alimentação, como, por exemplo, a gavagem e a translactação (BRASIL, 2017a).

Somando-se a isso, cumpre destacar que a prevalência do aleitamento materno exclusivo em crianças nascidas a termo e pré-termo em nível mundial ainda se mostra aquém do que é

preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que recomenda que pelo menos 50% das crianças recebam somente leite materno até os 6 meses de idade e de forma complementar até os 2 anos ou mais até 2025. Dados recentes indicam que apenas 37% das crianças são amamentadas exclusivamente no mundo (WHO et al., 2017b, VICTORA et al. 2016).

No âmbito da prematuridade, um estudo dinamarquês com 1.488 prematuros de idade gestacional entre 32 e 37 semanas constatou que, na alta hospitalar, todos os incluídos no estudo estavam em aleitamento materno, no entanto nenhum em aleitamento materno exclusivo. No 14º dia após a alta das crianças constatou-se que 55,2% delas estavam em aleitamento materno, 36,2% em aleitamento materno exclusivo e que 8,6% já tinham sido desmamados (MAASTRUP et al., 2014a). O estudo de Ericson et al. (2016) realizado na Suécia com 29.445 recém-nascidos prematuros comparou as taxas de aleitamento materno exclusivo entre prematuros, no momento da alta na unidade neonatal, que tiveram entre 2004 e 2013 um decréscimo de 59,0% para 45,0%.

No Brasil, uma metanálise constatou que a prevalência média de aleitamento materno exclusivo de crianças aos seis meses de idade foi de apenas 25,0% (IC95%: 18,05 - 31,96). Cabe ressaltar que o estudo mencionado não apresenta dados específicos acerca dos recém-nascidos pré-termo (RNPTs), no entanto destaca que o baixo peso ao nascer contribuiu com 1,17 vezes mais chance (IC95%:1,06 - 1,29) de interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo (PEREIRA-SANTOS, et al. 2017).

O estudo brasileiro de coorte retrospectivo de Freitas et al. (2016), realizado em Minas Gerais, constatou que a prevalência de AME entre os 103 RNPTs foi de apenas 37% na primeira consulta de acompanhamento após a alta hospitalar. Outro estudo, do tipo descritivo, realizado no Rio de Janeiro com 21 prematuros, constatou uma prevalência de 47,6% de AME na alta hospitalar e na ocasião da primeira consulta de acompanhamento em ambulatório. Porém há que se considerar que tal estudo fora realizado em um Hospital Amigo da Criança com um banco de leite referência na América Latina (GOMES et al., 2017).

A adoção da prática do aleitamento materno é tão enfatizada pela OMS devido a seus inúmeros benefícios e seu baixo custo. 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, menor perda de peso, redução no índice de doenças crônicas e agudas e aumento de sobrevida, em relação àqueles amamentados com leite industrializado (DEBES et al., 2013, BRASIL, 2017a).

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, de preferência nas primeiras 6 horas após o parto, pois é fundamental que haja um estímulo contínuo na mama para manter a produção de leite, durante o tempo em que o RNPT está internado e impossibilitado de mamar (LUSSIER et al., 2015).

No entanto, pesquisas brasileiras como a de Pereira et al. (2015) mostram o quanto é complexo para as mães de prematuros manter o aleitamento materno, devido a questões referentes a: estresse da hospitalização, instabilidade clínica, medo da morte do bebê, dificuldade do RNPT para sugar e 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*¹.

Além disso, outro estudo do tipo coorte retrospectivo, realizado nos EUA, com 2.530 mães de recém-nascidos prematuros tardios, que tinha como um dos seus objetivos determinar as barreiras e facilitadores para a manutenção da amamentação, mostrou que essas mães ainda sofrem com dificuldades no manejo da amamentação e com preocupações sobre o fornecimento de leite, acreditando que o leite materno sozinho não satisfaz seus bebês. (KAIR, COLAIZY, 2016).

Sabe-se que o nascimento prematuro é um evento inesperado na vida dos pais e da família, pois os mesmos não passaram pelo período de consolidação para a chegada do bebê imaginário, incluindo-o no discurso familiar. Além disso, o bebê real não corresponde ao bebê que a família imaginou, devido a suas características e particularidades de assistência. Diante disso, o processo de construção da maternidade e paternidade é ainda mais difícil no nascimento prematuro (MELO, SOUZA, PAULA, 2013).

O estudo de Melo, Souza e Paula (2014) que teve como objetivo compreender o vivido da mulher-mãe durante a internação do filho na UTIN, realizado com nove mães, revelou que as mesmas, diante do nascimento prematuro, vivem situações de insegurança, medo e sentimentos de incapacidade de cuidar de seus filhos, o que pode dificultar o estabelecimento de vínculo. E, segundo Alves et al. (2014), o vínculo mãe-bebê é indispensável para o processo de aleitamento materno e sucesso na amamentação.

O estudo de revisão integrativa de Santos et al. (2012), que utilizou as base de dados Medline, Lilacs e Scielo, tinha como objetivo conhecer as práticas favorecedoras do aleitamento

¹ O termo “follow-up” refere-se ao seguimento do cuidado do prematuro de risco após a alta hospitalar (PREMATURIDADE.COM, 2013a).

materno na assistência ao RNPT internado na UTIN. Foram selecionados sete estudos que mostraram que: 1) os recursos físicos da unidade, quando não facilitam a permanência da família; 2) as rotinas das unidades neonatais, como o estabelecimento de horários para alimentação sem levar em consideração as necessidades da criança; e 3) os conhecimentos insuficientes dos profissionais de saúde sobre o manejo do aleitamento materno em RNPTs também são apontados como fatores que influenciam negativamente o êxito do início do estabelecimento do aleitamento materno, propiciando o desmame ainda dentro dos hospitais. O estudo recomenda que as instituições hospitalares adotem práticas favorecedoras do aleitamento materno, tais como o Método Canguru e a ordenha mamária, a fim de auxiliar as mães no momento da internação hospitalar.

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, corroborou com o estudo supracitado, mostrando que ainda existem fragilidades nas ações de promoção e manutenção da amamentação em nível hospitalar, tais como falta de infraestrutura para que a mãe/família permaneça na UTIN em período integral e a existência de rotinas, normas, estabelecidas pelos profissionais de saúde que não incluem a participação da família no cuidado ao RNPT.

Um outro estudo de abordagem quantitativa, do tipo descritivo-exploratório, realizado em um ambulatório de *follow-up* de uma instituição de saúde, com 17 mães de 21 RNPTs, mostrou que, sobre as ações de promoção e apoio para início e manutenção do aleitamento materno, nenhuma mãe amamentou o RNPT na primeira hora de vida, somente 17,65% das mães visitaram o recém-nascido no mesmo dia do nascimento; 17,65% das mães realizaram o contato pele a pele precoce; e 82,35% realizaram a posição canguru durante a internação, com uma mediana 9 dias e média de 10,4 dias desde o nascimento até o momento da primeira vez em que realizaram a posição canguru. Em relação às ações de proteção ao aleitamento materno, uma parcela (5,88%) das mães não foi orientada pelos profissionais de saúde sobre os direitos, enquanto que uma parcela maior (35,29%) de pais não foi orientada. Destas mães que receberam alguma orientação (94,12%), a maioria das mães (62,50%) recebeu orientações quanto ao direito da licença-maternidade e licença-paternidade (68,75%) (GOMES et al., 2017).

É notório que os profissionais de saúde das unidades neonatais são importantes agentes para a melhoria dos índices de aleitamento materno. O estudo de revisão integrativa de Almeida, Luz e Ued (2015), realizado nas bases de dados Scopus, PubMed, Medline, Lilacs, Scielo, Web of Science e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (Cinahl), teve como

objetivo avaliar a prática de profissionais de saúde na promoção e no apoio à amamentação. Dos 18 estudos selecionados para síntese, os autores mostraram que o profissional de saúde pode influenciar positivamente estimulando o início do processo da amamentação de forma precoce, ou de forma negativa, quando o mesmo oferece informações imprecisas e/ou conflitantes sobre a prática. Os autores do estudo concluíram que há poucos estudos que revelem o papel dos profissionais de saúde no apoio à amamentação e que os mesmos precisam ser mais bem capacitados na temática da amamentação.

O estudo de revisão sistemática de Jesus, Oliveira e Fonseca (2016), realizado nas bases de dados MedLine, Scopus e Lilacs, teve como objetivo identificar a repercussão da capacitação em aleitamento materno sobre conhecimentos, habilidades e práticas profissionais e hospitalares. Os autores analisaram 17 publicações, sendo quatro estudos brasileiros, e mostraram que todas as formas de capacitação oferecidas aos profissionais de saúde apresentaram algum resultado positivo sobre os conhecimentos, as habilidades e/ou práticas profissionais e hospitalares.

O estudo de Jesus, Oliveira e Moraes (2017), do tipo transversal, foi realizado em 15 instituições hospitalares do Município do Rio de Janeiro, Brasil, com 215 profissionais de saúde, e seus resultados corroboraram com os do estudo de Almeida, Luz e Ued (2015), pois mostrou que menos da metade dos profissionais (48,1%) tinha conhecimentos, 58,9%, habilidades e 74,9%, práticas adequadas em relação ao aleitamento materno, evidenciando a necessidade de capacitação na área. Cabe ressaltar que a falta de conhecimentos, habilidades e práticas dos profissionais de saúde influencia diretamente nas atividades assistenciais oferecidas à mãe, aos RNPTs e sua família.

Os resultados dos estudos citados até o momento mostram que são necessárias mudanças nos fatores relacionados: a estrutura física, recursos humanos das unidades de terapia intensiva neonatal e o processo de início e manutenção do aleitamento materno do RNPT, para melhorar os resultados das taxas de aleitamento materno e assim alcançar melhoras na qualidade da assistência ao RNPT e sua família.

Donabedian (1988, 2003), teórico que propôs avaliar a qualidade de assistência em saúde, com base na tríade estrutura-processo-resultado, considera o conceito de processo como as atividades que envolvem os profissionais de saúde e pacientes, com base em padrões aceitos, abrangendo todas as atividades de assistência direta desenvolvidas entre os profissionais de saúde e os pacientes. Ainda segundo o teórico, a avaliação do processo reflete a essência da

qualidade da atenção em saúde e contribui para chamar a atenção sobre a necessidade de mudanças na maneira de conduzir a assistência (DONABEDIAN, 1982)

Para melhorar o processo de início e manutenção do aleitamento materno, as evidências científicas apontam ser necessária a concretização das ações/estratégias de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno para se obter o sucesso desejado no aumento das taxas de amamentação exclusiva no país.

Desse modo, o objeto do presente estudo é o processo de aleitamento materno do recém-nascido pré-termo na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN), contemplando as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno na perspectiva das mães e dos profissionais de saúde.

1.2OBJETIVOS DO ESTUDO

Objetivo Geral:

- Analisar o processo de aleitamento materno de recém-nascidos pré-termo no âmbito da unidade de terapia intensiva neonatal, na perspectiva dos profissionais de saúde e das mães.

Objetivos específicos:

- Discutir as estratégias de promoção, proteção e apoio utilizadas pelos profissionais de saúde e mães para o início e manutenção do aleitamento materno de recém-nascidos pré-termo na unidade de terapia intensiva neonatal.
- Correlacionar as características dos profissionais de saúde para a realização das estratégias de apoio ao aleitamento materno dos recém-nascidos pré-termo na unidade de terapia intensiva neonatal.
- Correlacionar os fatores associados à maior prevalência de aleitamento materno dos recém-nascidos pré-termo na unidade de terapia intensiva neonatal.

1.3JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2017), 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). No entanto, a revisão sistemática realizada por Esteves et al. (2014) demonstra que essa prática muitas vezes não é realizada no caso dos RNPTs, pois a prematuridade é apontada como um dos principais fatores de risco para a não amamentação na primeira hora de vida.

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

Rodrigues et al. (2013), em sua revisão integrativa, apontam que os RNs que ficam internados na UTIN e suas mães apresentam dificuldades no início e na manutenção do aleitamento materno, devido à fragilidade clínica do RN pela prematuridade e ansiedade/depressão das mães. Por outro lado, os resultados do estudo supracitado mostram que o apoio e o acesso às orientações oferecidos pelos profissionais de saúde são fatores que facilitam a manutenção da amamentação do RNPT.

Estudos internacionais (NYQVIST, et al., 2008b, 2012a,b, 2013, 2015) trazem a estratégia da IHAC neonatal como uma alternativa para melhorar a assistência e a baixa prevalência do aleitamento materno na população de RNs internados nas unidades neonatais. Essa estratégia foi criada em 2009, por um grupo de pesquisadores da Suécia, Noruega, Dinamarca, Finlândia e do Canadá. A IHAC neo é uma adaptação dos 10 passos para o sucesso do aleitamento materno da OMS/UNICEF e ainda está em fase de implementação no Brasil, por meio de um projeto multicêntrico².

A necessidade da criação da IHAC neonatal surgiu devido aos resultados de um estudo sueco que analisou as recomendações dos Dez Passos tradicionais, quando realizados no ambiente de cuidados neonatais. Os resultados demonstraram que essas mães de recém-nascidos (RNs) internados em unidades neonatais precisam de um apoio à amamentação

² Pesquisa intitulada “Aleitamento materno em prematuros: impacto da IHAC para unidades neonatais”, coordenada pela Professora Dr.^a Carmen Gracinda Silvan Scochi, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, financiada pela Fundação Bill Gates e CNPq.

diferenciado. 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 gestacionais, pós-natal e gestacional corrigida ou peso ao nascer (NYQVIST et al., 1999, 2001).

Estudos comportamentais de Nyqvist et al. (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.

Da mesma forma, estudos observacionais de Nyqvist et al. (2008a) 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 uma média de 35 semanas.

Além disso, Cruz e Sebastião (2015) 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 como de Melo, Souza, Paula (2013), Cruz e Sebastião (2015), dentre outros, mostram que as mães de RNPTs se deparam com muitos obstáculos no processo de amamentação que sem dúvida favorecem o desmame precoce³.

O estudo de Cruz e Sebastião (2015) foi realizado em um ambulatório de pediatria por meio de entrevista semiestruturada com mães de RNPTs que permaneceram internados em UTIN. Os resultados em relação às vivências da prática na UTIN apresentam alguns relatos de sentimentos de angústia, medo, dificuldades, e verificou-se grande preocupação com o ganho de peso no momento da internação.

Portanto, observa-se que mães de prematuros que estão internados em UTIN vivenciam situações particulares em relação à amamentação, dessa forma, os aspectos emocionais da mãe e da família também devem ser levados em consideração, aspectos esses em consonância com segundo princípio norteador da IHAC-Neo.

³É a introdução de alimentos diferentes do leite materno para o bebê, antes do sexto mês de idade (BRASIL, 2017).

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, durante o período de novembro a dezembro de 2017, com o objetivo de realizar um levantamento bibliográfico das estratégias de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno na unidade neonatal, classificando por nível de evidência. Para isso, foi elaborada a seguinte pergunta de pesquisa: Quais são as estratégias⁴, ações⁵, intervenções⁶ para promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno de recém-nascido pré-termo realizadas na unidade de terapia intensiva neonatal?

Para sistematização das buscas adotaram-se os elementos da estratégia PICO, onde P (Participante) – Aleitamento materno (AM) de recém-nascido pré-termo (RNPT) na unidade de terapia intensiva neonatal; I (Interesse) – Identificar e descrever as estratégias, ações e intervenções de promoção, proteção e apoio ao processo de amamentação e/ou como acontecem tais estratégias; e Co (Contexto) – Promoção em saúde. Com base nos elementos definidos na estratégia PICO foram identificados nos vocabulários controlados – Descritores em Ciências da Saúde (DECS) e Medical Subject Heading (MESH) – os termos descritores e seus sinônimos em português e inglês que estão descritos no Apêndice A.

Foram realizadas buscas no portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas suas principais bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Banco de Dados em Enfermagem (BDENF), Bibliográfico Español en Ciencias (IBECS), Base da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP). Também buscou-se nos conteúdos da BVS temática Aleitamento Materno do Instituto Fernandes Figueira (IFF) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e da *Scientific Electronic Library Online* (Scielo). No Portal de Periódicos da Capes foram empregadas as bases de dados multidisciplinares: *Web of Science* (Thompson Reuters), Scopus (Elsevier) e Cinahl (EBSCO). Inclui-se o portal de PubMed da NLM que contém a base de dados MEDLINE.

⁴Meios desenvolvidos para conseguir alguma coisa

⁵Influência ou efeito que algo ou alguém exerce sobre outra coisa ou pessoa

⁶Ato de exercer influência em determinada situação na tentativa de alterar o seu resultado; interferência.

Nas estratégias de busca as aspas (“ ”) foram utilizadas para restringir e estabelecer a ordem dos termos compostos. Os operadores booleanos utilizados foram o AND para interseção e o OR para agrupamento/soma dos sinônimos. As estratégias de busca realizadas também estão apresentadas no Apêndice A.

Os critérios de inclusão foram: dissertações, teses e artigos científicos em português, inglês e espanhol que abordassem sobre o uso de estratégias de promoção, proteção e apoio e que estivessem disponíveis na íntegra, com acesso livre ou pelo Portal da CAPES. Já os critérios de exclusão foram: artigos, dissertações e teses que estivessem duplicados nas bases de dados (foram considerados apenas uma vez), dissertações e teses que já tivessem sido publicadas no formato de artigo, editoriais de revistas, artigos de opinião e boletins.

A totalidade de referências identificadas nas bases de dados foi adicionada no gerenciador de referência Endnote Web, que possibilita importar os resultados das buscas nas bases de dados, organizar em pastas, gerenciar exclusões e troca de pastas. Além de permitir seu uso no editor de texto Word para citação e referência automática dos documentos.

Das 467 referências encontradas, 227 foram excluídos pelos títulos e resumos, 39 por indisponibilidade. Desse modo, foi realizada a leitura de 200 produções. Dessas, foram excluídos: 16 editoriais, três manuais, quatro artigos de opinião, quatro boletins, um trabalho de conclusão de curso, uma tese que foi publicada como artigo, 16 que não abordavam a temática de RNPT e/ou aleitamento no contexto da UTIN e 85 que não abordavam estratégias que melhorem as taxas de aleitamento materno do prematuro na UTIN. Portanto, foram selecionadas 70 produções que analisaram estratégias de promoção, proteção e apoio aleitamento materno do prematuro.

Das 70 produções analisadas, grande parte (24,3%) dos cenários de estudo estavam localizados nos Estados Unidos da América (EUA) e no Brasil (20%), e 20,0% das produções foram estudos do tipo revisão e por este motivo não se limitam a um cenário específico. O pico das produções científicas foi no ano de 2013 (12,8%), seguido do ano 2014 (11,4%), 2008 (10%) e 2016 (7,1%).

Entende-se como promoção do aleitamento materno as atividades informativas direcionadas ao conjunto da população, como mães e profissionais de saúde. Por exemplo, as campanhas publicitárias veiculadas pelos meios de comunicação de massa e treinamento de profissionais de saúde (BRASIL, 2017b).

Das produções analisadas, duas apontaram as estratégias de promoção no contexto da UTIN: 1) intervenção educacional para equipe multiprofissional e ter protocolos de

amamentação (PINEDA, 2006) e 2) educação permanente para equipe multiprofissional (SANTANA, et al. 2010).

O estudo de intervenção de Pineda 2006 foi realizado em uma UTIN dos EUA e teve como objetivo testar a eficácia de uma intervenção para apoiar a prática da amamentação na UTIN. A intervenção centrou-se na mudança do comportamento dos profissionais de saúde através de uma iniciativa educacional, modificações no plano de cuidados individualizado com um protocolo de amamentação e materiais educativos para mães com bebês na UTIN. Os resultados mostraram que após a intervenção o percentual de bebês que foram amamentados enquanto estavam no hospital aumentou de 25,9% para 44,4%, atingindo uma significância estatística com um valor de p de 0,025.

O estudo de Santana et al. (2010) foi um relato de experiência da atuação de uma equipe de fonoaudiólogas que realizou estratégias multiprofissionais de educação em saúde em grupos e de forma individualizada combinadas com a criação de espaços dialógicos com as puérperas e seus familiares. Os resultados mostraram que a prevalência de aleitamento materno exclusivo dos RNPTs aumentou nos últimos três anos na instituição.

Vale destacar que outros estudos não foram incluídos nessa revisão bibliográfica por não tratarem especificamente do subgrupo de RNPTs, mas demonstraram estratégias de promoção, como campanha nacional de mídia de massa (BHUTTA, et al. 2018), oferecimento de reuniões de campo e *workshops* para profissionais da saúde (DYSON, et al. 2009), promoção de imagens positivas de amamentação nos meios de comunicação e o desenvolvimento de instalações para amamentação/ordenha nos estabelecimentos comerciais e públicos (LOWRY, et al. 2009) e fornecer treinamento de mulheres da comunidade para promoção da saúde (OMER, et al. 2008), que demonstraram algum impacto nas taxas de aleitamento materno de forma geral. Portanto, ainda é necessária a realização de estudos que mostrem essa influência nas taxas de aleitamento materno do RNPT.

Entendendo ações de proteção do aleitamento materno como “criação de leis trabalhistas de proteção à amamentação e controle de marketing e comercialização de leites artificiais” (BRASIL, 2017b), um artigo abordou sobre a temática, porém não pôde ser incluído na revisão bibliográfica por não tratar especificamente das taxas de aleitamento materno de prematuros. Foi um estudo realizado do tipo *survey* nos Estados Unidos da América tinha como objetivo determinar o impacto de fatores sociodemográficos, comportamentais e da legislação estadual sobre o início e duração da amamentação. Os resultados mostram que as crianças residentes em estados sem legislação sobre amamentação tiveram maior chance de não serem amamentadas.

Assim, os resultados sugerem que a legislação pode ter alguma influência sobre a amamentação (KOGAN, et al., 2008).

As ações de apoio ao aleitamento materno são as práticas dirigidas à população, por meio da elaboração de material educativo, criação de grupos de apoio à amamentação na comunidade e aconselhamento individual (BRASIL, 2017b).

Dentre as diversas estratégias de apoio ao aleitamento materno do RNPT citadas pela literatura (total: 29), as com maior nível de evidência são embasadas por artigos de revisão sistemática. Dentre elas, citam-se: 1) o Método Canguru (RENFREW et al., 2009, 2010, MCINNES, CHAMBERS, 2008), 2) a IHAC (RENFREW et al., 2009, 2010), 3) o apoio de pares (RENFREW et al., 2009, 2010), 4) o uso do copo (MCINNES, CHAMBERS, 2008), 5) apoio do profissional de saúde após o nascimento (MCINNES, CHAMBERS, 2008), 6) ordenha mamária (MCINNES, CHAMBERS, 2008), 7) o bombeamento simultâneo das mamas (RENFREW et al., 2009, 2010), 8) estimulação oral do RNPT (GREENE, O'DONNELL, WALSHE, 2016), 9) galactogogos (MCINNES, CHAMBERS, 2008) e 10) suporte telefônico (LAVENDER et al. 2013). Outras estratégias apontadas por um estudo controlado e randomizados são: 11) a criação de Programas Centrados na Família (O'BRIEN et al. 2015) e 12) a utilização de serviço de mensagens curtas (SMS), conforme mencionado em um estudo quase experimental (JIANG et al. 2014).

Cabe destacar que a estratégia do Método Canguru foi objeto de estudo de mais 23 produções, além das duas revisões sistemáticas supracitadas. Os tipos de estudo contemplaram os descritivos, *surveys*, randomizados, coorte, ecológicos, dentre outros. A estratégia da ordenha mamária também foi objeto de estudo de mais sete artigos, assim como a IHAC convencional foi investigada por mais 12 artigos. Diversos tipos de programas de incentivo ao aleitamento materno foram investigados por mais nove produções e programas de estimulação oral por outros dois artigos. O uso de bombeamento (bombas para ordenha mamária) foi investigado por mais quatro artigos, o uso do galactogogos por mais um artigo; o apoio do profissional de saúde foi investigado por mais quatro artigos e o apoio de pares por mais um artigo.

Outras estratégias de apoio ao aleitamento materno do RNPT com menor nível de evidência são: 13) oferecimento de apoio diferenciado para dificuldades no aleitamento materno (DUBEUX et al. 2004); 14) entrosamento com entidades de apoio ao aleitamento materno (DUBEUX et al. 2004); 15) envolvimento multiprofissional (DUBEUX et al. 2004); 16) orientação/educação no pré-natal (BRIERE, et al., 2014, DUBEUX et al. 2004); 17) apoio

individualizado às mães no pré-parto e parto (SANTORO, MARTINEZ, 2007); 18) visita precoce à criança na unidade de terapia intensiva (SANTORO, MARTINEZ, 2007); 19) orientações para a alta materna, para a alta da criança e seguimento (SANTORO, MARTINEZ, 2007); 20) material educativo para o aleitamento materno (DUBEUX et al. 2004); 21) desenvolvimento de práticas educativas (DUBEUX et al. 2004); 22) comunicação entre profissionais de saúde e pais (LEE et al 2013); 23) presença dos pais na UTIN (MAASTRUP et al., 2012); 24) uso restrito da mamadeira (MAASTRUP et al., 2012); 25) IHAC-NEO (NYQVIST, et al., 2008, 2013); 26) grupo de apoio durante a internação (SILVA, et al., 2014); 27) práticas hospitalares baseadas no 10 passos da IHAC (SPATZ, 2004, PISEGNA et al., 2014); 28) técnicas de relaxamento (SANTOS, et al., 2013); 29) acupuntura (SANTOS, et al., 2013).

Desse modo, a partir do levantamento realizado, as melhores práticas para a promoção e apoio ao aleitamento materno de RNPTs durante a sua internação na unidade de terapia intensiva neonatal que ajudam a aumentar as taxas de amamentação em RNPTs são a educação permanente da equipe multiprofissional; a realização da prática da ordenha mamária; a implementação das três etapas do Método Canguru, com a realização da posição canguru; o cumprimento dos dez passos da IHAC; o apoio de outras mães de prematuros (apoio de pares); o uso do copo; o apoio do profissional de saúde após o nascimento; estimulação oral do RNPT, o uso de galactogogos (Domperidona); e o suporte telefônico durante a gestação e nas primeiras seis semanas após o parto.

Porém, apesar da existência de diversas estratégias, ainda é necessária a realização de estudos que analisem quais delas vêm sendo aplicadas de modo efetivo durante a internação hospitalar do RNPT.

Portanto, este estudo é relevante para a compreensão de como ocorre o processo de início e manutenção do aleitamento materno do RNPT no que tange à promoção, proteção e apoio do aleitamento materno na unidade neonatal.

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 de terapia intensiva 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 transferência de conhecimento às gestantes, mãe/família de RNPTs e aos profissionais de saúde que atuam na assistência obstétrica e neonatal por meio de cursos e capacitações 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.

Fornecerá subsídios à gestão dos serviços para elaboração de políticas e intervenções para aprimoramento profissional por meio de capacitações.

Contribuirá para o ensino da graduação e pós-graduação nas disciplinas referentes à saúde da mulher e da criança, pois poderá 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 dos pré-termo.

Para a pesquisa, o estudo visa fornecer subsídios para outros estudos sobre a temática na linha de pesquisa “O processo de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno no período neonatal”, fortalecendo as discussões do grupo de pesquisa de enfermagem em Saúde do Recém-Nascido e sua Família, coordenado pela Professora Dra. Marialda Moreira Christoffel e inserido no 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 NO BRASIL

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 ganhou importância internacional pela sua variedade de ações de promoção do aleitamento materno, como as campanhas na mídia e capacitação de profissionais de saúde, as ações de proteção com aprovação de leis que protegem a amamentação e o controle do *marketing* de leites artificiais e as ações de apoio como o aconselhamento individual em amamentação, distribuição de material educativo, composição de grupos de apoio à amamentação na comunidade (BRASIL, 2017b).

Cabe ressaltar que, a partir da vigência do PNIAM, entre as principais estratégias da política governamental de promoção do aleitamento materno figura a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (BLH). Os primeiros bancos de leite humano foram criados em 1943 e a partir de 1998 houve o desenvolvimento do projeto da Rede Nacional. Os bancos de leite humano, 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 (MAIA, et al., 2006).

A Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano é a maior e mais complexa rede do mundo, com 328 unidades. E, como estratégia de promoção do aleitamento materno e mobilização social, a partir do ano de 2004 é comemorado o Dia Nacional de Doação de Leite Humano. E, a partir de 2010, foi sugerido o dia 19 de maio para a comemoração. A Semana Nacional de Doação de Leite Humano é comemorada anualmente na semana que inclui o dia 19 de maio (iniciamente 1º de outubro era o dia da comemoração, a modificação ocorreu a partir da Lei nº 13.227 de 28 de dezembro de 2015).

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 e imunização. Desse modo, o programa buscava incentivar a identificação de crianças de risco para atendimento especial, além de estimular a prática do aleitamento materno desde o período neonatal.

Em 1990 foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como princípios a universalidade, a equidade e a integralidade. As diretrizes que norteiam o funcionamento do SUS são a descentralização, a hierarquização, a regionalização e a participação dos cidadãos. A partir dessa criação, todos os programas e estratégias voltados para a atenção à saúde passam a seguir tais princípios e diretrizes.

Em 1991 foi criado o Programa de Assistência à Saúde Perinatal (PROASP), com o objetivo de promover a saúde da mãe, feto e neonato, aumentando a cobertura de atendimento, melhorando a qualidade dos serviços, diminuindo a morbimortalidade e incentivando o aleitamento materno, além de demonstrar preocupação com a reserva de leitos na UTIN para RNs de risco. Nesse mesmo ano foi lançada a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), sendo o Brasil um dos 12 primeiros países a adotá-la. E, ainda no mesmo ano, como estratégia de promoção e mobilização social em prol do aleitamento materno, a World Alliance for Breastfeeding Action (WABA) lançou a Semana Mundial de Amamentação, comemorada no mês de agosto.

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, sendo as complicações da prematuridade uma das principais causas dessa mortalidade, os esforços políticos voltaram-se para as questões do RNPT, com destaque para o incentivo ao aleitamento materno, como uma das principais estratégias para alcançar essa meta.

Na atenção hospitalar, duas iniciativas têm contribuído para aumentar os índices de AM: a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e o Método Canguru.

A IHAC está inserida na Estratégia Global para Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância da OMS e do UNICEF e tem por objetivo resgatar o direito da mulher de aprender e praticar a amamentação com sucesso por meio de mudanças nas rotinas nas maternidades para o cumprimento dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno.

Por sua vez, o Método Canguru é um modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado do recém-nascido de baixo peso, que, além de promover maior apego entre mãe e filho, influencia positivamente as taxas de aleitamento materno nessa população.

Dessa forma, em 2000 foi aprovada pela Portaria nº 693/GM a 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. Ele 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*), cuidado esse compartilhado com a atenção básica, na unidade básica de saúde (UBS) de referência (BRASIL, 2017a).

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. Dessas, a segunda é dedicada à atenção humanizada e qualificada à gestante e ao recém-nascido, que assegura, se necessário, o acesso à Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN) e à UTIN aos RNPTs ou de risco. Além disso, prioriza ações de vigilância em saúde com captação precoce e busca ativa para a manutenção do calendário de atenção à saúde das crianças de risco, oferecendo assistência especial com retornos mais frequentes e outros cuidados que a criança necessite, incluindo ações intersetoriais. A quarta linha aborda sobre a importância do incentivo ao aleitamento materno durante o pré-natal, na sala de parto, maternidade e após a alta. E a sétima linha aborda o combate à desnutrição e às anemias carenciais, assegurando o uso do ferro profilático e vitaminas para recém-nascidos prematuros e de baixo peso (BRASIL, 2005).

No ano de 2006 houve um importante marco nas questões referentes à proteção do aleitamento materno. O Brasil foi um dos primeiros países a adotar o Código Internacional de Substitutos do Leite Materno na sua totalidade. A partir do Código, criou-se a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL), em 1988. Tal norma transformou-se em dispositivo legal (Lei 11.265/2006), ainda vigente. 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. Destaca-se que a norma proíbe a distribuição de amostras de mamadeiras, bicos, chupetas e suplementos nutricionais indicados para recém-nascidos de alto risco (BRASIL, 2006).

Ainda em relação às questões de proteção à prática do aleitamento materno, no ano de 2008, a licença-maternidade de quatro meses foi ampliada para seis em empresas que aderiram ao Programa Empresa Cidadã. Além disso, está sendo estimulada a criação de Salas de Apoio à Amamentação nas empresas, que possibilitam que a mulher trabalhadora possa coletar seu leite e armazená-lo com segurança durante a jornada de trabalho, para que seja oferecido ao bebê durante sua ausência. Em 2009 foi publicada portaria governamental regulamentando a estrutura física e o material necessário para a criação da Sala.

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 que deve assegurar o acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém-nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Cegonha, cujas ambulâncias de suporte avançado devem estar devidamente equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais. As ações de promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável são contempladas no terceiro componente da rede, com o acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento e busca ativa de crianças vulneráveis (BRASIL, 2011a).

A Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012, complementada pela Portaria nº 3.389, de 30 de dezembro de 2013, 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 propunha desde 1990 o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 alterada pela Lei nº 13.257, de 2016) e 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, 2016, 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.

O incentivo ao aleitamento materno na Atenção Básica é feito pela Rede Amamenta Brasil, que é uma estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, criada em 2008, que passou a compor a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS – Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil no ano de 2013 pela Portaria nº 1.920, de 5 de setembro de 2013. Tal estratégia visa aumentar os índices de amamentação, inclusive os do RNPT, no País, a partir da capacitação dos profissionais que atuam nas Unidades Básicas de Saúde, respeitando sua visão de mundo e as especificidades locais, para que se tornem agentes de mudança no ensino e aprendizagem do aleitamento materno. A Rede tem como pilares de sustentação os tutores, profissionais com experiência em aleitamento materno preparados para utilizarem referenciais da educação crítico-reflexiva no ensino e aprendizagem do aleitamento materno, em oficinas com duração de 40 horas. Além disso, acompanham e auxiliam as equipes de Saúde da Família na implementação das ações pactuadas em prol da amamentação e no monitoramento dos índices de aleitamento materno da população atendida (BRASIL, 2011b).

No ano de 2014, os dez passos da IHAC lançados pela OMS e pela UNICEF, em 1991, para aumentar as taxas de aleitamento materno, foram republicados no Brasil, pela Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014. As alterações realizadas foram em relação ao quarto passo, que passou a incluir o contato pele a pele, imediatamente após o parto, e orientar a mãe sobre os sinais de fome do recém-nascido; e o décimo passo, que passou a assegurar o encaminhamento das mães aos grupos de apoio à amamentação. Dessa forma, os 10 passos apresentam a seguinte redação:

- 1-ter uma Política de Aleitamento Materno, que seja rotineiramente transmitida a toda a 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 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 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 supracitada: I – cumprir os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”, propostos pela OMS e pelo 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 a 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 implementação dessa iniciativa não é uma tarefa simples, como pode ser visto na revisão integrativa de Semenick, Lauzière e Groleau (2012), que teve como objetivos identificar e sintetizar informações sobre as barreiras, facilitadores e as recomendações relacionadas com a IHAC na literatura internacional. A revisão contemplou artigos científicos de 16 países, sendo 28% do total produções realizadas nos EUA. 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 de profissionais em aleitamento materno, entre outras. 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. Dentre as barreiras do âmbito individual estão a falta de conhecimento das mães e familiares sobre o aleitamento materno, que contribui para a baixa motivação para amamentar ou para o desmame precoce, a falta de instrumentos pedagógicos adequados para as mulheres com diversas necessidades educacionais, além da falta de apoio da família para amamentar (SEMENICK; 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. As autoras concluem que são necessárias mais pesquisas para identificar

as estratégias mais efetivas para a implementação da IHAC e para remoção dessas barreiras. (SEMENIC; LAUZIÈRE; GROLEAU, 2012).

No âmbito brasileiro, o estudo do tipo qualitativo de Maroja, Silva e Carvalho (2014) também evidenciou alguns fatores intervenientes na sustentabilidade da IHAC, como a necessidade de implantação de uma efetiva política de educação permanente e continuada destinada aos profissionais de saúde da maternidade.

Segundo a revisão sistemática de Pérez Escamilla, Martinez e Segura-Pérez (2016) existe uma evidência mundial, inclusive no Brasil, de que a IHAC está associada com o aumento das taxas de início e duração do aleitamento materno exclusivo a curto, médio e a longo prazo.

A Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015, instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), que está organizada em sete eixos estratégicos:

- 1) Atenção à gestação, parto, nascimento e ao recém-nascido, sendo algumas das suas ações, para os RNPTs e de risco, a utilização do método canguru, a qualificação da atenção neonatal na rede de saúde materna, neonatal e infantil, com especial atenção aos recém-nascidos graves ou potencialmente graves, internados em Unidade Neonatal, com cuidado progressivo entre a UTIN, a Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e a Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa), e o seguimento do recém-nascido de risco, após a alta da maternidade, de forma compartilhada entre a Atenção Especializada e a Atenção Básica;
- 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).

Em 2016 o Brasil firmou um compromisso junto a outros 192 países para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável até 2030. No que tange às questões sobre o impacto do aleitamento materno na saúde da população, destaca-se o objetivo 3: assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos em todas as idades; e na meta 2: acabar com as

mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, reduzindo a mortalidade neonatal.

A Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno (2017) ainda tem como uma de suas prioridades a redução da mortalidade neonatal. Ela está organizada em nove componentes estratégicos: 1) Gestão e Articulação Política, 2) Proteção Legal à Amamentação, 3) Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, 4) Iniciativa Hospital Amigo da Criança, 5) Método Canguru, 6) Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, 7) Educação, Comunicação e Mobilização Social, 8) Componente Inovador e 9) Monitoramento e Avaliação. Todos esses eixos visam como produto final o aumento das prevalências e duração do AM no País (BRASIL, 2017b).

Apesar dos esforços para o aumento da prática do aleitamento ao longo dos últimos trinta anos, as taxas de aleitamento materno no Brasil, em especial as de amamentação exclusiva, estão abaixo do recomendado (VICTORA et al., 2016).

Segundo Souza, Santo e Giugliani (2010) os principais obstáculos encontrados no País para a baixa prevalência do aleitamento materno são as dimensões continentais do País, com importantes diferenças regionais; dificuldade de sensibilização de gestores e profissionais de saúde (devido, entre outros, à inadequação dos currículos nos ensinos de graduação e residência médica); a sensibilização popular devido à manutenção da “cultura da mamadeira”; a escassez de recursos humanos qualificados; o abandono do aleitamento materno após, ou mesmo antes, a licença-maternidade.

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. Tal 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, e na estratégia de mobilização social com a comemoração do Dia Mundial da Prematuridade, no dia 17 de novembro, cujo objetivo é advertir sobre o crescente número de partos prematuros e alertar sobre as suas consequências para o bebê, sua família e a sociedade (PREMATURIDADE.COM, 2013).

Por outro lado, no contexto internacional esse déficit já vem sendo abordado de certa forma, com a proposta IHAC para Unidade Neonatal, que é o local onde permanece a maioria dos RNPTs após seu nascimento.

Segundo Nyqvist et al. (2012a), 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); (MOORE et al., 2016);
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 sejam 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 demanda⁷ ou, quando necessário, a semidemanda⁸ de amamentação como uma estratégia transicional para prematuros ou bebês doentes;

⁷ Alimentação baseada nos sinais de procura do RNPT.

⁸ O volume total de leite diário é prescrito e a mãe oferece o seio regularmente quando observa os sinais de interesse do bebê e, posteriormente, se necessário, oferece a suplementação por outro método de alimentação. Caso a criança não mostre sinais de interesse por muito tempo após a última alimentação, a mãe oferece ativamente o seio para atingir uma frequência de amamentação por 24 horas suficiente para a ingestão adequada de leite.

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 (FLINT,NEW,DAVIES, 2016);
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 “Aleitamento materno em prematuros: impacto da IHAC para unidades neonatais”, 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 enfrenta, como foi observado pelos autores Semenik, Lauzière e Groleau (2012).

2.2PREMATURIDADE

A OMS (2017a) define RNs pré-termo como 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: Prematuro extremo: <28 semanas; Muito prematuro: 28 a 32 semanas; Prematuro moderado: 32 a <37 semanas de gestação. E, em relação ao peso de nascimento, o RN pode ser classificado como de 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 carecem de energia suficiente para sugar, além de terem 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 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).

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 também 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 a 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 acelerado pelo início precoce de experiências positivas de amamentação (JONES, SPENCER, 2005).

2.3. MANEJO DA LACTAÇÃO, NUTRIÇÃO E ALIMENTAÇÃO DE RNPTs

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 seis horas após o parto, pelo menos oito vezes ao dia, através da técnica da ordenha manual. Essa técnica segundo o Ministério da Saúde (2017) 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, 2017b)

Cabe ressaltar que existem outros métodos para expressão do leite materno. A revisão sistemática de Becker, Smith e Cooney (2016) avaliou os métodos da ordenha manual, bomba elétrica e bomba manual. Os resultados de alguns estudos mostram que a quantidade de leite materno foi significativamente maior quando eram realizadas intervenções envolvendo relaxamento, música, massagem das mamas antes do bombeamento, aumento da frequência de bombeamento, quando era utilizado o tamanho adequado do protetor de seio das bombas e com o uso de bombas de baixo custo. Tais intervenções mostraram ser tão efetivas, ou mais efetivas do que as grandes bombas elétricas. Já, em relação à qualidade dos nutrientes, foi encontrada maior quantidade de proteína no leite ordenhado por expressão manual ou por bomba elétrica, do que quando ordenhado por bomba manual. A ordenha manual proporcionou maior teor de sódio e potássio em comparação com a bomba elétrica ou bomba manual. O teor de gordura foi maior com a aplicação da massagem mamária durante o bombeamento. Os autores concluíram que o método mais adequado para a expressão do leite pode depender do tempo desde o nascimento, do propósito da expressão, da mãe e da criança.

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, 2017a).

O manejo da nutrição dos prematuros não é fácil. A administração de suporte nutricional e parenteral de forma precoce pode ajudar a melhorar o crescimento e os resultados do desenvolvimento em recém-nascidos prematuros de baixo peso. A alimentação enteral é preferível à alimentação parenteral, uma vez que a nutrição parenteral pode estar associada a complicações relacionadas ao cateter, como infecções, sepse, entre outras. No entanto, deve ser utilizada, se necessário (KUMAR et al., 2017).

Atualmente, as práticas nutricionais predominantes para recém-nascidos prematuros incluem alimentos entéricos mínimos (10 mL / kg / dia) com o uso de leite materno, como

primeira opção, leite humano ordenhado (se o leite materno não estiver disponível), ou leite humano fortificado e nutrição parenteral com aminoácidos e lipídios (KUMAR et al., 2017).

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 (BRASIL, 2017a). A revisão sistemática de Premji e Chessell (2011) afirma que ainda não há evidências suficientes para determinar se o melhor método de alimentação é através da infusão contínua ou intermitente (em bolo), pois não houve diferença no tempo para obter alimentação completa entre os métodos de alimentação, e a incidência de enterocolite necrotizante foi semelhante.

Após melhora clínica do bebê, recomenda-se a sucção direta no seio materno na técnica duplo C e, se necessário, a utilização da 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 (BRASIL, 2017a).

Um outro método utilizado para transição da alimentação é o uso do copinho caso o RNPT esteja 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, 2017a). A revisão sistemática de Flint, New, Davies (2016) mostrou que a alimentação de recém-nascidos prematuros tardios com o copo trouxe algum benefício nas taxas de amamentação até seis meses de idade. O estudo de revisão sistemática de Collins et al. (2016) também evidenciou, porém com estudos de qualidade baixa/moderada, que realizar a suplementação por copo pode aumentar a extensão e a duração da amamentação, mas ressalta também a pouca adesão da família e dos profissionais de saúde ao método.

No caso de a mãe não estar presente na unidade neonatal, a fim de que o RN não perca o estímulo de sucção, além de fortalecer a musculatura oral e seu reflexo de coordenação, pode ser utilizado o método de alimentação *finger feeding* ou sonda-dedo. O método consiste em fixar a sonda com esparadrapo no dedo mínimo enluvado com fixação na lateral interna, com a polpa do dedo mínimo voltada para o palato duro, assim o RNPT recebe o leite no momento da sua sucção. Um estudo do tipo experimental, randomizado, não cego, prospectivo, com 53 prematuros, avaliou a técnica sonda-dedo em comparação com o copo no início da transição

alimentar do prematuro quanto à perda de leite ofertado, tempo de ingestão e complicações. Os resultados mostraram que houve menor perda de leite e menor incidência de complicações, como queda de saturação de oxigênio, cianose, esforço respiratório, engasgos, durante a alimentação do RNPT por meio do método (MOREIRA, et al. 2017).

Sobre o uso da mamadeira, a evidência disponível mostra que evitar o seu uso aumenta a ocorrência de amamentação exclusiva e qualquer amamentação na alta e aos seis meses após a alta do RNPT (COLLINS et al., 2016)

Apesar da existência de diversas técnicas, o manual técnico do Método Canguru (2017) recomenda o método da translactação ou sucção direta no seio materno na técnica duplo C (posição jogador americano). E quando a amamentação não for possível mesmo após intervenções fonoaudiológicas e investimento da equipe, caberá a esta a definição da melhor conduta para a alimentação da criança.

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., 2012a).

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).

Os recém-nascidos de risco (asfixia grave ao nascer (Apgar < 7 no 5º min); RNPT com peso ao nascer < 2.000g; 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, 2017a).

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, 2017a).

O contato pele a pele começa com o toque, evoluindo até a posição canguru, que consiste em “manter o RN, em contato pele a pele, somente de fralda, na posição vertical junto ao peito dos pais guardando o tempo mínimo necessário para respeitar a estabilização do RN e pelo tempo máximo que ambos entenderem como prazeroso e suficiente” (BRASIL, 2017a, p.24).

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 quatro meses após o parto e maior duração de amamentação (BRASIL, 2017a).

No entanto, o contato pele a pele e a amamentação no caso dos RNPTs muitas vezes tem que ser postergado até o restabelecimento 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 duas ou três horas e com uma frequência de pelo menos oito a 10 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, 2017a).

2.4 PROMOCÃO, PROTEÇÃO E APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO

As ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno visam favorecer o aumento da prevalência do aleitamento materno, especialmente a do aleitamento exclusivo. Segundo Brasil (2017b) os tipos de aleitamento materno são: 1) Aleitamento materno exclusivo – quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte; 2) Aleitamento materno – quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado) independente de receber ou não outros alimentos; 3) 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; 4) Aleitamento materno misto ou parcial – quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

A seguir serão descritas as principais estratégias de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

2.4.1 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 toda a sua família/redes de apoio, nos períodos do pré-natal, parto e nascimento (BRASIL, 2017b).

Dessa forma, uma das principais estratégias de mobilização social que ocorre mundialmente é a comemoração da Semana Mundial da Amamentação, com a participação da mídia e de diversos segmentos da sociedade, que acontece em 120 países de 1 a 7 de agosto anualmente, sendo a WABA a responsável por selecionar o tema a ser trabalhado na semana (FIOCRUZ, 2017).

No Brasil, o Ministério da Saúde é o responsável pela adaptação do tema da Semana Mundial da Amamentação para a nossa cultura, desde 1999 (FIOCRUZ, 2017). Até o momento foram comemoradas 27 Semanas Mundiais da Amamentação (Quadro 1).

Quadro 1 - Temas da Semana Mundial de Amamentação (SMAM) 1992-2018

1992	1ª SMAM	Waba: Baby-Friendly Hospital Initiative Brasil: Hospitais Amigos da Criança
1993	2ª SMAM	Waba: Mother-Friendly Workplace Initiative Brasil: Amamentação: Direito da Mulher no Trabalho
1994	3ª SMAM	Waba: Protect Breastfeeding: Making the Code Work Brasil: Amamentação Fazendo o Código Funcionar
1995	4ª SMAM	Waba: Breastfeeding - Empowering Women Brasil: Amamentação Fortalece a Mulher
1996	5ª SMAM	Waba: Breastfeeding - A Community Responsibility Brasil: Amamentação Responsabilidade de Todos
1997	6ª SMAM	Waba: Breastfeeding Nature's Way Brasil: Amamentar é um Ato Ecológico
1998	7ª SMAM	Waba: Breastfeeding The Best Investment Brasil: Amamentação: O melhor Investimento
1999	8ª SMAM	Waba: Breastfeeding Education for Life Brasil: Amamentar: Educar para a Vida
2000	9ª SMAM	Waba: Breastfeeding It's Your Right! Brasil: Amamentar é um Direito Humano
2001	10ª SMAM	Waba: Breastfeeding in the Information Age Brasil: Amamentação na Era da Informação
2002	11ª SMAM	Waba: Breastfeeding: Healthy Mothers and Healthy Babies Brasil: Amamentação: Mães Saudáveis, Bebês Saudáveis
2003	12ª SMAM	Waba: Breastfeeding in a Globalised World for Peace and Justice Brasil: Amamentação: Trazendo Paz num Mundo Globalizado
2004	13ª SMAM	Waba: Exclusive Breastfeeding: the Gold Standard Safe, Sound, Sustainable Brasil: Amamentação Exclusiva: Satisfação, Segurança e Sorrisos
2005	14ª SMAM	Waba: Breastfeeding and Family Foods Brasil: Amamentação e introdução de Novos Alimentos a partir dos 06 meses de Vida.
2006	15ª SMAM	Waba: Breastfeeding Code Watch - 25 Years of Protecting Brasil: Amamentação: Garantir este direito é responsabilidade de todos.
2007	16ª SMAM	Waba: Breastfeeding: The 1st Hour Save One Million Babies! Brasil: Amamentação na Primeira Hora, Proteção sem demora.

2008 17ª SMAM	Waba: Mother Support: Going for the Gold. Brasil: Amamentação: Participe e Apóie a Mulher!
2009 18ª SMAM	Waba: Breastfeeding: A Vital Emergency Response. Brasil: Amamentação em todos os momentos. Mais carinho, saúde e proteção.
2010 19ª SMAM	Waba: Breastfeeding: Just 10 Steps! Brasil: Amamentar é muito mais do que alimentar a criança. É um importante passo para uma vida mais saudável.
2011 20ª SMAM	Waba: Talk to me! Breastfeeding – a 3D Experience. Brasil: Amamentar faz bem para o bebê e para você.
2012 21ª SMAM	Waba: Understanding the Past-Planning the Future. Brasil: Amamentar Hoje é Pensar no Futuro.
2013 22ª SMAM	Waba: Breastfeeding Support: Close to Mothers. Brasil: Tão importante quanto amamentar seu bebê é ter alguém que escute você.
2014 23ª SMAM	Waba: Breastfeeding: A Winning Goal For Life! Brasil: Aleitamento Materno: uma vitória para toda a vida!
2015 24ª SMAM	Waba: Breastfeeding and Work - Let's Make it Work! Brasil: Amamentação e Trabalho: Para dar certo, o compromisso é de todos.
2016 25ª SMAM	Waba: Breastfeeding: A key to Sustainable Development. Brasil: Presente saudável, futuro sustentável
2017 26ª SMAM	Waba: Working together for the common good. Brasil: Todos juntos pela amamentação
2018 27ª SMAM	Waba: Breastfeeding: Foundation of life Brasil: Amamentação – alicerce da vida

Fonte: FIOCRUZ, 2017.

Devido ao impacto da prematuridade nos indicadores de morbimortalidade infantil tanto em nível mundial quanto no Brasil, destaca-se a importância de se pensar em *slogans* da Semana Mundial da Amamentação que contemple a realidade dos recém-nascidos prematuros, pois até o momento os temas predominantes das campanhas trataram sobre a questão do aleitamento materno de forma geral.

Além das campanhas da Semana Mundial da Amamentação, o MS é responsável pela criação e divulgação das campanhas para doação de leite humano. A seguir estão descritas as mensagens dos cartazes desde o ano de 2004, segundo a Fundação Oswaldo Cruz (2017).

2004 – Eu doei leite materno. Doe você também.

2005 – Doe leite materno / Toda mãe faz tudo por um bebê.

2006 – Doe leite materno. O seu leite pode ajudar a salvar a vida de um recém-nascido.

2007 – Para você é leite. Para a criança é vida. / Doe leite materno. A vida agradece.

2008 – Para você é leite. Para a criança é vida / Doe leite, a vida agradece.

2009 – Para você é leite. Para a criança é vida. / Doe leite materno. A vida agradece.

2011 – Para você é leite. Para a criança é vida. / Doe leite materno.

2012 – Doar leite materno é multiplicar vida com esperança.

2013 – Doe leite materno e ajude a mudar o futuro de muitas crianças.

- 2014 – Quando você doa leite materno, doa vida para o bebê e força para a mãe
- 2015 – Seja doadora de leite materno e faça a diferença na vida de muitas crianças
- 2016 – Eu divido meu leite
- 2017 – Um pouquinho do que você doa, é tudo para quem precisa.
- 2018 – Doe Leite Materno. Ajude quem espera por você.

Cabe destacar que o RNPT, principal receptor das doações de leite humano, toma destaque somente nos cartazes das campanhas mais recentes, nos anos de 2014, 2015 e 2018, como é demonstrado pelas ilustrações abaixo:



MS, 2014



MS, 2015



MS, 2018

Fonte: Google Imagens

Outra ação de mobilização social mais voltada para as questões da prematuridade ocorre no Dia Nacional de Doação de Leite Humano, em 19 de maio de cada ano, com o objetivo de aumentar o volume de leite humano doado no País.

A fim de aumentar a captação de doações de leite humano, a Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos, em parceria com o Ministério da Saúde, criou em 1999, o Projeto Carteiro Amigo, que incentiva o aleitamento materno em cerca de 500 municípios de todo Brasil. Outra iniciativa criada pelo Ministério da Saúde foi o projeto “Bombeiro Amigo do Peito”, no qual os Corpos de Bombeiros Militares de alguns estados brasileiros são responsáveis

por buscar leite humano doado nas residências das doadoras (SOUZA, SANTO, GIUGLIANI, 2010).

O estudo de Almeida, Luz e Ued (2015) ressalta que 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. Uma maneira de oferecer essa capacitação é através de programas educativos que visem aumentar seus conhecimentos, as práticas e atitudes dos profissionais (RODRIGUES et al., 2013; KRONBORG, KOK; 2012).

2.4.2Proteção

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 os limites 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.

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.

- 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).

A Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que instituiu o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), atualizada com a Lei nº 13.257, de 2016, 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 de 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 da 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).

¹⁰O 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.

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.

2.4.3 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.

A seguir destacam-se algumas estratégias de apoio que são recomendadas pela OMS, MS e SBP no cenário hospitalar para aumentar as taxas de aleitamento materno: encorajar a mãe a estimular a mama e retirar o leite precocemente, de preferência nas primeiras seis horas após o parto (BECKER, SIMITH e CONNEY, 2016); orientar a mãe a manter o estímulo da mama para lactação e retirada de leite de forma regular (a cada três horas) nos dias subsequentes ao parto (BECKER, SIMITH e CONNEY, 2016); encorajar a mãe a praticar, sempre que possível, contato pele a pele (Método Canguru) (MOORE et al., 2016); iniciar contato do bebê com o seio materno assim que a maturidade e o quadro clínico permitirem, independentemente do peso da criança (NYQVIST et al., 2015); aconselhamento individual ou educação em grupo, suporte imediato à amamentação após o parto e gerenciamento da lactação (ROLLIN et al., 2016); 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) (FOSTER, PSAILA, PATTERSON, 2016); não oferecer mamadeira (COLLINS et al., 2016). Preferir outros meios de administração da alimentação, como o copinho (FLINT, NEW, DAVIES, 2016).

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 (BRASIL, 2017a).

Em geral é o pai o primeiro a entrar na unidade neonatal. 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) com 12 pais (homens) de bebês nascidos em um Hospital Amigo da Criança 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.REFERENCIAL TEÓRICO CONCEITUAL

A qualidade abrange diversos setores e áreas na saúde. Por ser um tema complexo, a avaliação da qualidade tem diferentes dimensões, sendo as mais utilizadas pelos serviços de saúde as que envolvem estrutura, processo e resultado do teórico Avedis Donabedian (ROSA, GÁIVA, 2009).

Avedis Donabedian nasceu em 7 de janeiro de 1919, em Beirute, Líbano. Bacharel em Medicina pela Universidade Americana de Beirute, cursou pós-graduação em pediatria e saúde infantil na Universidade de Londres e, Mestre em Saúde Pública, trabalhou na área de avaliação da qualidade e monitoramento dos serviços de saúde. Avedis Donabedian morreu em 9 de novembro de 2000, em Ann Arbor, Michigan, e sua última publicação foi lançada três anos após a sua morte: “An Introduction to Quality Assurance in Health Care” (2003).

Avedis Donabedian foi pioneiro nos estudos sobre qualidade em saúde, afirmou que não se pode assegurar ou garantir qualidade, apenas aumentar a probabilidade de que o cuidado seja "bom" ou "melhor" e que nenhum dado nível de qualidade pode ser totalmente satisfatório. Também criou o modelo donabediano baseado na tríade estrutura, processo e resultado (DONABEDIAN, 2003).

Segundo Donabedian (2003), a estrutura designa as condições em que o cuidado é fornecido. A estrutura inclui recursos materiais, tais como instalações e equipamentos; recursos humanos, como o número, a variedade e as qualificações de pessoal profissional e de suporte; e as características organizacionais, como a organização do pessoal médico e de enfermagem, presença de ensino e pesquisa funções, tipos de supervisão e revisão do desempenho, e assim por diante. Ela pode ser favorável ou não ao bom atendimento (DONABEDIAN, 1988).

Em relação ao processo, objeto avaliado nesta pesquisa, o teórico Donabedian (2003) traz que são as atividades que constituem os cuidados de saúde, incluindo diagnóstico, tratamento, reabilitação, prevenção e educação do cliente, geralmente realizado pelos profissionais de saúde, mas também incluindo outras contribuições para o cuidado, pelos próprios clientes e suas famílias. Desse modo, os dados coletados sobre as estratégias que os profissionais utilizam no cuidado com as mães e as que elas utilizam foram discutidos à luz do teórico, da estratégia IHAC-neo e das melhores evidências sobre a temática.

O último elemento da tríade donabediana, o resultado, são as mudanças (desejáveis ou indesejáveis) em indivíduos e populações que podem ser atribuídas aos cuidados de saúde. Os resultados incluem: mudanças no estado de saúde, mudanças nos conhecimentos adquiridos

pelos clientes e familiares que podem influenciar os cuidados futuros, mudanças no comportamento de clientes ou membros da família que possam influenciar a saúde futura e a satisfação dos clientes e dos membros da família com o cuidado recebido e seus resultados (DONABEDIAN, 2003).

Segundo Donabedian (1988) uma boa estrutura aumenta a probabilidade de um bom processo, e um bom processo aumenta a probabilidade de um bom resultado.

A avaliação da qualidade dos serviços de saúde pode ser realizada por meio da tríade estrutura-processo-resultado e dos sete pilares da qualidade (DONABEDIAN, 1990a 1990b). A qualidade nos cuidados de saúde possui sete componentes: a eficácia, efetividade, eficiência, optimalidade, aceitabilidade, legitimidade e equidade (DONABEDIAN, 2003).

A eficácia é a capacidade da ciência e da tecnologia dos cuidados de saúde para melhorar em saúde quando usados nas circunstâncias mais favoráveis. É o resultado do cuidado obtido na melhor situação possível. O aleitamento materno traz benefícios indiscutíveis para a saúde, pois melhora a sobrevivência, a saúde e o desenvolvimento de todas as crianças, inclusive do RNPT (VICTORA et al., 2015, 2016).

A efetividade é o grau em que as melhorias alcançáveis na saúde são, de fato, alcançadas. É o resultado do cuidado obtido na situação real. No entanto, as taxas de aleitamento materno em RNPT ainda estão abaixo do desejado, necessitando da implementação de diversos tipos estratégias, pois as evidências científicas apontam que os melhores resultados em amamentação são obtidos quando as intervenções são implementadas concomitantemente por diversos canais (VICTORA et al., 2016).

A eficiência inclui o conceito de custo. Se duas medidas são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo; é a capacidade de reduzir o custo dos cuidados sem diminuir as melhorias alcançáveis em saúde. Além de o aleitamento materno ser mais eficaz, também é a estratégia mais eficiente devido aos baixos custos para a sua implementação nas UTINs, pois envolve a promoção de capacitações profissionais para aumentar os conhecimentos, habilidades e práticas da equipe multiprofissional e, dessa forma, favorecer o apoio à amamentação (JESUS, OLIVEIRA, FONSECA, 2016).

A optimalidade é o cuidado relativo quanto ao custo do ponto de vista do paciente; o equilíbrio das melhorias na saúde contra os custos de tais melhorias. Destaca-se que, se as mães tiverem o conhecimento dos custos da fórmula infantil, antes de decidirem se vão amamentar ou não, fato esse que normalmente ocorre durante o pré-natal, elas passam a ter um incentivo a

mais na sua decisão para amamentar e, como consequência, as taxas de iniciação da amamentação aumentam (FORNSARO-DONAHUE, et al., 2014).

A aceitabilidade diz respeito a quanto o cuidado se adapta aos desejos, expectativas e valores dos clientes; conformidade com os desejos e expectativas dos pacientes e suas famílias. As mães de RNPTs desejam amamentar, o que favorece o processo da amamentação, no entanto elas precisam de incentivo e apoio de diferentes segmentos da sociedade para obter êxito (CRUZ, SEBASTIÃO, 2015, VICTORA et al., 2016).

A legitimidade é a aceitabilidade do ponto de vista da sociedade ou comunidade, ou seja, a conformidade com as preferências sociais expressas em princípios éticos, valores, normas, costumes, leis e regulamentos. O aleitamento materno é considerado um direito fundamental do ser humano, pois, segundo a Constituição Brasileira (1988) vigente, todos os seres humanos têm direito à saúde. Porém, ainda existe a necessidade de se discutir as leis de licença-maternidade e paternidade como leis de proteção à amamentação, para atender às recomendações dos órgãos nacionais e internacionais. No Brasil, atualmente, a lei da licença-maternidade só favorece a amamentação até os 4 meses de idade cronológica do RN das mulheres que possuem carteira assinada (BRASIL, 2015). Portanto, a prática da amamentação exclusiva, tanto nos RNs a termo quanto nos RNPTs, precisa ser mais protegida no país como um todo.

A equidade conceitua o que é justo ou razoável na distribuição dos cuidados e de seus benefícios. Princípio que determina o que é justo na distribuição de cuidados de saúde e seus benefícios entre os membros da população. O leite materno é considerado o melhor alimento para o RNPT. Desse modo, os esforços da equipe de saúde da UTIN devem estar voltados para o fornecimento desse alimento, devendo incluir o apoio à mulher e sua família na sua assistência (BRASIL, 2017a).

Para elaboração deste capítulo foram realizados três levantamentos bibliográficos para encontrar as principais produções científicas sobre aleitamento materno que utilizaram o referencial teórico Avedis Donabedian.

A primeira busca foi realizada no Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas suas principais bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Banco de Dados em Enfermagem (BDENF), Bibliográfico Español en Ciencias (IBECS), Base da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP). Também buscou-se nos conteúdos da BVS temática Aleitamento Materno do Instituto Fernandes Figueira (IFF) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e da *Scientific Electronic*

Library Online (SciELO). No Portal de Periódicos da Capes foram empregadas as bases de dados multidisciplinares: *Web of Science* (Thompson Reuters), Scopus (Elsevier) e Cinahl (EBSCO). Inclui-se o portal de PubMed da NLM, que contém a base de dados MEDLINE.

Nas estratégias de busca as aspas (“ ”) foram utilizadas para restringir e estabelecer a ordem dos termos compostos. Os operadores booleanos utilizados foram o AND para interseção e o OR para agrupamento/soma dos sinônimos. As estratégias de busca realizadas estão apresentadas no Apêndice B.

Os critérios de inclusão da busca foram: artigos, teses e dissertações em português, inglês e espanhol que utilizassem o referencial teórico Donabedian e que estivessem disponíveis na íntegra para análise; e os critérios de exclusão foram: artigos, teses e dissertações em duplicidade nas bases de dados, editoriais de revista, artigos de opinião e boletins.

Foram encontrados 62 estudos e, após a exclusão de artigos duplicados, restaram 28 estudos. Oito foram excluídos por não se tratarem de estudos que utilizaram o teórico Donabedian, oito não estavam disponíveis na íntegra e um era editorial de revista. Assim, 11 estudos foram selecionados para análise, descritos a seguir.

Wilson e Blegen (2010) propuseram um modelo para a mensuração e avaliação de uma equipe de trabalho de parto e nascimento com base nos resultados dos pacientes, nos Estados Unidos da América. Os itens avaliados da estrutura organizacional foram tipos de hospitais, *status* de ensino e número de leitos. Sobre o processo de atendimento ao paciente, foram avaliadas a equipe de enfermagem e suas habilidades (percentual de horas de assistência de enfermagem ao RN do total de horas de assistência de enfermagem, percentual de horas de assistência do enfermeiro do total de horas de assistência de enfermagem). E os desfechos de saúde para mulheres primíparas de baixo risco seriam medidos por meio das variáveis: número de cesarianas, partos assistidos com uso de instrumentais, admissões em unidades de terapia intensiva neonatais e lesões em recém-nascidos. Os autores referiram que um estudo piloto já estava acontecendo para testar o modelo proposto.

Melleiro e Tronchin (2010), no Brasil, descreveram a percepção de acompanhantes-usuários e de enfermeiros de Unidades Pediátricas e de Terapia Intensiva Pediátrica Neonatal sobre a qualidade assistencial. Os principais achados da investigação foram que os usuários-acompanhantes consideraram adequado o quantitativo de pessoal de enfermagem presente nas unidades pediátricas. Por outro lado, não houve consenso entre concordantes e discordantes nessa assertiva por parte dos enfermeiros; verificou-se que não foi percebida, pela maioria dos participantes a escassez de recursos materiais; quanto ao mobiliário, observou-se que os

acompanhantes-usuários também não demonstraram descontentamento. Todavia, os enfermeiros apontaram para a necessidade de um maior investimento nesse item. Em relação à dimensão de processo, o relacionamento dos usuários com a equipe mostrou ter maior relevância tanto para os usuários-acompanhantes quanto para os enfermeiros. Quanto à dimensão de resultado, foram observadas questões relativas à importância das orientações para alta e satisfação com a assistência. De acordo com os achados, os autores concluíram que o estudo permitiu a identificação de problemas que requereram maior atenção dos gerentes desse serviço de saúde.

O estudo de Silva et al. (2013), também realizado no Brasil, teve como objetivo aplicar um novo instrumento, o Índice Infraestrutura, Processo e Resultado Pré-Natal (IPR/Pré-Natal), para avaliar o pré-natal com base nas diretrizes do Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde. Esse instrumento continha elementos quantiquantitativos distribuídos segundo a tríade avaliativa de infraestrutura, processo e resultados. Os resultados do estudo mostraram que, quando o pré-natal era considerado “adequado” pelo índice IPR/Pré-Natal, isso era um bom preditor de presença de aleitamento materno exclusivo. Além disso, o estudo mostrou a importância da incorporação de elementos quantiquantitativos de estrutura, processo e resultados para a classificação do cuidado pré-natal.

O estudo de Muinga et al. (2014), no Quênia, abordou os aspectos estruturais da qualidade do atendimento nos serviços prestados a crianças e recém-nascidos em oito hospitais rurais. De acordo com os dados fornecidos pelos profissionais de saúde que participaram do estudo, havia falta de recursos básicos, como oxigênio, nutrição e medicamentos de segunda linha.

Menke et al. (2014), na Austrália, analisaram as percepções das parteiras sobre a estrutura organizacional e processos de cuidado a mulheres em situação de vulnerabilidade social e desfavorável. Os principais resultados mostraram que as parteiras acreditavam que elas forneciam um excelente serviço, porém se sentiram frustradas e angustiadas pela falta de apoio organizacional para trabalhar com as mulheres.

Silva et al. (2014), no Brasil, desenvolveram um índice para avaliar a assistência hospitalar materna e neonatal do Sistema Único de Saúde. Foram utilizados dados secundários do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Os resultados mostraram que a rede hospitalar foi predominantemente de pequeno porte, baixa complexidade, com desempenho inadequado das práticas assistenciais ao parto e com baixo desenvolvimento das práticas recomendáveis e

epidemiológicas. O índice mostrou que mais de 80,0% dos hospitais apresentavam baixa completude e que os serviços mais qualificados se concentraram nas regiões mais desenvolvidas do País. O estudo apontou que a qualidade da assistência hospitalar prestada às mães e recém-nascidos foi insatisfatória.

O estudo de Sardasht et al. (2015) comparou a qualidade do atendimento pré-concepcional prestado às mulheres em idade reprodutiva fornecido por cinco centros de saúde em Mashhad, Irã, em 2012 e 2013. Os resultados mostraram que em relação à estrutura os centros de saúde eram semelhantes, mas, nos componentes de processo e resultado, a qualidade do atendimento pré-concepcional foi significativamente diferente. No entanto, não foram encontradas diferenças significativas entre a satisfação e a conscientização das mulheres. Assim, o desempenho dos profissionais de saúde na prestação de cuidados pré-concepcionais e no acompanhamento ambulatorial foi considerado insatisfatório.

O estudo de Bingham, Ruhl (2015), nos Estados Unidos da América, abordou a complexidade de determinar e avaliar a equipe perinatal de enfermagem. No componente estrutura foram avaliados: a propriedade do hospital, *status* de ensino, número de leitos. No componente do processo foram analisados: as horas produtivas de cuidado e combinação de habilidades, e os resultados foram o número de cesarianas, partos assistidos com uso de instrumentais, admissões em unidades de terapia intensiva neonatais e lesões em recém-nascidos (BINGHAM, RUHL, 2015).

O estudo de revisão de literatura de Krzyzaniak e Bajorek (2016) teve como objetivos identificar as medidas usadas para avaliar a qualidade do uso de medicamentos na UTIN e mapear em relação à estrutura tradicional de Donabedian de estrutura, processo e resultado. As medidas mais comuns foram relacionadas à disponibilidade de tecnologia de segurança de medicamentos na UTIN, políticas escritas sobre o uso de medicamentos de alto risco, erros de medicação e sistemas de notificação de eventos adversos a medicamentos e a provisão de educação para profissionais de saúde envolvidos no processo do uso de medicamentos.

Dos nove estudos analisados acima, os três que foram realizados no Brasil mostram que a qualidade da assistência materno-infantil ainda é insatisfatória.

No que tange à qualidade da assistência em aleitamento materno, dos 11 estudos, apenas dois aplicaram os conceitos do teórico Donabedian na referida temática, o estudo de Oliveira, Camacho e Souza (2005) realizado no Brasil e o de Yu et.al. (2016) realizado na China, descritos a seguir.

No âmbito nacional, o estudo encontrado avaliou a política de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno desenvolvida em unidades básicas de saúde do Estado do Rio de Janeiro, utilizando a metodologia de avaliação da IHAC e a trilogia Donabediana. O estudo mostrou que a capacitação de profissionais de saúde, o envolvimento do profissional como integrante de uma equipe e a implantação de normas e rotinas adequadas são fatores que podem gerar um bom desempenho na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Pela análise dos significados das mães entrevistadas, verificou-se que o processo da amamentação para 67% das mães ocorreu sem o apoio das unidades de saúde pesquisadas. A prevalência de aleitamento materno exclusivo encontrada na clientela de bebês menores de 6 meses acompanhados pelas unidades básicas de saúde avaliadas foi baixa. Portanto, os autores concluem que há necessidade de melhorar as ações do programa para a reversão dos baixos índices de aleitamento materno exclusivo (OLIVEIRA, CAMACHO, SOUZA, 2005). Cabe destacar que o estudo não mencionou a idade gestacional dos recém-nascidos das mães entrevistadas, impossibilitando a mensuração da real situação dos índices de aleitamento materno dessa população.

E, no âmbito internacional, o estudo realizado no norte da província de Shandong, na República Popular da China, teve como objetivo desenvolver um sistema de indicadores de avaliação do aleitamento materno em unidades de terapia intensiva neonatal e fornecer base teórica para a avaliação geral da qualidade da amamentação para prematuros hospitalizados. Este estudo foi realizado com base na teoria da qualidade de atendimento médico de Avedis Donabedian e, para a construção do protocolo de avaliação, utilizaram-se a observação clínica no local, consultoria de especialistas, o método Delphi e uma revisão de literatura, selecionando 20 itens para a avaliação dos especialistas: 1) o conhecimento e habilidades dos profissionais da equipe para amamentação; 2) a percepção e as atitudes da equipe em relação ao aleitamento do prematuro; 3) os regulamentos de gestão para aleitamento do prematuro; 4) instalações do local; 5) reflexo de busca; 6) pega areolar; 7) manutenção da pega (minutos); 8) força de sucção; 9) tempo de sucção; 10) a maior rajada de sucção (número de sucções); 11) sinais de deglutição; 12) estado do prematuro na primeira mamada; 13) estado do prematuro após a amamentação; 14) entrada de volume de leite; 15) satisfação da mãe sobre o comportamento alimentar do bebê; 16) tipo de mamilo; 17) desempenho da lactação; 18) confiança da mãe para amamentar; 19) conhecimento da mãe sobre o aleitamento materno; 20) habilidades da mãe para amamentação. O estudo mostrou que todos os indicadores apontados servem para avaliar a qualidade da amamentação e para investigar as barreiras para aumentar a taxa de amamentação

em RNPTs e recomenda que mais estudos sejam realizados para aumentar a aplicabilidade deste sistema (YU, et al. 2016).

Na segunda busca, na base de dados Scopus realizou-se uma busca no formulário *Author Search*, que recupera por autor, mesmo que o autor esteja listado de forma diferente. Como demonstra a Figura 1, que indica o total 86 de documentos do autor Donabedian, Avedis, sua área temática, afiliação, cidade e país.

Figura 1 - Pesquisa *Author Search* na base de dados Scopus

☐ All Show documents View citation overview Request to merge authors					
Author	Documents	Subject area	Affiliation	City	Country/Territory
☐ 1 Donabedian, Avedis DONABEDIAN, A. Donabedian, A.	86	Medicine ; Nursing ; Social Sciences; ...	University Michigan Ann Arbor	Ann Arbor	United States

Fonte: Scopus (Elsevier), 2017.

O banco de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) também foi utilizado para buscar trabalhos cujo referencial utilizou o teórico Avedis Donabedian, tendo sido encontradas 134 referências.

Os critérios de inclusão foram: artigos, dissertações e teses em português, inglês e espanhol que abordassem a área materno-infantil, que utilizassem o referencial teórico Donabedian e que estivessem disponíveis na íntegra para análise; e os critérios de exclusão foram: artigos, dissertações e teses em duplicidade nas bases de dados, editoriais de revista, artigos de opinião e boletins.

Das 220 referências identificadas, 191 foram excluídas pelos títulos e resumos por não utilizarem o referencial teórico Donabedian e/ou serem da temática materno-infantil, sendo 1 um artigo duplicado, desse modo, 28 produções foram selecionadas para síntese. A totalidade de referências identificadas nas bases de dados foi adicionada no gerenciador de referências Endnote Web.

Em relação ao levantamento dos 28 estudos, 18 produções eram ligadas à área da saúde da mulher (nove sobre pré-natal, três referentes ao momento do parto, duas da área ginecológica, uma sobre puerpério, uma sobre a Rede Cegonha e duas sobre atenção à saúde da mulher). E 10 produções eram referentes à saúde da criança, sendo seis sobre a área neonatal (duas sobre RN de risco e quatro sobre RN a termo), três produções sobre nutrição infantil, uma sobre puericultura. Vale a pena ressaltar que dois dos 18 estudos foram publicados pelo próprio teórico Donabedian nos anos de 1961 e 1965, um abordou a área de saúde da mulher e outro, a área de saúde da criança.

Donabedian (1961) estudou sobre os fatores que influenciam a assistência pré-natal na cidade de Boston. Os principais achados desse artigo mostraram que as gestantes primíparas eram as que recebiam mais orientações no pré-natal e as parturientes de maior nível de escolaridade eram as que recebiam mais supervisão médica no momento do parto.

E Donabedian (1965) analisou a situação da mortalidade infantil na cidade de Boston por meio dos censos demográficos e concluiu que houve uma diferença de cinco vezes mais mortalidade perinatal entre os setores censitários com menor nível socioeconômico.

Em relação à produção de dissertações e teses brasileiras, nenhuma teve o aleitamento materno do recém-nascido prematuro como temática central, mas abordaram sobre a avaliação da qualidade prestada ao recém-nascido de risco. A seguir, alguns destaques das publicações.

Aragão (1999) avaliou a qualidade da assistência neonatal em quatro maternidades públicas de São Luís, por meio de indicadores selecionados de estrutura, processo e resultado. A estrutura de atendimento mostrou-se deficiente em vários aspectos, principalmente por falta de adequação da estrutura física de alguns berçários, dificultando a lavagem das mãos e desinfecção de materiais. Quanto ao processo, foi observado um baixo percentual de atendimento ao recém-nascido por pediatra na sala de parto (38,3%), o mesmo ocorrendo em relação à execução do boletim de Apgar (42,7%). No que se refere ao coeficiente de mortalidade neonatal, indicador de resultados, duas maternidades apresentaram um elevado coeficiente. Duas maternidades alcançaram uma contagem de pontos ao redor de 80% do padrão, para a maioria dos indicadores, ficando com uma boa classificação, enquanto que as outras duas não obtiveram o mesmo desempenho.

Furtado (2007) realizou uma avaliação do Projeto Floresce uma Vida em um município no interior do Estado de São Paulo, em seus componentes de estrutura e processo, que propõem a articulação da atenção hospitalar com a atenção básica. A análise da estrutura evidenciou problemas na marcação das consultas, devido à falta de manutenção dos recursos telefônicos e/ou computador. Em relação ao processo, as orientações sobre a triagem neonatal e vacinação foram realizadas em todas as interações entre auxiliares de enfermagem e a família do recém-nascido, contudo as orientações sobre o aleitamento materno foram menos frequentes.

Rosa (2008) avaliou a estrutura das instituições hospitalares que assistem ao neonato no Município de Cuiabá/MT. Nas UTINs, identificou-se ausência de diversos materiais e equipamentos, como o jogo de nebulização presente em seis unidades (85,7%) e urodensímetro óptico em apenas uma (14,3%). Nas UCINs verificou-se que 100% dispunham de método mãe canguru. Em relação aos óbitos neonatais, a maioria dos recém-nascidos (97,8%) havia morrido

em instituições hospitalares, e a maior parte dos óbitos ocorreu em recém-nascidos de baixo-peso. Muitas das unidades pesquisadas não atendiam às normatizações básicas do MS, tais como a presença de equipamentos essenciais, a exemplo da mesa de reanimação com fonte de calor radiante em algumas salas de recepção do recém-nascido, relação técnico de enfermagem/recém-nascidos nas UTINs, práticas de humanização, entre outras.

Luque (2008) avaliou a assistência prestada ao recém-nascido de risco inscrito no Programa Crescer Feliz, desenvolvido no Município de Botucatu/SP, sendo o aleitamento materno uma das variáveis para avaliar o processo. O estudo mostrou ainda ser necessário desenvolver atividades de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno em todas as unidades básicas pesquisadas, seguindo recomendações do Ministério da Saúde.

Costa (2010) estudou a qualidade da assistência prestada em uma Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal no Sul do Brasil e os fatores associados à mortalidade neonatal.

Oliveira (2011), em sua dissertação, avaliou a qualidade do diagnóstico da desnutrição infantil realizado nas unidades de Saúde da Família (USF), no Município de Maceió, mostrando que o diagnóstico era ineficaz pela não utilização da estatura como parâmetro, ineficiente porque o método antropométrico apresenta melhor custo/benefício, embora não estivesse sendo utilizado adequadamente, e sem efetividade devido à falta de frequência mensal das mães com suas respectivas crianças, para acompanhamento nas Unidades de Saúde.

A dissertação de Ilva (2014) avaliou os aspectos da gestão da qualidade higiênico-sanitária de dietas enterais e fórmulas infantis em ambiente hospitalar, com enfoque na estrutura, no processo e no resultado. Os dados obtidos indicam que 6,2% das amostras de Nutrição Enteral apresentavam-se em desacordo com a legislação, 4,6% das amostras de Fórmulas Infantis também estavam em desacordo com a legislação, podendo tornar seu uso inseguro para os pacientes em estado grave, como, por exemplo, os RNPTs internados em UTIN.

Menezes (2015) avaliou a efetividade dos Postos de Recebimento de Leite Humano Ordenhado (PRLHO), estimou a prevalência de doadoras e analisou os fatores associados à doação de leite materno. Concluiu que, por tratar-se de iniciativa recente, a estratégia dos PRLHO está em processo de ajuste, sendo necessário um maior investimento no envolvimento e na capacitação continuada de profissionais para essa atividade. Dessa forma, o aprimoramento e a expansão dessa ação em saúde podem repercutir na melhoria da qualidade da assistência prestada às nutrízes usuárias das unidades básicas, no aumento do volume de leite humano

ordenhado doado a ser disponibilizado aos bebês internados em unidades neonatais e na redução da morbimortalidade neonatal.

Brito (2016) avaliou a consulta de enfermagem em puericultura para crianças de 0 a 2 anos de idade no 3º Distrito Municipal de Saúde da Estratégia Saúde da Família do Município de Parnaíba/Piauí. Os resultados principais da avaliação dos itens da estrutura física e material foram considerados razoáveis, contudo, os recursos humanos, no que se refere à qualificação profissional dos enfermeiros, foram considerados insatisfatórios. Na análise do processo, verificou-se que, quanto ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil e demais ações e orientações importantes na saúde da criança, foram consideradas razoáveis. No tocante a anamnese e exame físico, observou-se uma fragilidade nos registros, sendo considerado insatisfatório.

Na terceira busca foi utilizado o buscador acadêmico “Google Acadêmico” com as palavra-chaves “Donabedian”, “aleitamento materno”, “unidade de terapia intensiva neonatal”, porém não encontrando produções que avaliassem o aleitamento materno na unidade de terapia intensiva neonatal, apenas artigos sobre a qualidade da atenção ao recém-nascido hospitalizado, avaliação da implantação do Método Canguru, sobre a segurança do paciente em relação a eventos adversos, dentre outros. Assim, visando ampliar a busca, retirou-se a palavra-chave “unidade de terapia intensiva neonatal” e foram encontrados estudos que utilizaram o referencial de Donabedian para avaliar a qualidade de assistência prestada ao aleitamento materno no âmbito da atenção básica. Dois desses estudos estão descritos a seguir.

Oliveira e Camacho (2002) verificaram o impacto de um conjunto de procedimentos e estratégias efetivas de promoção, proteção e apoio à amamentação, realizadas no pré-natal e na pediatria de unidades básicas de saúde, sobre a amamentação exclusiva em bebês menores de 6 meses. O estudo avaliou 24 unidades básicas de saúde do Estado do Rio de Janeiro. Os autores não estratificaram a amostra de mães em relação à prematuridade, mas concluíram que as unidades só atingiram o nível de desempenho regular ou fraco em relação aos aspectos avaliados (realização de grupos de apoio à amamentação e visitas domiciliares, a informação sobre a importância do início precoce da amamentação, da livre demanda e sobre os riscos do uso de mamadeiras e chupetas, a orientação quanto à pega, posição, ordenha e contracepção, e o apoio emocional). Desse modo, os autores consideraram que a contribuição da rede básica de saúde para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno foi incipiente na sua forma de organização na época em que o estudo foi realizado.

No ano de 2006, Oliveira et al. realizaram uma investigação em 24 unidades básicas de saúde do Estado do Rio de Janeiro, para descobrir o porquê de as gestantes e mães terem se sentido apoiadas (ou não) pela unidade básica de saúde para amamentar. Os autores mostraram que foi possível compreender que a mulher que amamenta ou pretende amamentar busca ser sujeito neste processo e concluíram que as unidades básicas de saúde, na maior parte das vezes, desenvolvem nenhum apoio ou apoio dúbio.

Desse modo, os resultados dos estudos das produções citadas mostram ser necessária a ampliação das discussões sobre as estratégias para se alcançar melhorias na qualidade da assistência neonatal, sendo o aleitamento materno uma dessas estratégias.

Além disso, cabe ressaltar a necessidade de se investigar a situação da qualidade da assistência prestada ao RNPT internado na UTIN, temática pouco explorada no levantamento de teses e dissertações brasileiras.

4.MÉTODO

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, descritiva, transversal, do tipo *Survey* supervisionado, pois foi a entrevistadora que realizou as perguntas, garantindo que cada participante respondesse todas as perguntas (BACHEGA; FILHO, 2007).

O *survey* descritivo permite descobrir a distribuição de certos traços e atributos sobre alguma população (BABBIE, 2005). Dessa forma, o presente estudo visa descrever e documentar a frequência dos aspectos referentes ao processo de aleitamento materno de prematuros, na perspectiva dos profissionais de saúde e das mães.

4.1LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado nas unidades de terapia intensiva neonatal de dois hospitais públicos universitários do Município do Rio de Janeiro: o Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) (instituição 1) e o Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG) (instituição 2). Tais instituições foram selecionadas por se tratarem de instituições de excelência nas áreas da assistência, ensino, pesquisa e extensão.

A missão do HUPE é “prestar assistência integrada, humanizada e de excelência à saúde, sendo agente transformador da sociedade através do ensino, pesquisa e extensão”. Cabe ressaltar que no ano de 1998 foi o primeiro hospital geral e universitário do estado a obter o título de “Hospital Amigo da Criança”, conferido pela UNICEF e pela OMS pelo incentivo ao aleitamento materno. A instituição faz parte da Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais desde 2008 e conta com uma UTIN com 15 leitos e com 130 profissionais de saúde. Além disso, o hospital oferece as seguintes condições físicas e materiais para permanência da mãe/responsável na UTIN: cadeiras acolchoadas sem apoio para braço por leito, três poltronas de amamentação e seis leitos no alojamento materno. A instituição oferece diariamente as três principais refeições para as mães que estiverem no alojamento materno, apenas nos horários estabelecidos pela equipe do refeitório do hospital, sendo esse o local destinado à realização de todas as refeições.

O HUGG tem como missão “promover assistência à saúde com excelência, formar e qualificar recursos humanos para a valorização da vida e produzir conhecimento de forma a contribuir para a melhoria da qualidade de vida do cidadão”. No total, a UTIN da referida instituição possui cinco leitos e 55 profissionais de saúde. Destaca-se que, por questões próprias da instituição, que estava com sua maternidade fechada, no momento a UTIN só estava

recebendo internações de RNPTs por meio de transferências de outras instituições, impossibilitando a coleta de dados com as mães de RNPTs, devido ao fato de essa situação ser um dos critérios de exclusão do estudo. Em relação às condições para permanência da mãe/responsável na UTIN, a instituição oferece uma cadeira acolchoada sem apoio para braço por leito da UTIN e não dá direito a refeições.

4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do pessoal de saúde foi constituída por 130 profissionais de saúde do HUPE e 55 profissionais de saúde do HUGG escalados para atuar na unidade de terapia intensiva neonatal das instituições. Dos 130 profissionais de saúde do HUPE, foram entrevistados 98, e, dos 55 profissionais de saúde do HUGG, foram entrevistados 50. Destes, verificou-se que um pertencia ao quadro de funcionários das duas unidades pesquisadas, sendo excluído de uma delas. Os Quadros 2 e 3 mostram a população entrevistada de cada categoria profissional de cada instituição pesquisada. Portanto, foram entrevistados 148 profissionais de saúde (98 HUPE e 50 HUGG).

Da população de mães e de RNPTs atendidos pelos profissionais de saúde da unidade de terapia intensiva do HUPE, foi entrevistada uma amostra de conveniência de 20 mães e consultados 20 prontuários de RNPTs que tiveram alta hospitalar durante o período de 6 de agosto de 2017 a 6 de agosto de 2018 (Figura 2). Destaca-se que, logo após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, por questões próprias da instituição HUGG, sua maternidade fechou, assim, a UTIN da referida instituição só estava recebendo internações de RNPTs por meio de transferências de outras instituições, impossibilitando a coleta de dados com as mães de RNPTs.

4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão foram: profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais, fonoaudiólogos e psicólogos) que realizavam o atendimento e tinham ligação direta com as mães dos recém-nascidos prematuros; e os de exclusão foram: profissionais de saúde que estavam de férias, licença médica, licença prêmio ou licença sem vencimentos no momento da coleta de dados, e os residentes multiprofissionais e docentes que acompanhavam aluno de graduação em campo de prática nas instituições.

Em relação às mães de RNPTs foram entrevistadas todas as que estavam acompanhando seus RNPTs durante a internação, sendo excluídas as que não tiveram seu parto nas dependências das instituições hospitalares pesquisadas e aquelas sem capacidade cognitiva para responder ao formulário, as que não manifestaram desejo de amamentar, portadoras de vírus da imunodeficiência humana (HIV) e/ou vírus T-linfotrópico humano 1 (HTLV-1), em uso de medicamentos que impedissem a amamentação e as mães que tiveram RNPTs portadores de galactosemia clássica / leucínose / fenilcetonúria.

E, quanto aos recém-nascidos prematuros, foram incluídos no estudo aqueles que tiveram permanência mínima de 48 horas em unidade de terapia intensiva neonatal; e foram excluídos os RNPTs que não nasceram nas dependências das instituições pesquisadas e/ou que foram transferidos para outras UTINs, os portadores de condições clínicas ou anomalias congênitas que impedissem ou contraindicassem a amamentação (fístula gastroesofágica, fenilcetonúria, galactosemia, encefalopatia crônica não progressiva, malformações orofaciais) e os que foram a óbito durante a internação.

Quadro 2 - Processo de fluxo para constituição da amostra do estudo do HUPE. Rio de Janeiro/ RJ, Brasil 2018

Profissionais de Saúde HUPE (N=130)	Excluídos	Incluídos (n=98)
Técnicos de enfermagem (N=46)	Recusa (n=1) Piloto (n=3) Fora da assistência (n=3) Licença (n=8)	n = 31
Enfermeiros (N=35)	Recusa (n=1) Piloto (n=2) Fora da assistência (n=2) Licença (n=1)	n = 29
Médicos (N=29)	Recusa (n=2) Professor (n=1) Licença (n=3)	n = 23
Nutricionistas (N=3)	Licença (n=1)	n = 2
Fisioterapeutas (N=7)	Piloto (n=1) Férias (n=1)	n = 5
Assistentes Sociais (N=3)		n = 3
Psicólogos (N=4)	Licença (n=1)	n = 3
Fonoaudiólogos (N=3)	Piloto (n=1)	n = 2

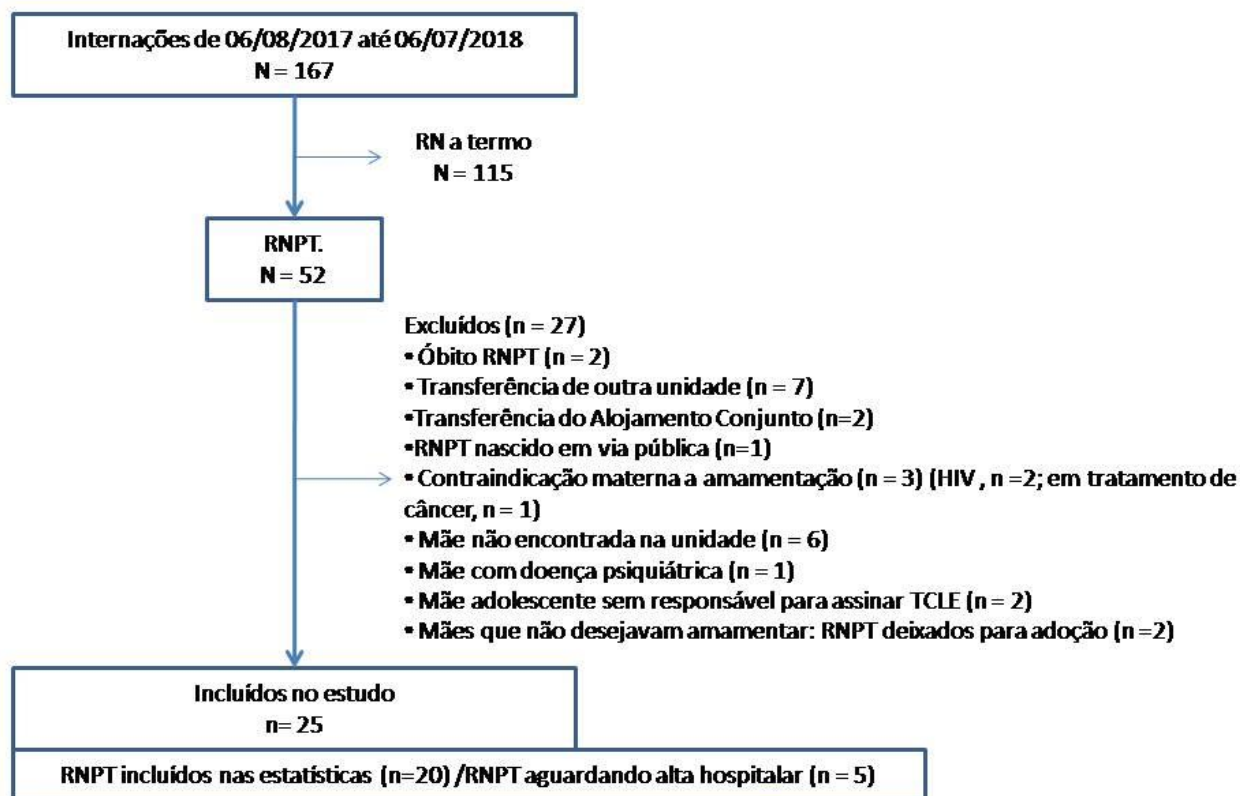
Fonte: Coleta de dados, 2018

Quadro 3 - Processo de fluxo para constituição da amostra do estudo do HUGG. Rio de Janeiro/ RJ, Brasil 2018

Profissionais de Saúde HUGG (N=55)	Excluídos	Incluídos (n=50)
Técnicos de enfermagem (N=25)	Férias (n=1)	n = 24
Enfermeiros (N=7)		n = 7
Médicos (N=10)	Licença (n=1) Férias (n=2)	n = 7
Nutricionistas (N=1)		n = 1
Fisioterapeutas (N=4)	Entrevistada no HUPE (n=1)	n = 3
Assistentes Sociais (N=2)		n = 2
Psicólogas (N=2)		n = 2
Fonoaudiólogas (N=4)		n = 4

Fonte: Coleta de dados, 2018

Figura 2 - Processo de fluxo para constituição da amostra de mães de RNPTs do estudo. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018



4.4 ASPECTOS ÉTICOS

A presente pesquisa foi encaminhada pela Plataforma Brasil ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis/Universidade Federal do Rio de Janeiro e, posteriormente, ao Comitê de Ética das Instituições coparticipantes, obtendo aprovação com o número de Parecer 1.997.636 e CAAE: 63230216.4.0000.5238.

A fim de obter o consentimento para participação na pesquisa, foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D), obedecendo às normas estabelecidas pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, referente a pesquisas envolvendo seres humanos.

Esse TCLE foi lido e explicado aos entrevistados em uma sala reservada. Havendo o aceite por parte do entrevistado em participar da pesquisa, o mesmo assinou os termos, em duas vias, ficando uma com o participante da pesquisa e a outra com a pesquisadora responsável, que conduziu o processo de obtenção dos termos e a coleta dos dados.

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

Os possíveis riscos do estudo foram referentes algum desconforto que o participante pudesse ter sentido no momento em que foi responder a entrevista. Para reduzir os riscos, fizemos o possível para auxiliar o profissional e/ou a mãe, caso relatasse algum desconforto, esclarecendo-os ou tranquilizando-os.

No final da pesquisa, a mesma será apresentada por meio de um curso de atualização profissional oferecido pela pesquisadora responsável em todas as instituições participantes, com data, local e hora a combinar posteriormente com as instituições.

4.5A COLETA DE DADOS

Inicialmente foi realizada uma aproximação com as chefias de cada unidade de saúde para solicitar a escala mensal das unidades para a captação dos profissionais de saúde. Como estratégia de captação, foram combinados diferentes horários, inclusive início/final de plantão, a fim de convidá-los a participar da pesquisa, explicar, aplicar o TCLE e preencher o formulário através da técnica de entrevista individual.

Para a aproximação com as mães a pesquisadora e a auxiliar de pesquisa realizavam visitas na UTIN e no alojamento materno, quando a unidade fornecia, a fim de convidá-las a participar da pesquisa.

Foi realizado um teste piloto em uma das instituições de saúde com o objetivo verificar a clareza e a viabilidade dos formulários da coleta de dados. A escolha da instituição foi realizada por sorteio. Os profissionais de saúde que participaram do piloto também foram sorteados e não fazem parte da amostra final do estudo. Foram sete profissionais de saúde que participaram, sendo dois enfermeiros, três técnicos de enfermagem, um fisioterapeuta e uma fonoaudióloga. Após o teste piloto, foram realizados ajustes mínimos no formulário em seu conteúdo, incluindo as questões: 4.1.1 Quais as atividades realizadas durante a semana da amamentação? E 4.2.1 Com que frequência por ano?_____ 4.2.1.2 () não sabe informar. Em relação às mães, o teste piloto foi realizado com um total de cinco participantes que também não fazem parte da amostra final do estudo e foi necessária a inclusão das perguntas 11.26 e 11.27.

4.6 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados foram utilizados dois formulários (APÊNDICE B e C) com perguntas fechadas, para analisar a estrutura e o processo do aleitamento materno de RNPTs: um para entrevista com os profissionais de saúde que atuavam em unidade de terapia intensiva neonatal e outro para as mães dos RNPTs.

Os instrumentos de coleta de dados da pesquisa foram elaborados com base nos preceitos do Caderno de Atenção Básica nº 23 (2015), do Guia para os profissionais de saúde – Atenção ao Recém-Nascido (2014), do Manual Atenção Humanizada ao Recém-nascido de baixo peso – Método Canguru (2017), na Iniciativa Hospital Amigo da Criança para Unidades Neonatais (IHAC-Neo), que contempla três princípios norteadores e 10 passos, e nos estudos de revisão sistemática baseados em evidências da base de dados Cochrane.

O formulário dos profissionais de saúde continha seis blocos, sendo o primeiro relacionado à identificação do instrumento de coleta de dados da pesquisa. Os blocos 2 e 3 eram relacionados à estrutura de recursos humanos da UTIN, sendo os itens 3.4 e 3.5 sobre capacitação do profissional na temática de aleitamento materno. A estrutura física/material da UTIN foi abordada nos itens 6.19 e 6.20 do instrumento de coleta de dados. Os blocos 4, 5 e 6 continham itens sobre o processo da assistência em relação às estratégias de promoção, proteção

e apoio ao aleitamento materno na UTIN, a fim de investigar se os profissionais realizavam orientações e apoio à prática do aleitamento materno no seu início e manutenção.

O formulário das mães de RNPT continha 11 blocos. Do 1º ao 3º bloco e do 9º ao 11º eram preenchidos pela pesquisadora ou pelas auxiliares de pesquisa por meio da entrevista individual com as mães e do 4º ao 8º bloco eram preenchidos pelas mesmas com base nos registros dos profissionais de saúde no prontuário do RNPT. O primeiro relacionado à identificação do instrumento de coleta de dados da pesquisa.

O 2º e 3º blocos eram em relação às características sociodemográficas, gestacionais e parto das mães e o 4º e 5º sobre as características dos RNPTs no momento do nascimento e durante sua internação na UTIN.

O 6º, 7º e 8º blocos eram questões relacionadas ao início do aleitamento materno, da amamentação e sua prevalência na ocasião da alta hospitalar. E os blocos 9, 10 e 11 continham itens sobre o processo da assistência em relação às estratégias de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno na UTIN, a fim de investigar se haviam recebido as informações, orientações e apoio relativos à prática do aleitamento materno.

4.7 CRITÉRIOS DE CONFIABILIDADE

Foi realizada a validação dos formulários de coleta de dados dos profissionais de saúde e das mães por pesquisadores e pós-graduandos do Núcleo de Pesquisa em Enfermagem da Saúde da Criança e do Adolescente da EEAN/UFRJ. Além disso, foi realizado um teste piloto em uma das instituições com sete profissionais de saúde e oito mães.

4.8 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 3.4.1.

Posteriormente, os dados foram analisados em função das variáveis envolvidas, mediante uso de estatística descritiva, em porcentagem simples, média ($\bar{x}$) e desvio padrão, a fim de sumarizar e descrever os dados, em busca dos objetivos propostos.

Para a etapa analítica do estudo foram realizadas regressões logísticas, tentando correlacionar as variáveis de perfil dos profissionais de saúde (tempo de experiência profissional, ter graduação em enfermagem, especialização neonatal e em pediatria e participação prévia em cursos de capacitação oferecidos pela instituição) com as variáveis “o profissional afirma orientar a mãe em relação à amamentação na internação” e “o profissional afirma ajudar a mãe a amamentar durante a internação”. Nesta avaliação foram utilizadas as variáveis tempo de experiência na área neonatal, ter especialização em pediatria e neonatologia, ter realizado previamente cursos sobre aleitamento e ter graduação em enfermagem.

No que diz respeito à análise dos dados das entrevistas com as mães, foram realizadas regressões logísticas tentando correlacionar a prevalência de aleitamento materno na alta (exclusivo ou misto) com variáveis maternas, como, por exemplo, a idade da mãe, com a participação em curso de apoio à amamentação durante a internação.

Nas análises de regressão logística foram considerados o intercepto e as covariáveis no modelo estatístico. E, como variáveis significativas, aquelas cujos coeficientes apresentassem um p valor $\leq 0,10$, limite de corte do programa estatístico R[®] versão 3.4.1.

4.9 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Como limitações metodológicas, podemos citar o uso de entrevista individual com os profissionais de saúde, pois as suas respostas podem não refletir a maneira com que cuidavam do RNPT, já que não foi realizada a observação do campo das atividades dos profissionais de saúde quanto ao manejo clínico do aleitamento materno na UTIN.

Além disso, os tamanhos das amostras de mães e RNPTs se apresentaram em número reduzido (20) no período da coleta de dados, devido à crise no Estado do Rio de Janeiro nas instituições. A instituição 1 reduziu seu número de leitos (de 24 para 15) e a instituição 2 fechou sua maternidade, passando a receber apenas transferências de RNPTs nascidos de outras unidades hospitalares, o que inviabilizava o preenchimento dos blocos 6 e 7 do instrumento de coleta de dados, itens fundamentais para a análise do processo de aleitamento materno. Portanto, sugere-se que o estudo deverá ser ampliado em outras instituições do Estado do Rio de Janeiro.

A análise do processo de aleitamento materno na perspectiva da mãe por meio das estratégias de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno foi realizado através de uma única entrevista, durante um único dia de internação do RNPT na UTIN. Além disso, a média

dos dias de internação dos RNPTs no momento da realização da entrevista foi de 18,9 dias. Assim é necessária a ampliação do estudo de modo que essa análise se estenda ao longo dos dias de internação, no momento e após a alta hospitalar do RNPT.

5.RESULTADOS

Os resultados estão organizados em três sessões. Na primeira apresentaremos a estrutura e o processo do aleitamento materno de RNPTs na perspectiva dos profissionais de saúde da instituição do HUPE (instituição 1). Na segunda, mostraremos os dados referentes às mães e dos prontuários dos RNPTs da instituição 1. E, na terceira sessão, apresentaremos os dados referentes à estrutura e ao processo do aleitamento materno de RNPTs na perspectiva dos profissionais de saúde do HUGG (instituição 2).

5.1 Resultados referentes à estrutura e ao processo do aleitamento materno de RNPTs na perspectiva dos profissionais de saúde do HUPE

Tabela 1- Caracterização dos profissionais de saúde de unidades neonatais, segundo os dados sociodemográficos. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018

Variáveis		n	%	Média	DP
Sexo (N=98)	Feminino	89	90,8		
	Masculino	9	9,2		
Idade (N=98)*	-	-	-	45,15	8,52
Tempo de formado (N=98)*	-	-	-	21,34	7,32
Ensino Superior (N=90 / 91,8%)**	Enfermagem	46	51,1		
	Fisioterapia	6	6,7		
	Medicina	23	25,6		
	Nutrição	3	3,3		
	Serviço Social	3	3,3		
	Psicologia	5	5,6		
	Fonoaudiologia	2	2,2		
Pós-graduação (Especialização) (N=79 /80,6%)**	Outros	2	2,2		
	Neonatologia e	23	29,1		
	Pediatria	23	29,1		
	Neonatologia	2	2,5		
	Pediatria	31	39,3		
Pós-graduação (Residência) (N=49 / 50%)**	Outras áreas	17	34,7		
	Neonatologia e	8	16,3		
	Pediatria	8	16,3		
	Neonatologia	8	16,3		
	Pediatria	16	32,7		

Variáveis		n	%	Média	DP
Pós-graduação (Mestrado) (N=22 / 22,5%)**	Neonatologia e	2	9,1		
	Pediatria	2	9,1		
	Neonatologia	3	13,6		
	Pediatria	15	68,2		
Pós-graduação (Doutorado) (N=3 / 3%)**	Outras áreas	3	100,0		
Experiência profissional*	-	-	-	21,31	7,48
Experiência na área neonatal*	-	-	-	16,23	8,33
Experiência nesta unidade neonatal*	-	-	-	11,58	7,27
Cargo que ocupa na instituição (N=98)	Enfermeiro	29	29,6		
	Fisioterapeuta	5	5,1		
	Médico	23	23,5		
	Nutricionista	2	2,0		
	Assistente Social	3	3,1		
	Psicólogo	3	3,1		
	Fonoaudiólogo	2	2,0		
	Técnico de Enfermagem	31	31,6		
Turno de trabalho (N=98)	Diurno	53	54,1		
	Noturno	25	25,5		
	Plantão 24 horas	20	20,4		
Outro vínculo de trabalho (N=98)	Sim	34	34,7		
	Não	43	43,9		
	Não se aplica	21	21,4		

Fonte: Coleta de dados, 2018

* Valores nesta linha representam a média $\pm$ desvio padrão.

** Valores percentuais ao lado dos subitens do ensino superior, pós-graduação, residência, mestrado e doutorado representam percentual do total indivíduos que possuíam tal formação.

A Tabela 1 demonstra que 90,8% (n=89) dos profissionais de saúde eram do sexo feminino, com média de idade de 45,15 anos e 21,34 anos de tempo de formação. Dos profissionais de saúde entrevistados, a maioria (91,8%, n=90) possuía ensino superior e pós-graduação (80,6%, n=79), sendo 60,7% (n=48) na área de neonatologia e/ou pediatria; 49% (n=49) dos entrevistados tinham o curso de residência; 22,5% (n=22), mestrado e 3% (n=3),

doutorado. Em relação ao tempo de experiência profissional e na área neonatal, tiveram média de 21,31 e 16,23 anos respectivamente. Sobre o turno de trabalho a maioria dos profissionais (54,1%, n=53) trabalhavam somente no período diurno.

Tabela 2 - Estratégias de Promoção ao aleitamento materno do RNPT, segundo a realização de curso/treinamento, comemoração da Semana da Amamentação, realização de eventos e divulgação da prática do aleitamento materno. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018

Variáveis		n	%	Média	DP
Curso/treinamento no local de trabalho (N=98)	Sim	75	76,5	7,1	4,6
	Não	23	23,5		
Tempo de realização do curso*	-	-	-	7,1	4,6
Existência de diretriz, protocolo ou rotina (N=98)	Sim	75	76,5		
	Não	11	11,2		
	Ignora	12	12,3		
Comemoração da Semana da Amamentação na instituição (N=98)	Sim	56	57,1		
	Não	9	9,2		
	Ignora	33	33,7		
Atividades realizadas durante a Semana da Amamentação (N=56)	Palestras	37	66,1		
	Cursos	12	21,4		
	Atividades com as mães	9	16,1		
	Divulgação por cartazes	5	8,9		
	Não sabe informar	19	33,9		
Realização de eventos (N=98)	Sim	61	62,3		
	Não	17	17,3		
	Não sabe informar	20	20,4		
Frequência dos eventos no ano (N=61)		30	49,2		
	1 vez/ano				
	2 vezes/ano	4	6,5		
	>2 vezes/ano	3	5,0		
	Não sabe informar	24	39,3		
Atividades realizadas para divulgar a prática do aleitamento materno no RNPT (N=98)		9	9,2		
	Vídeos na sala de espera				
	Distribuição de folhetos	29	29,6		

Variáveis		n	%	Média	DP
Responsável pela atividade da divulgação (N=66)	Acesso a <i>sites</i> de amamentação	4	4,1		
	Disposição de cartazes e/ou <i>banner</i>	52	53,1		
	Outros	5	5,1		
	Não sabe informar	32	32,6		
	Chefia da Maternidade	28	42,4		
	BLH	23	34,8		
	Outro profissional	10	15,1		
	Não sabe informar	38	57,6		
Propaganda de incentivo a mamadeira/chupeta (N=98)	Não	98	100		

Fonte: Coleta de dados, 2018

A Tabela 2 apresenta que 76,5% (n=75) dos profissionais de saúde afirmaram terem recebido treinamento sobre a temática do aleitamento materno no seu local de trabalho, sendo a média de tempo desde o último treinamento realizado de 7,1 anos e o desvio padrão de 4,6 anos; 11,2% (n=11) dos profissionais afirmaram que não existiam diretriz, protocolo ou rotina sobre o manejo do aleitamento materno na instituição a que estavam vinculados e 12,3% (n=12) não sabiam informar; 17,3% (n=17) e 9,2% (n=9) dos profissionais afirmaram que as instituições não realizavam eventos ou atividades de comemoração da Semana Mundial da Amamentação, respectivamente, e, dos 57,1% (n=38) que responderam que o evento era comemorado, 66,1% (n=37) desses informaram que a comemoração era realizada por meio de palestras sobre a temática. Em relação à frequência de realização de eventos sobre amamentação, 20,4% (n=20) dos profissionais não sabiam informar. Sobre as atividades realizadas para divulgar a prática do aleitamento materno no RNPT, 53,1% (n=52) afirmaram que havia divulgação de cartazes e/ou *banners* nas instituições, e 42,4% (n=28) afirmaram que essas atividades eram realizadas pela chefia da maternidade. Cabe ressaltar que 100% (n=98) dos profissionais de saúde relataram que não existiam propagandas que incentivassem o uso de bicos, chupetas e mamadeiras nas instituições.

Tabela 3- Estratégias de Proteção ao aleitamento materno do RNPT, segundo aos direitos garantidos por legislação. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018

Variáveis		n	%
Orientação quanto a algum de seus direitos (N=98)	Mãe	94	95,9
	Pai	64	65,3
	Outro familiar	27	27,5
Orientação sobre o direito da criança de ser amamentada durante a internação (N=98)	Mãe	89	90,1
	Pai	48	49,0
	Outro familiar	22	22,4
Orientação sobre o direito da criança da permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável durante a sua internação (N=98)	Mãe	78	79,6
	Pai	57	58,2
	Outro familiar	24	24,5
Orientação sobre a Licença-Maternidade (N=98)	Mãe	47	48,0
	Pai	27	27,6
	Outro familiar	13	13,3
Orientação sobre a Licença-Paternidade (N=98)	Mãe	38	38,8
	Pai	31	31,6
	Outro familiar	13	13,3
Orientação sobre o direito à garantia de emprego (N=98)	Mãe	28	28,6
	Pai	19	19,4
	Outro familiar	11	11,2
Orientação sobre o direito à creche (N=98)	Mãe	17	17,3
	Pai	11	11,2
	Outro familiar	5	5,1
Orientação sobre as pausas para amamentar durante o trabalho (N=98)		34	34,7
	Mãe	18	18,4
	Pai	10	10,2
Profissional que realiza as orientações (N=98)	O próprio profissional	94	95,9
	Profissional do BLH	5	5,1
	Serviço Social	9	9,1
	Outros	1	1,0
Momento da orientação (N=98)	Pré-natal	10	10,2
	Durante a internação	80	81,6

Variáveis		n	%
Momento da orientação (N=98)	Após a alta, no ambulatório	8	8,2

Fonte: Coleta de dados, 2018

A Tabela 3 mostra que 95,9% (n=94) dos profissionais de saúde orientavam as mães, 65,3% (n=64) orientavam os pais e 27,5% (n=27) outros familiares sobre algum dos seus direitos; 90,1% (n=89) dos profissionais orientavam a mãe, 49% (n=48), o pai e 22,4% (n=22), outros familiares sobre o direito da criança de ser amamentada durante a internação; 79,6% (n=78) orientavam a mãe, 58,2% (n=57), o pai e 24,5% (n=24), outros familiares sobre o direito da criança da permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável durante a sua internação; 48% (n=47) dos profissionais de saúde orientavam a mãe, 27,6% (n=27), o pai e 13,3% (n=13), outros familiares sobre a licença-maternidade; 38,8% (n= 38) dos profissionais orientavam as mães, 31,6% (n=31), os pais e 13,3% (n=13), outros familiares sobre a licença-paternidade; sobre o direito à garantia de emprego, 28,6% (n=28) dos profissionais orientavam as mães, 19,4% (n=19), os pais e 11,2% (n=11), outros familiares; 17,3% (n=17) dos profissionais orientavam as mães, 11,2% (n= 11), os pais e 5,1% (n=5), outros familiares sobre o direito à creche; e 34,7% (n=34) dos profissionais orientavam as mães, 18,4% (n=18), os pais e 10,2% (n=10), outros familiares sobre as pausas para amamentar durante o trabalho.

Tabela 4 - Estratégia de Apoio ao aleitamento materno do RNPT, segundo a orientação e o acompanhamento da ordenha mamária. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018

Variáveis		n	%
Orientação sobre ordenha na 1ª ida à UTIN (N=98)	Mãe	64	65,3
	Pai	18	18,4
	Outro familiar	4	4,1
Frequência da ordenha (N=98)	3 em 3 horas	56	57,2
	Sempre que possível	21	21,5
	Outros	8	8,2
	Não orienta	13	13,3
Local da realização da primeira ordenha (N=98)	BLH	41	41,8
	Domicílio	1	1,0
	Unidade Neonatal	56	57,2
Acompanha a mãe na realização da 1ª ordenha (N=98)	Sim	19	19,4
	Não	79	80,6

Fonte: Coleta de dados, 2018

A Tabela 4 apresenta que 65,3% (n=64) dos profissionais de saúde realizavam orientações sobre ordenha mamária para a mãe, 18,4% (n=18), para o pai e 4,1% (n=4), para outros familiares, na 1ª ida à UTIN; 57,2% (n=56) dos profissionais de saúde orientavam que a ordenha deveria ser feita pelo menos de três em três horas; 41,8% (n=41) informaram que a primeira ordenha da mãe era realizada no Banco de Leite Humano da instituição e 80,6% (n=79) não acompanhavam a realização da primeira ordenha.

Tabela 5 - Estratégia de Apoio ao aleitamento materno do RNPT, segundo o contato pele a pele (toque e posição canguru). Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018

Variáveis		n	%
Estimula a realização do contato pele a pele (toque) (N=98)	Mãe	92	93,9
	Pai	67	68,4
	Outro familiar	17	17,4
Existência de critério para iniciar o contato pele a pele (toque) (N=98)	Sim	55	56,1
	Não	36	36,7
	Não sabe informar	7	7,1
Critério para iniciar o contato pele a pele (toque) (N=55)	Estabilidade clínica	52	94,5
	Peso $\geq$ 1500 g	7	12,7
	IG > 32 s	5	9,0
	Outros	8	14,5
Estimula a realização do contato pele a pele (posição canguru) (N=98)	Mãe	89	90,1
	Pai	52	53,1
	Outro familiar	9	9,2
Existência de critérios para a realização do contato pele a pele (posição canguru) (N=98)	Sim	80	81,6
	Não	4	4,1
	Não sabe informar	14	14,3
Critério para iniciar o contato pele a pele (posição canguru) (N=80)	Estabilidade clínica	74	92,5
	Peso $\geq$ 1500 g	23	28,7
	IG > 32 s	4	5,0
	Outros	8	10,0
Orientação para a mãe realizar a posição canguru no domicílio (N=98)	Mãe	16	16,3
	Pai	7	7,1
	Outro familiar	2	2,0

Fonte: Coleta de dados, 2018

A Tabela 5 mostra que 93,9% (n=92) dos profissionais afirmaram que estimulavam a mãe a realizar o contato pele a pele através do toque; 68,4% (n= 67) estimulavam o pai e 17,4% (n=17), outros membros da família; 56,1% (n=55) disseram que existe um critério para iniciar o contato pele a pele pelo toque e, desses que informaram que existe critério, 94,5% (n=52) afirmaram que se deve esperar o RNPT atingir a estabilidade clínica; 90,1% (n=89) dos profissionais de saúde estimulavam as mães a realizarem a posição canguru, 53,1% (n=52) estimulavam o pai e 9,2% (n=9), outros membros da família; desses profissionais de saúde que estimulavam a posição canguru, 92,5% (n=74) mencionaram a estabilidade clínica como critério para iniciar a posição canguru. Em relação à orientação da realização da posição canguru no domicílio, 16,3% (n=16) dos profissionais realizavam essa orientação para a mãe, 7,1% (n=7), para os pais e 2% (n=2), para outros membros da família.

Tabela 6 – Critérios para o início do aleitamento materno e da amamentação do RNPT, segundo a perspectiva dos profissionais de saúde. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018

Variáveis		n	%
Existência de critério para iniciar o aleitamento materno (N=98)	Sim	76	77,6
	Não	22	22,4
Critério para iniciar o aleitamento materno (N=76)	Estabilidade clínica	59	77,6
	Peso $\geq$ 1500 g	16	21,0
	IG > 34 semanas	15	19,7
	Outros	17	2,2
	Não sabe informar	8	10,5
Existência de critério para iniciar a amamentação (seio materno) (N=98)	Sim	94	95,9
	Não sabe informar	4	4,1
Critério para iniciar a amamentação (seio materno) (N=94)	Estabilidade clínica	78	83
	Peso $\geq$ 1500 g	43	45,7
	IG > 34 semanas	32	34,0
	Outros	17	18,0

Fonte: Coleta de dados, 2018

A Tabela 6 demonstra que 77,6% (n=59) dos entrevistados afirmaram que existe critério para iniciar a aleitamento materno e, desses, 77,6% (n=59) elegeram a estabilidade clínica como um dos critérios para o início da prática do aleitamento materno.

Tabela 7 - Estratégias de Apoio ao aleitamento materno do RNPT, segundo o grupo de apoio à amamentação. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018

Grupo de apoio para amamentação (N=98)	Sim	56	57,2
	Não	22	22,4
	Não sabe informar	20	20,4
Momento em que o grupo de apoio é oferecido (N=56)	Pré-natal	29	51,8
	Durante a internação da mãe na maternidade	24	42,9
	Depois da alta da mãe e durante a internação do bebê	16	28,6
	Depois da alta do bebê, no ambulatório	11	19,6
	Ignorado	39	69,6
Frequência das reuniões do grupo de apoio (N=56)	Semanal	7	12,5
	Ignorado	49	87,5
Número de telefone para sanar dúvidas em relação à amamentação após a alta (N=98)	Sim	47	48,0
	Não	16	16,3
	Ignorado	35	35,7

A Tabela 7 mostra que 57,2% (n=56) dos profissionais de saúde disseram que existia grupo de apoio para a amamentação na instituição e, desses, 51,8% (n=29) relataram que esses grupos eram oferecidos durante a internação da mãe na maternidade. Em relação à frequência da realização dos grupos, 87,5% (n=49) ignoravam a informação e 48% (n=47) dos profissionais afirmaram que a instituição disponibilizava um número de telefone para sanar dúvidas em relação à amamentação após a alta hospitalar do RNPT.

Tabela 8 - Estratégias de Apoio ao aleitamento materno do RNPT segundo o fornecimento de orientação e ajuda às mães de RNPTs para amamentar. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018

Variáveis		n	%
Fornecimento de orientações sobre amamentação durante a internação (N=98)	Sim	92	93,9
	Não	6	6,1
Frequência das orientações (N=98)	Sempre	50	51,0
	Frequentemente	23	23,5
	Às vezes	19	19,4
	Nunca	6	6,1

Variáveis		n	%
Fornecimento de ajuda à mãe para amamentar (N=98)	Sim	86	87,8
	Não	12	12,2
Frequência da ajuda (N=98)	Sempre	34	34,7
	Frequentemente	19	19,4
	Às vezes	33	33,7
	Nunca	12	12,2
Tipo de ajuda (N=86)	Apenas informação	5	5,8
	Apenas ajuda prática	13	15,1
	Informação e ajuda prática	68	79,1
Acesso a grupos/serviços de apoio após a alta hospitalar (N=98)	Sim	59	60,2
	Não	17	17,3
	Ignorado	22	22,5
Local do grupo de apoio (N=59)	Ambulatório	29	49,1
	BLH	42	71,1
	Ignorado	25	42,4
	Outros	1	1,7

Fonte: Coleta de dados, 2018

A Tabela 8 apresenta que 93,9% (n= 92) dos entrevistados afirmaram que orientavam a mãe em relação à amamentação e 87,8% (n= 86) ajudavam a mãe a amamentar; 34,7% (n= 34) afirmaram que sempre ajudavam e 79,1% (n=68) ofereciam essa ajuda com informação mais ajuda prática; 60,2% (n= 59) relataram que a instituição referenciava a mãe a grupos/serviços de apoio após a alta hospitalar e 71,1% (n=42) disseram que esses grupos eram oferecidos pelo Banco de Leite Humano da instituição.

Tabela 9 - Estratégias de Apoio ao aleitamento materno do RNPT utilizadas pelos profissionais de saúde, segundo a frequência da amamentação e indicação do uso de chupetas.
Rio de Janeiro/ RJ, Brasil 2018

Variáveis		n	%
Frequência da amamentação (N=98)	Apenas Livre demanda	49	50,0
	Apenas de 3 em 3 horas	46	46,9
	Livre demanda, porém respeitando intervalo máximo de 3 horas	3	3,1

Variáveis		n	%
Indicação do uso de chupetas (N=98)	Alívio da dor	33	33,7
	Separação mãe-bebê	19	19,4
	Mães portadoras do vírus HIV	62	63,3
	RNPTs Cardiopatas	16	16,3
	RNPT em dieta zero	4	4,1
	RNPT estressado, irritado	19	19,4
	Outros	25	25,5

Fonte: Coleta de dados, 2018

A Tabela 9 mostra que 50% (n=49) dos profissionais afirmaram que a amamentação é era por livre demanda e 46,9% (n=46), de forma regular, de três em três horas. Sobre as indicações do uso de chupetas, 63,3% (n=62) relataram que ela era indicada quando a mãe era portadora do vírus HIV e 33,7% (n=33), para alívio da dor durante procedimentos dolorosos.

Tabela 10 - Fatores que dificultam o aleitamento materno do RNPT na perspectiva dos profissionais de saúde do HUPE, segundo a estrutura, processo, condições maternas e do RNPT. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018

Variáveis		n	%
Estrutura	Infraestrutura da UTIN	1	1,0
	Falta de alojamento conjunto	1	1,0
	Falta de rotina	1	1,0
Processo:	Falta de orientação, incentivo, estímulo à mãe	8	8,2
	Dificuldade de comunicação	3	3,1
	Questões sociais	2	2,0
Condições maternas:	Medo da mãe	12	12,3
	Baixa produção de leite da mãe	3	3,1
	Falta de desejo da mãe	5	5,1
	Estresse da mãe	4	4,1
	Falta de paciência da mãe	4	4,1
	Indisponibilidade da mãe	3	3,1
	Separação mãe-bebê	2	2,0
	Barreira emocional da mãe	2	2,0
	Condições clínicas da mãe	2	2,0
	Dor materna	1	1,0
Condições do RNPT:	Instabilidade clínica do RNPT	17	17,4
	Imaturidade fisiológica do RNPT	10	10,3
	Tempo de hospitalização do RNPT prolongado	8	8,1
	Peso do RNPT	3	3,0
	Demora para iniciar a amamentação	4	4,1
	Sonda para alimentação	1	1,0
	Comorbidades do RNPT	1	1,0

Fonte: Coleta de Dados, 2018.

A Tabela 10 demonstra que, em relação à estrutura, 1% (n=1) dos profissionais de saúde relataram que a infraestrutura da UTIN era um fator que dificultava o aleitamento materno, assim como a falta de alojamento conjunto para mãe e RNPT e a falta de rotina nas instituições de saúde. Em relação ao processo do aleitamento, a falta de orientação, incentivo, estímulo à mãe foi relatada por 8,1% (n= 8) dos profissionais de saúde; o medo da mãe, mencionado por 12,3% (n=12); a instabilidade clínica do RNPT, por 17,4% (n=17); a imaturidade fisiológica do RNPT, por 10,3% (n=10); e o tempo de hospitalização do RNPT prolongado, por 8,1% (n=8,1).

Tabela 11 - Fatores que facilitam o aleitamento materno do RNPT na perspectiva dos profissionais de saúde do HUPE, segundo a estrutura, processo, condições maternas e do RNPT. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018

Variáveis		n	%
Estrutura	Formação dos profissionais de saúde	4	4,1
	Banco de Leite Humano	2	2,0
	Acesso da mãe na UTIN	2	2,0
	Tecnologia	1	1,0
	Ambiente tranquilo	1	1,0
Processo:	Apoio da equipe multidisciplinar	24	24,5
	Orientação desde o pré-natal	1	1,0
	Desempenho da amamentação no hospital	1	1,0
Condições maternas:	Vontade, desejo materno para amamentar	21	21,5
	Presença, disponibilidade materna para amamentar	16	16,4
	Vínculo mãe-bebê	7	7,2
	Posição canguru	6	6,2
	Amor pelo RNPT	3	3,0
	Produção de leite materno	2	2,0
	Confiança da mãe	2	2,0
	Conhecimento da mãe	1	1,0
	Estabilidade clínica do RNPT	3	3,0
Condições do RNPT:	Pega do RNPT	1	1,0

Fonte: Coleta de Dados, 2018.

A Tabela 11 mostra que, em relação à estrutura, 4,1% (n=4) dos profissionais de saúde consideraram que a formação do profissional de saúde facilita o aleitamento materno do RNPT, assim como a instituição de saúde ter um Banco de Leite Humano (2%, n=2). Em relação ao processo do aleitamento materno, 24,5% (n=24) dos profissionais de saúde apontaram o apoio

da equipe multiprofissional, 21,5% (n=21), a vontade e o desejo materno e 16,4% (n=16), a presença, disponibilidade materna.

5.1.1 Resultados das Regressões Logísticas do HUPE

Tabela 7 - Variáveis associadas com o profissional de saúde orientar a mãe na ordenha durante o primeiro encontro na UTI neonatal, de acordo com os resultados obtidos na análise do modelo logístico. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018

Covariáveis	Razão chances (IC95%)	p-valor
Tempo de experiência na área neonatal	1.0480 [0.9936; 1.1053]	0,0848*
Especialização neonatal e em pediatria	1.5678 [0.5260; 4.6733]	0,4197
Participação prévia em cursos	1.0331 [0.3605; 2.9602]	0,9517
Ter graduação em enfermagem	1.3072 [0.5419; 3.1534]	0,5510

Fonte: Coleta de Dados, 2018.

Considerando as covariáveis tempo de experiência na área neonatal, especialização neonatal e em pediatria, participação prévia em cursos e graduação em enfermagem, apenas o tempo de experiência mostrou-se significativo, com coeficiente positivo ($p=0,08$) na probabilidade de o profissional orientar a mãe na ordenha durante o primeiro encontro na UTI neonatal.

Tabela 83 - Variáveis associadas com o profissional de saúde ajudar a mãe a amamentar durante a internação do bebê, de acordo com os resultados obtidos na análise do modelo logístico. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018

Covariáveis	Razão chances (IC95%)	p-valor
Tempo de experiência na área neonatal	1.0659 [0.9771; 1.1628]	0,1503
Especialização neonatal e em pediatria	0.3724 [0.0776; 1.7876]	0,2171
Participação prévia em cursos	0.5808 [0.1141; 2.9574]	0,5129
Ter graduação em enfermagem	12.7792 [1.4903; 109.5789]	0,0201*

Fonte: Coleta de Dados, 2018.

No que diz respeito ao profissional de saúde ajudar a mãe a amamentar durante a internação do RNPT, no modelo de regressão logística, considerando como covariáveis a participação prévia em cursos, a especialização em neonatologia e pediatria, o tempo de experiência na área e a graduação em enfermagem, esta última foi a única que se apresentou coeficiente significativo ($p=0,02$), aumentando a probabilidade de o profissional ajudar a mãe a amamentar. A chance de o indivíduo ajudar na amamentação aumenta em 12,7% se o mesmo tiver graduação em enfermagem.

5.2 Resultados referentes às entrevistas com as mães dos recém-nascidos pré-termo internados na UTIN do HUPE

Tabela 94 - Caracterização das mães dos recém-nascidos pré-termo segundo os dados sociodemográficos. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018

Variáveis	n	%	Média	DP
Idade*(n=20)	-	-	29.0	4.8
Escolaridade (n=20)	Fundamental incompleto	1	5,0	
	Médio incompleto	2	10,0	
	Médio completo	11	55,0	
	Superior incompleto	4	20,0	
	Superior completo	2	10,0	
Estado Civil (n=20)	Solteira	11	55,0	
	Casada	7	35,0	
	Divorciada	1	5,0	
	União Estável	1	5,0	
Ocupação (n=20)	Trabalha	12	60,0	
	Não trabalha	8	40,0	
Carteira assinada (n=12)	Sim	10	83,4	
	Não	2	16,6	
Renda mensal familiar* (n=20)	1-2 salários mínimos	11	55,0	
	2 - 5 salários mínimos	6	30,0	
	3 - 5 salários mínimos	2	10,0	
	> 5 salários mínimos	1	5,0	

Fonte: Coleta de dados, 2018

* Salário mínimo nacional em 2018: R\$ 954,00

A Tabela 14 demonstra que a média de idade das mães entrevistadas foi de 29 anos, com desvio padrão de 4,8 anos; 55% (n=11) das entrevistadas tinham o ensino médio completo, 55% (n=11) eram solteiras, 60% (n=12) trabalhavam e, dessas, 83,1% (n=10) tinham carteira assinada; 55% (n=11) possuíam renda familiar mensal de 1 a 2 salários mínimos.

Tabela 105 - Caracterização dos dados obstétricos e parto das mães dos recém-nascidos pré-termo. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018

Variáveis		n	%	Média	DP
Pré-natal	Sim	19	95,0		
	Não	1	5,0		
Número de consultas*(n=20)	-			6.25	2.59
Número de gestações*(n=20)	-			1.95	1.82
Número de filhos* (n=20)	-			1.15	1,27
Intercorrências na gestação (n=20)	Sim	15	75,0		
	Não	5	25,0		
História de parto prematuro anterior (n=20)	Sim	5	25,0		
	Não	7	35,0		
	Não se aplica (primípara)	8	40,0		
História de amamentação anterior (n=20)	Sim	9	45,0		
	Não	3	15,0		
	Não se aplica (primípara)	8	40,0		
Informação sobre aleitamento materno no pré-natal (n=20)	Sim	13	65,0		
	Não	7	35,0		
Tipo de gestação (n=20)	Única	18	90,0		
	Dupla	1	5,0		
	Tripla ou mais	1	5,0		
Tipo de parto (n=20)	Vaginal	3	15,0		
	Cesáreo	17	85,0		
Intercorrências com a mãe no parto (n=20)	Sim	2	10,0		
	Não	18	90,0		

Variáveis		n	%	Média	DP
Contato pele a pele na posição canguru no momento do nascimento (n=20)	Sim	4	20,0		
	Não	16	80,0		
Tempo após nascimento para o primeiro contato pele a pele na posição canguru (n=4)	Até 10 min. após o nascimento	4	20,0		
Realização de algum contato físico com o RNPT no momento do nascimento (n=20)	Sim	13	65,0		
	Não	7	35,0		
Tipo de contato físico (n=13)	Toque	9	69,2		
	Posição canguru	4	30,8		
Amamentação na 1ª hora (n=20)	Não	20	100,0		

Fonte: Coleta de dados, 2018

A Tabela 15 demonstra que 95% (n=19) das mães entrevistadas realizaram o pré-natal, com uma média de 6,25 consultas (DP=2,59). Em relação ao número de gestações, sua média foi 1,95 gestações (DP=1,82), com média 1,15 de número de filhos (DP=1,27); 75% (n=15) tiveram intercorrências na gestação; 25% (n=5) tinham histórico de parto prematuro e 45% (n=9) já haviam amamentado anteriormente; 65% (n=13) alegaram ter recebido orientações sobre aleitamento materno durante o pré-natal; 90% (n=18) tiveram gestação única; 85% (n=17) tiveram a cesariana como via de parto; 10% (n=2) das mães não tiveram intercorrências durante o parto; 80% (n=16) das mães não realizaram contato pele a pele na posição canguru no momento do parto e 65% (n=13) realizaram algum contato físico, dessas, 69,2% (n=9) por meio do toque e 30,8% (n=4) pelo contato pele a pele; 100% (n=20) não realizaram amamentação na primeira hora de vida.

Tabela 116 - Caracterização das condições de nascimento dos RNPTs, segundo o sexo, idade gestacional, peso ao nascimento, Apgar e intercorrências clínicas no nascimento. Rio de Janeiro/ RJ, Brasil 2018

Variáveis		n	%	Média	DP
Sexo (n=20)	Masculino	9	45,0		
	Feminino	11	55,0		
Idade gestacional* (n=20)	-	-	-	32s 6d	2s 6d

Idade gestacional* (n=20)	< 28 semanas	1	5,0		
	28 a 31 semanas e 6 dias	7	35,0		
	32 a 36 semanas e 6 dias	12	60,0		
Peso ao nascimento* (n=20)	-	-	-	1726	518.2
	2499 a 3000 g	2	10,0		
	1500 a 2499 g	11	55,0		
	1499 a 1000 g	6	30,0		
	<1000 g	1	5,00		
Apgar - Média $\pm$ D.P (n=20)	No 1º min.	6	2.2		
	No 5º min.	8	1,0		
Reanimação (n=20)	Sim	13	65,0		
	Não	7	35,0		
Houve intercorrências clínicas no nascimento	Sim	14	70,0		
	Não	6	30,0		
Intercorrências clínicas no nascimento (n=14)	Desconforto respiratório	9	64,3		
	Asfixia	5	3,6		
	Outras	1	7,1		
	Ignorado	1	7,1		

Fonte: Coleta de dados, 2018

A Tabela 16 mostra que 55% (n=11) dos RNPTs eram do sexo feminino e tiveram média de idade gestacional de 228,5 dias (DP: 18,2). Em relação ao peso de nascimento, os RNPTs tiveram média de 1.726 g (DP=518,2g); a média do Apgar no 1º minuto de vida foi de 6 (DP=2) e do 5º minuto foi 8 (DP:1); 65% (n=13) dos RNPTs necessitaram de manobras de reanimação neonatal e 70% (n=14) tiveram alguma intercorrência no momento do nascimento. Desses, 64,3% (n=9) dos RNPTs tiveram desconforto respiratório no momento do nascimento.

Tabela 127 - Caracterização das condições de internação dos RNPTs, segundo intercorrência clínica, uso e tipos de suporte ventilatório, oxigenoterapia e duração da internação. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018

Variáveis	n	%	Média	DP
Intercorrências clínicas na internação (n=20)				
Sepse	9	45,0		
Pneumonia	3	15,0		
Desconforto respiratório	16	80,0		
Membrana Hialina	3	15,0		
Asfixia Leve	4	20,0		
Apneia	1	5,0		
Icterícia	8	40,0		

Variáveis		n	%	Média	DP
Suporte ventilatório (n=20)	Sim	18	90,0		
	Não	2	10,0		
Tipo de suporte (n=20)	Ventilação não invasiva (VNI)	18	90,0		
	Ventilação mecânica invasiva (VMI)	8	40,0		
Oxigenoterapia (n=20)	Sim	18	90,0		
	Não	2	10,0		
Duração total da internação (n=20)	-			35.8	22.6

Fonte: Coleta de dados, 2018

A Tabela 17 apresenta que 80% (n=16) dos RNPTs tiveram o diagnóstico de desconforto respiratório; 90% (n=18) utilizaram suporte ventilatório, 90% (n=18) utilizaram VNI e 40% (n=8) a VMI; 90% (n=18) fizeram uso de oxigenoterapia; e, sobre o tempo total de internação na unidade neonatal, tiveram média de 35,8 dias (DP=22,6).

Tabela 138 - Condições de início do aleitamento materno dos RNPTs, segundo o tipo de leite, técnica de administração e idade do RNPT. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018

Variáveis		n	%
Tipo de leite	Leite materno	1	5,0
	Leite humano do BLH	17	85,0
	Fórmula infantil	2	10,0
Técnica de administração	Gavagem/Seringa/Bomba de infusão	20	100,0
Idade no início do aleitamento	De 24 a 72 horas	19	95,0
	Após 72 horas	1	5,0

Fonte: Coleta de dados, 2018

A Tabela 18 mostra que 85% (n=17) dos RNPTs receberam leite humano do BLH durante a sua primeira alimentação oral, 100% (n=20) tiveram como técnica de administração a gavagem e a alimentação foi oferecida de 24 horas a 72 horas a 95% (n=19) dos RNPTs.

Tabela 149 - Condições de início da amamentação dos RNPTs, segundo a idade, peso e técnica da amamentação. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018

Variáveis		n	%	Média	DP
Amamentação durante a internação (n=20)	Sim	18	90,0		
	Não	2	10,0		
Idade corrigida*(n=18)	-	-	-	35s 1d	1s 2d
Idade cronológica* (n=18)	-	-	-	35,4	22,7
Peso ao início da amamentação (n=18)	-	-	-	1957,0	342,6
Técnica de amamentação (n=18)	1500 a 2499 g	16	88,9		
	1499 a 1000 g	2	11,1		
	Seio materno + sonda	10	55,5		
	Seio materno + copo	5	27,7		
	Seio + sonda + copo	1	5,6		
	Translactação	1	5,6		
	Translactação + copo	1	5,6		

Fonte: Coleta de dados, 2018

A Tabela 19 demonstra que 90% (n=18) dos RNPTs realizaram a amamentação durante a internação. No primeiro dia da prática da amamentação: a média de idade corrigida do RNPT foi de 35 semanas e 1 dia (DP=1 semana e 2 dias), a média do peso foi de 1.957 g (DP=342,6 g) e a técnica utilizada em 55,5% (n=10) foi o seio materno + sonda.

Tabela 20 - Condições de aleitamento materno dos RNPTs na ocasião da alta hospitalar, segundo os tipos de aleitamento materno. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018

Variáveis	n	%
Aleitamento Materno Exclusivo	4	20,0
Aleitamento Misto	4	20,0
Somente fórmula	12	60,0

Fonte: Coleta de dados, 2018

A Tabela 20 mostra que, em relação ao tipo de aleitamento na alta hospitalar: 60,0% (n=12) dos RNPTs estavam em aleitamento artificial, 20,0% (n=4) estavam em aleitamento materno exclusivo e 20,0% (n=4) em aleitamento misto.

Tabela 151 - Estratégias de promoção ao aleitamento materno percebidas pelas mães de RNPTs, segundo a existência de propagandas e recebimento de material educativo na instituição. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018

Variáveis		n	%
Existência de propaganda sobre o aleitamento materno por cartazes (n=20)	Sim	20	100,0
Existência de propagandas que incentivam o uso de bicos, mamadeiras e/ou chupetas (n=20)	Não	20	100
Recebimento de material educativo sobre aleitamento materno (n=20)	Sim	9	45,0
	Não	11	55,0

Fonte: Coleta de dados, 2018

A Tabela 21 demonstra que 100% (n=20) das mães informaram que existiam propagandas sobre aleitamento materno nas instituições por meio de cartazes, 100% (n=20) informaram que não existiam propagandas que incentivassem o uso de bicos, mamadeiras e/ou chupetas e 45,0% (n=9) receberam material educativo sobre aleitamento materno.

Tabela 162 – Orientações sobre as estratégias de proteção ao aleitamento materno fornecidas às mães de RNPTs pelos profissionais de saúde, segundo os direitos garantidos por legislação. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018

Variáveis		n	%
Recebimento de alguma orientação pelos profissionais de saúde	Sim	15	75
	Não	5	25
Direito da criança de ser amamentada durante a internação (n=15)	Sim	13	86,7
	Não	2	13,3
Direito da gestante de ter um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto (n=15)	Sim	15	100,0
	Não	0	0
Licença-maternidade (n=15)	Sim	10	66,7
	Não	5	33,3
Licença-paternidade (n=15)	Sim	9	60,0
	Não	6	40,0
Direito à garantia de emprego (n=15)	Sim	7	46,7
	Não	8	53,3

Variáveis		n	%
Direito à creche (n=15)	Sim	2	13,3
	Não	13	86,7
Pausas para amamentar durante o trabalho (n=15)	Sim	6	40,0
	Não	9	60,0
Profissional que realizou as orientações (n=15)	Médico	4	26,7
	Serviço Social	4	26,7
	Enfermeiro	5	33,3
	BLH	1	6,7
	Não sabe informar	2	13,3
Momento da orientação (n=15)	Durante o pré-natal	11	73,3
	Durante sua internação na maternidade	5	33,3
	Depois da sua alta e durante a internação do bebê	1	6,7
Tipo de orientação (n=15)	Individual	9	60,0
	Em grupo	4	26,7
	Em grupo e individual	2	13,3
Outro familiar foi orientado (n=20)	Sim	4	20,0
	Não	16	80,0

Fonte: Coleta de dados, 2018

A Tabela 22 mostra que 25% (n=5) das mães não foram orientadas pelos profissionais de saúde. Dessas, 86,7% (n=13) foram orientadas sobre o direito da criança de ser amamentada durante a internação; 100% (n=15), do direito da gestante de ter um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto; 66,7% (n=10) foram orientadas sobre a licença-maternidade e 60% (n=9) sobre a licença-paternidade; 46,7% (n=7) foram orientadas em relação à garantia de emprego; 13,3% (n=2) foram orientadas sobre o direito a creche; 40% (n=6) foram orientadas em relação às pausas para amamentar no serviço. Quanto ao profissional que realizou a orientação, 33,3% (n=5) relataram terem sido orientadas pelo enfermeiro, 73,3% (n=11) informaram que as orientações foram realizadas no momento do pré-natal e 60% (n=9)

foram orientadas de forma individual; 20% (n=4) das mães afirmaram que seus familiares também foram orientados em relação aos direitos supracitados.

Tabela 173-Estratégias de proteção ao aleitamento materno usufruídas pelas mães de RNPTs, segundo os direitos garantidos por legislação. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018

Variáveis		n	%
Direito da criança de ser amamentada durante a internação (n=20)	Sim	18	90,0
	Não	2	10,0
Direito da gestante de ter um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto (n=20)	Sim	16	80,0
	Não	4	20,0
Licença-maternidade (n=12)	Sim	11	91,6
	Não	1	8,4
Licença-paternidade (n=20)	Sim	15	75,0
	Não	5	25,0
Direito à garantia de emprego (n=12)	Sim	12	100,0

Fonte: Coleta de dados, 2018

A Tabela 23 mostra que 90% (n=18) das mães usufruíram do direito da criança de ser amamentada durante a internação e 80% (n=16), do direito da gestante de ter um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto. Do total de mães que trabalhava fora, 91,6% (n=11) estavam usufruindo da licença-maternidade e 100% (n=12), do direito à garantia do emprego até o momento da entrevista. Em relação à licença-paternidade, 75% (n=15) dos pais puderam usufruir desse direito.

Tabela 184 - Estratégias de apoio ao aleitamento materno utilizadas pelas mães de RNPTs, segundo o contato físico com o RNPT, realização da ordenha mamária e participação em grupos de apoio. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018

Variáveis		n	%
Momento do acolhimento da mãe na UTIN (n=20)	No mesmo dia do nascimento	2	10,0
	No dia seguinte do nascimento	9	45,0
	> 48 h após nascimento	9	45,0

Variáveis		n	%
1ª aproximação física da mãe com o RNPT (toque) (n=20)	Logo após o nascimento	10	50,0
	Durante a 2ª até 24ª hora de vida	3	15,0
	Mais de 24 horas após o nascimento	7	35,0
Realização da posição canguru enquanto o bebê esteve internado na UTI neonatal (n=20)	Sim	10	50,0
	Não	10	50,0
Primeira vez em que realizou a posição canguru (n=20)	Logo após o nascimento	4	20,0
	Mais de 24 horas após o nascimento	6	30,0
	Não realizou posição canguru	10	50,0
Frequência da realização da posição canguru na internação (n=20)	Sempre	5	25,0
	Frequentemente	2	10,0
	Às vezes	3	15,0
	Nunca	10	50,0
Orientação sobre ordenha na 1ª ida da mãe à UTIN (n=20)	Sim	16	80,0
	Não	4	20,0
Realização da ordenha (n=20)	Sim	19	95,0
	Não	1	5,0
Período da realização da primeira ordenha (n=19)	Durante a 2ª até 24ª hora de vida	3	15,8
	Após 24 horas do nascimento até a 48ª hora	5	26,3
	Mais de 48 horas após o nascimento	9	47,4
	Ignorado	2	10,5
Local da realização da primeira ordenha (n=19)	Alojamento conjunto	2	10,5
	BLH	11	57,9
	Em casa	1	5,3
	Na unidade neonatal	4	21,0
	Na UTI materna	1	5,3
Recebeu ajuda na realização da primeira ordenha (n=19)	Enfermeira	9	47,4

Variáveis		n	%
Recebeu ajuda na realização da primeira ordenha (n=19)	Profissionais BLH	18	94,7
	Não recebeu ajuda	1	5,3
Orientação sobre amamentação durante a internação na UTIN (n=20)	Sim	16	80,0
	Não	4	20,0
Frequência de orientações sobre amamentação durante a internação (n=16)	Sempre	8	50,0
	Frequentemente	3	18,8
	As vezes	5	31,2
Participação em grupos de apoio para amamentação	Sim	3	15,0
	Não	17	85,0
Momento da participação em grupos de apoio para amamentação (n=3)	Pré-natal	3	100,0
Recebeu ajuda para amamentar durante a internação	Sim	12	60,0
	Não	4	20,0
	Ainda não amamentou	4	20,0
Sentiu-se apoiada para amamentar durante a internação	Sim	18	90,0
	Não	2	10,0
Desejo de amamentar o RNPT	Sim	19	95,0
	Não	1	5,0

Fonte: Coleta de dados, 2018

A Tabela 24 demonstra que 45% (n=9) das mães foram acolhidas na UTIN no dia seguinte ao nascimento; 50% (n=10) das mães realizaram a 1ª aproximação física da mãe com o RNPT (toque) logo depois do nascimento; 50% (n=10) das mães realizaram a posição canguru durante a internação e 25% (n=5) realizavam a posição às vezes; 80% (n=16) das mães informaram que receberam orientação sobre ordenha na 1ª ida da mãe à UTIN; 95% (n=19) das mães realizaram a prática da ordenha mamária e 47,4% (n=9) realizaram a prática com mais de 48 horas após o nascimento; 57,9% (n=11) realizaram a ordenha no BLH; 80% (n=16) das mães receberam orientação sobre amamentação durante a internação na Unidade Neonatal e, dessas, 50% (n=8) recebiam essa orientação sempre; 85% (n=17) relataram que não participaram de

grupos de apoio à amamentação durante a internação; 60% (n=12) das mães receberam ajuda para amamentar durante a internação e 95% (n=19) se sentiram apoiadas a amamentar.

Tabela 195 - Fatores que dificultam o aleitamento materno do RNPT na perspectiva das mães atendidas pelos profissionais de saúde do HUPE, segundo a estrutura e processo. Rio de Janeiro/ RJ, Brasil 2018

Variáveis		n	%
Estrutura	Distância do RNPT	2	10,0
	Aparelhos	1	5,0
	Sonda, copinho	2	10,0
Processo	Dificuldade de formar vínculo	1	5,0
	Mãe não ter leite	1	5,0
	Paciência	1	5,0
	Condições psicológicas da mãe	1	5,0
	Pressão para amamentar	1	5,0
	Falta de contato com RNPT	2	10,0
	Tempo de internação	1	5,0
	Não sabe informar	2	10,0
	Imaturidade do RNPT	5	25,0

Fonte: Coleta de Dados, 2018.

A Tabela 25 demonstra que, em relação à estrutura, 10% (n=2) das mães relataram que a distância do RNPT é um fator que dificulta o aleitamento materno, assim como o uso de aparelhos (5%, n=1), sonda e copinho (10%, n=2) no RNPT. Em relação ao processo do aleitamento, a imaturidade do RNPT foi relatada por 25% (n=5) das mães e a falta de contato com o RNPT, por 10% (n=2).

Tabela 206 - Fatores que facilitam o aleitamento materno do RNPT na perspectiva das mães atendidas pelos profissionais de saúde do HUPE, segundo a estrutura e processo. Rio de Janeiro/ RJ, Brasil 2018

Variáveis		n	%
Estrutura	RNPT sem aparelhos	1	5,0
	Dormir na UTIN	1	5,0
	Estar perto do RNPT	5	25,0
Processo	Estabilidade do RNPT	3	15,0
	Apoio dos profissionais de saúde (ajuda prática e orientação)	3	15,0
	Sonda, mamadeira	2	10,0
	Ir direto para o seio materno	1	5,0
	Massagem nas mamas	1	5,0
	Tranquilidade da mãe	1	5,0
	Boa pega	1	5,0
	Nada facilita a amamentação	1	5,0

Fonte: Coleta de Dados, 2018.

A Tabela 26 demonstra que, em relação à estrutura, 25% (n=5) das mães relataram que estar perto do RNPT é um fator que facilita o aleitamento materno, assim como dormir na UTIN (5%, n=1) e o RNPT estar sem aparelhos (5%, n=1). Em relação ao processo do aleitamento, a estabilidade do RNPT foi relatada por 15% (n=3) das mães e o apoio dos profissionais de saúde mencionado por 15% (n=3) das mães como facilitador do aleitamento materno.

5.2.1 Resultados das Regressões Logísticas das mães do HUPE

Tabela 217 - Variáveis associadas com a presença de aleitamento materno na ocasião da alta hospitalar, de acordo com os resultados obtidos na análise do modelo logístico. Rio de Janeiro/ RJ, Brasil 2018

Covariáveis	Razão de chance (IC95%)	p-valor
Idade	0.9192 [0.7391; 1.1431]	0,4489
Realização de algum contato pele a pele (toque ou posição canguru) no momento do nascimento	6.1776 [0.5490; 69.5151]	0,1404
Participação em grupo de apoio	0.5646 [0.03428; 9.2989]	0,6892

Fonte: Coleta de Dados, 2018.

Analisando as respostas dadas pelas mães e correlacionando com a presença de aleitamento na alta, observou-se que no modelo de regressão utilizado nenhuma das covariáveis se mostrou significativa.

Tabela 228 - Variáveis associadas com a presença de aleitamento materno na ocasião da alta hospitalar, de acordo com os resultados obtidos na análise do modelo logístico. Rio de Janeiro/ RJ, Brasil 2018

Covariáveis	Coeficiente	Erro padrão	Razão de chance (IC95%)	p-valor
Idade	-0,0615154	0,0350505	0.9403[0.8779; 1.0072]	0,0793
Realização de algum contato pele a pele (toque ou posição canguru) no momento do nascimento	1,89433	1,14186	6.6481[0.7092; 62.3233]	0,0971

Fonte: Coleta de Dados, 2018.

Analisando as respostas dadas pelas mães e correlacionando com a variável “aleitamento materno (exclusivo ou misto) na alta”, o contato pele a pele no momento do nascimento, seja por toque ou posição canguru, mostrou-se significativo, aumentando as chances de a mãe estar em aleitamento materno na alta.

5.3 Resultados referentes à estrutura e ao processo do aleitamento materno de RNPTs na perspectiva dos profissionais de saúde do HUGG

Tabela 239 - Caracterização dos profissionais de saúde de unidades neonatais, segundo os dados sociodemográficos. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018

Variáveis		n	%	Média	DP
Sexo (N=50)	Feminino	45	90,0		
	Masculino	5	10,0		
Idade (N=50)	-	-	-	38.6	9,0
Tempo de formado (N=50)	-	-	-	15.9	8.4
Ensino Superior (N=29 / 58,0%)**	Enfermagem	9	31,0		
	Fisioterapia	4	13,8		
	Medicina	7	24,1		
	Nutrição	1	3,5		
	Serviço Social	2	6,9		
	Psicologia	2	6,9		
	Fonoaudiologia	4	13,8		
Pós-graduação (Especialização) (N=22 / 44,0%)**	Neonatologia e Pediatria	5	22,7		
	Neonatologia	5	22,7		
	Pediatria	1	4,6		
	Outras áreas	11	50,0		
Pós-graduação (Residência) (N=11 / 22%)**	Neonatologia e Pediatria	4	36,4		
	Neonatologia	2	18,1		
	Pediatria	1	9,1		
	Outras áreas	4	36,4		
Pós-graduação (Mestrado) (N=13 / 26,0%)**	Neonatologia e Pediatria	1	7,7		
	Neonatologia	1	7,7		
	Pediatria	1	7,7		
	Outras áreas	10	76,9		

Variáveis		n	%	Média	DP
Pós-graduação (Doutorado) (N=3 / 6%)**	Neonatologia	1	33,3		
	Outras áreas	2	66,7		
Experiência profissional*	-	-	-	15,0	8,4
Experiência na área neonatal*	-	-	-	11,2	8,2
Experiência nesta unidade neonatal*	-	-	-	6,2	7,2
Cargo que ocupa na instituição (N=50)	Enfermeiro	7	14,0		
	Fisioterapeuta	3	6,0		
	Médico	7	14,0		
	Nutricionista	1	2,0		
	Assistente Social	2	4,0		
	Psicólogo	2	4,0		
	Fonoaudiólogo	4	8,0		
	Técnico de Enfermagem	24	48,0		
Turno de trabalho (N=50)	Diurno	31	62,0		
	Noturno	16	32,0		
	Plantão 24 horas	3	6,0		
Outro vínculo de trabalho (N=50)	Sim	33	66,0		
	Não	17	34,0		
	Não se aplica	0	0,0		

Fonte: Coleta de dados, 2018

* Valores nesta linha representam a média $\pm$ desvio padrão.

** Valores percentuais ao lado dos subitens do ensino superior, pós-graduação, residência, mestrado e doutorado representam percentual do total indivíduos que possuíam tal formação.

A Tabela 29 demonstra que 90,0% (n=45) dos profissionais de saúde eram do sexo feminino, com média de idade de 38,6 anos e 15,9 anos de tempo de formação. Dos profissionais de saúde entrevistados, a maioria (58,0%, n=29) possuía ensino superior; 44% (n=22) tinham especialização; 22,0% (n=11) dos entrevistados tinham o curso de residência; 26,0% (n=13), mestrado e 6% (n=3), doutorado. Em relação ao tempo de experiência profissional e na área neonatal, tiveram média de 15 e 11,2 anos respectivamente. Sobre o turno de trabalho, a maioria dos profissionais (62%, n=31) trabalhava somente no período diurno.

Tabela 30 - Estratégias de Promoção ao aleitamento materno do RNPT, segundo a realização de curso/treinamento, comemoração da Semana da Amamentação, realização de eventos e divulgação da prática do aleitamento materno. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018

Variáveis		n	%	Média	DP
Curso/treinamento no local de trabalho (N=50)	Sim	8	16,0	4,5	5,3
	Não	42	84,0		
Tempo de realização do curso*	-				
Existência de diretriz, protocolo ou rotina (N=50)	Sim	10	20,0	4,5	5,3
	Não	18	36,0		
	Ignora	22	44,0		
Comemoração da Semana da Amamentação na instituição (N=50)	Sim	17	34,0	4,5	5,3
	Não	13	26,0		
	Ignora	20	40,0		
Atividades realizadas durante a Semana da Amamentação (N=37)	Palestras	11	29,7	4,5	5,3
	Cursos	1	2,7		
	Divulgação por cartazes	1	2,7		
	Não sabe informar	24	64,9		
Realização de eventos (N=50)	Sim	11	22,0	4,5	5,3
	Não	12	24,0		
	Não sabe informar	27	54,0		
Frequência dos eventos no ano (N=38)	1 vez/ano	2	5,3	4,5	5,3
	2 vezes/ano	4	10,5		
	>2 vezes/ano	1	2,6		
	Não sabe informar	31	81,6		
Atividades realizadas para divulgar a prática do aleitamento materno no RNPT (N=50)	Distribuição de folhetos	3	6,0	4,5	5,3
	Disposição de cartazes e/ou banner	8	16,0		
	Outros	3	6,0		
	Não sabe informar	36	72,0		
Responsável pela atividade da divulgação (N=50)	Chefia da Maternidade	1	2,0	4,5	5,3
	Não sabe informar	49	98,0		

Variáveis		n	%	Média	DP
Propaganda de incentivo a mamadeira/chupeta (N=98)	Não	50	100,0		

Fonte: Coleta de dados, 2018

A Tabela 30 apresenta que 16,0% (n=8) dos profissionais de saúde afirmaram ter recebido treinamento sobre a temática do aleitamento materno no seu local de trabalho, sendo a média de tempo desde o último treinamento realizado de 4,5 anos e desvio padrão 5,3 anos; 36,0% (n=18) dos profissionais afirmaram que não existia diretriz, protocolo ou rotina sobre o manejo do aleitamento materno na instituição a que estava vinculado e 44,0% (n=22) não sabiam informar; 24% (n=12) e 26% (n=13) dos profissionais afirmaram que as instituições não realizavam eventos ou atividades de comemoração da Semana Mundial da Amamentação, respectivamente, e dos 34,0% (n=17) que responderam que o evento era comemorado, 29,7% (n=11) desses informaram que a comemoração era realizada por meio de palestras sobre a temática. Em relação à frequência de realização de eventos sobre amamentação, 81,6% (n=31) dos profissionais não sabiam informar. Sobre as atividades realizadas para divulgar a prática do aleitamento materno no RNPT, 16,0% (n=8) afirmaram que havia divulgação de cartazes e/ou *banners* nas instituições, e 2,0% (n=1) afirmaram que essas atividades eram realizadas pela chefia da maternidade e 98% (n=49) não souberam informar. Cabe ressaltar que 100% (n=50) dos profissionais de saúde relataram que não existiam propagandas que incentivassem o uso de bicos, chupetas e mamadeiras nas instituições.

Tabela 241 - Estratégias de Proteção ao aleitamento materno do RNPT, segundo os direitos garantidos por legislação. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018

Variáveis		n	%
Orientação quanto a algum de seus direitos (N=50)	Mãe	46	92,0
	Pai	36	72,0
	Outro familiar	24	48,0
Orientação sobre o direito da criança de ser amamentada durante a internação (N=50)	Mãe	43	86,0
	Pai	31	62,0
	Outro familiar	23	46,0
Orientação sobre o direito da criança da permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável durante a sua internação (N=50)	Mãe	34	68,0
	Pai	27	54,0
	Outro familiar	16	32,0

Variáveis		n	%
Orientação sobre a Licença-Maternidade (N=50)	Mãe	28	56,0
	Pai	23	46,0
	Outro familiar	11	22,0
Orientação sobre a Licença-Paternidade (N=50)	Mãe	26	52,0
	Pai	24	48,0
	Outro familiar	10	20,0
Orientação sobre o direito à garantia de emprego (N=50)	Mãe	19	38,0
	Pai	16	32,0
	Outro familiar	7	14,0
Orientação sobre o direito à creche (N=50)	Mãe	9	18,0
	Pai	5	10,0
	Outro familiar	3	6,0
Orientação sobre as pausas para amamentar durante o trabalho (N=50)	Mãe	24	48,0
	Pai	14	28,0
	Outro familiar	7	14,0
Profissional que realiza as orientações (N=50)	O próprio profissional	46	92,0
	Serviço Social	9	18,0
	Chefia da maternidade	1	2,0
	Outros	5	10,0
Momento da orientação (N=50)	Pré-natal	3	6,0
	Durante a internação	41	82,0
	Após a alta, no ambulatório	2	4,0
	Não se aplica	4	8,0

Fonte: Coleta de dados, 2018

A Tabela 31 mostra que 92,0% (n=46) dos profissionais de saúde orientaram as mães, 72,0% (n=36) orientaram os pais e 48,0% (n=24), outros familiares sobre algum dos seus direitos; 86,0% (n=43) dos profissionais orientaram a mãe, 62% (n=31), o pai e 46,0% (n=23), outros familiares sobre o direito da criança de ser amamentada durante a internação; 68,0% (n=34) orientaram a mãe, 54,0% (n=27), o pai e 32,0% (n=16), outros familiares sobre o direito

da criança da permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável durante a sua internação; 56% (n=28) dos profissionais de saúde orientaram a mãe, 46,0% (n=23), o pai e 22,0% (n=11), outros familiares sobre a licença-maternidade; 52,0% (n=26) dos profissionais orientaram as mães, 48,0% (n=24), os pais e 20,0% (n=10), outros familiares sobre a licença-paternidade; sobre o direito à garantia de emprego, 38,0% (n=19) dos profissionais orientaram as mães, 32,0% (n=16), os pais e 14,0% (n=7), outros familiares; 18,0% (n=9) dos profissionais orientaram as mães, 10,0% (n=5), os pais e 6,0% (n=3), outros familiares sobre o direito à creche; e 48,0% (n=24) dos profissionais orientaram as mães, 28% (n=14), os pais e 14,0% (n=7), outros familiares sobre as pausas para amamentar durante o trabalho.

Tabela 252 - Estratégia de apoio ao aleitamento materno do RNPT, segundo a orientação e o acompanhamento da ordenha mamária. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018

Variáveis		n	%
Orientação sobre ordenha na 1ª ida da mãe à UTIN (N=50)	Mãe	36	72,0
	Pai	11	22,0
	Outro familiar	3	6,0
Frequência da ordenha (N=50)	3 em 3 horas	27	54,0
	Sempre que possível	12	24,0
	Outros	6	12,0
	Não orienta	5	10,0
Local da realização da ordenha (N=50)	Unidade Neonatal	48	96,0
	Domicílio	1	2,0
	Não sabe informar	1	2,0
Acompanha a mãe na realização da 1ª ordenha (N=50)	Sim	27	54,0
	Não	23	46,0

Fonte: Coleta de dados, 2018

A Tabela 32 apresenta que 72,0% (n=36) dos profissionais de saúde realizaram orientações sobre ordenha mamária para a mãe, 22,0% (n=11), para o pai e 6% (n=3), para outros familiares, na 1ª ida da mãe à UTIN. Desses, 54,0% (n=27) forneceram orientação de que a ordenha deve ser feita pelo menos de três em três horas; 96,0% (n=48) informaram que a primeira ordenha era realizada na própria unidade neonatal e 54,0% (n=27) acompanhavam a mãe na realização da primeira ordenha.

Tabela 263 - Estratégia de Apoio ao aleitamento materno do RNPT, segundo o contato pele a pele (toque e posição canguru). Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018

Variáveis		n	%
Estimula a realização do contato pele a pele (toque) (N=50)	Mãe	49	98,0
	Pai	33	66,0
	Outro familiar	7	14,0
Existência de critério para iniciar o contato pele a pele (toque) (N=50)	Sim	24	48,0
	Não	19	38,0
	Não sabe informar	7	14,0
Critério para iniciar o contato pele a pele (toque) (N=24)	Estabilidade clínica	20	83,3
	Peso $\geq$ 1500 g	6	25,0
	IG $>$ 32	3	12,5
	Outros	5	20,8
	Não sabe informar	1	4,1
Estimula a realização do contato pele a pele (posição canguru) (N=50)	Mãe	43	86,0
	Pai	20	40,0
	Outro familiar	2	4,0
Existência de critério para iniciar a posição canguru (N=50)	Sim	37	74,0
	Não	5	10,0
	Não sabe informar	8	16,0
Critério para iniciar a posição canguru (N=37)	Estabilidade clínica	33	89,2
	Peso $\geq$ 1500 g	16	43,2
	IG $>$ 32	6	16,2
	Outros	5	13,5
Orientação para a mãe realizar a posição canguru no domicílio (N=50)	Mãe	19	38,0
	Pai	8	16,0
	Outro familiar	3	6,0

Fonte: Coleta de dados, 2018

A Tabela 33 mostra que 98,0% (n=49) dos profissionais afirmaram que estimulavam a mãe a realizar o contato pele a pele através do toque; 66,0% (n=33) estimulavam o pai e 14,0% (n=7), outros membros da família; 48,0% (n=24) disseram que existe critério para iniciar o contato pele a pele pelo toque e, desses, 83,3% (n=20) afirmaram que se deve esperar o RNPT atingir a estabilidade clínica; 86,0% (n=43) dos profissionais de saúde estimulavam as mães a realizarem a posição canguru, 40,0% (n=20) estimulavam o pai e 4,0% (n=2), outros membros

da família; 74,0% (n=37) dos profissionais de saúde informaram que existe critério para iniciar a posição canguru e, desses, 89,2% (n=33) apontaram a estabilidade clínica como critério. Em relação à orientação da realização da posição canguru no domicílio, 38,0% (n=19) dos profissionais realizaram essa orientação para a mãe, 16,0% (n=8), para os pais e 6,0% (n=3), para outros membros da família.

Tabela 274 – Critérios para o início do aleitamento materno e da amamentação do RNPT, segundo a perspectiva dos profissionais de saúde. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018

Variáveis		n	%
Existência de critério para iniciar o aleitamento materno (N=50)	Sim	42	84,0
	Não	7	14,0
	Não sabe informar	1	2,0
Critério para iniciar o aleitamento materno (N=42)	Estabilidade clínica	30	71,4
	Peso $\geq$ 1500 g	10	23,8
	IG > 32 semanas	5	11,9
	Outros	15	35,7
	Não sabe informar	4	9,5
Existência de critério para iniciar a amamentação (seio materno) (N=50)	Sim	47	94,0
	Não	1	2,0
	Não sabe informar	2	4,0
Critério para iniciar a amamentação (seio materno) (N=47)	Estabilidade clínica	36	76,6
	Peso $\geq$ 1500 g	22	46,8
	IG > 32 semanas	15	31,9
	Outros	11	23,4

Fonte: Coleta de dados, 2018

A Tabela 34 demonstra que 84,0% (n=42) dos entrevistados afirmaram que existe critério para iniciar a aleitamento materno e, desses, 71,4% (n=30) elegeram a estabilidade clínica como um dos critérios para o início da prática do aleitamento materno. Em relação ao início da amamentação, 94,0% (n=47) dos entrevistados afirmaram que existe critério para iniciar a amamentação e 76,6% (n=36) elegeram a estabilidade clínica como um dos critérios.

Tabela 285 - Estratégias de Apoio ao aleitamento materno do RNPT segundo o grupo de apoio à amamentação. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018

Variáveis		n	%
Grupo de apoio para amamentação (N=50)	Sim	9	18,0
	Não	31	62,0
	Não sabe informar	10	20,0
Momento em que o grupo de apoio é oferecido (N=9)	Pré-natal	2	22,2
	Durante a internação da mãe na maternidade	3	33,3
	Depois da alta da mãe e durante a internação do bebê	3	33,3
	Ignorado	1	11,1
Frequência das reuniões do grupo de apoio (N=9)	Ignorado	9	100,0
Número de telefone para sanar dúvidas em relação à amamentação após a alta (N=50)	Sim	16	32,0
	Não	17	34,0
	Ignorado	17	34,0

Fonte: Coleta de dados, 2018

A Tabela 35 mostra que 18,0% (n=9) dos profissionais de saúde disseram que existia grupo de apoio para a amamentação na instituição e, desses, 33,3% (n=3) relataram que esses grupos eram oferecidos durante a internação da mãe na maternidade. Em relação à frequência da realização dos grupos, 100% (n=9) ignoravam a informação; 32% (n=16) dos profissionais afirmaram que a instituição disponibilizava um número de telefone para sanar dúvidas em relação à amamentação após a alta hospitalar do RNPT.

Tabela 296 Estratégias de Apoio ao aleitamento materno do RNPT segundo o fornecimento de orientação e ajuda às mães de RNPTs a para amamentar. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018

Variáveis		n	%
Fornecimento de orientações sobre amamentação durante a internação (N=50)	Sim	47	94,0
	Não	3	6,0
Frequência das orientações (N=50)	Sempre	27	54,0
	Frequentemente	11	22,0
	Às vezes	9	18,0
	Nunca	3	6,0
Fornecimento de ajuda à mãe para amamentar (N=50)	Sim	45	90,0
	Não	5	10,0

Variáveis		n	%
Frequência da ajuda (N=50)	Sempre	17	34,0
	Frequentemente	10	20,0
	Às vezes	18	36,0
	Nunca	5	10,0
Tipo de ajuda (N=45)	Apenas informação	3	6,7
	Apenas ajuda prática	4	8,9
	Informação e ajuda prática	38	84,4
Acesso a grupos/serviços de apoio após a alta hospitalar (N=50)	Sim	17	34,0
	Não	25	50,0
	Ignorado	8	16,0
Local do grupo de apoio (N=17)	Ambulatório	11	64,7
	Ignorado	4	23,5
	Outros	2	11,8

Fonte: Coleta de dados, 2018

A Tabela 36 apresenta que 94,0% (n=47) dos entrevistados afirmaram que orientavam a mãe em relação à amamentação e 90,0% (n=45) ajudavam a mãe a amamentar; 54,0% (n=27) afirmaram que sempre ajudavam e 84,4% (n=38) ofereciam essa ajuda com informação mais ajuda prática; 34,0% (n=17) relataram que a instituição referenciava a mãe a grupos/serviços de apoio após a alta hospitalar e, desses, 64,7% (n=11) disseram que esses grupos eram oferecidos pelo Banco de Leite Humano da instituição.

Tabela 307 - Estratégias de Apoio ao aleitamento materno do RNPT utilizadas pelos profissionais de saúde segundo a frequência da amamentação e a indicação do uso de chupetas. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018

Variáveis		n	%
Frequência da amamentação (N=50)	Apenas Livre demanda	26	52,0
	Apenas de 3 em 3 horas	23	46,0
	Livre demanda, porém respeitando intervalo máximo de 3 horas	1	2,0
Indicação do uso de chupetas (N=50)	Alívio da dor	26	52,0
	Separação mãe-bebê	18	36,0
	Mães portadoras do vírus HIV	35	70,0
	RNPTs Cardiopatas	8	16,0
	RNPT em dieta zero	10	20,0
	RNPT estressado, irritado	14	28,0
	Outros	15	30,0

Fonte: Coleta de dados, 2018

A Tabela 37 mostra que 52,0% (n=26) dos profissionais afirmaram que a amamentação era por livre demanda e 56,0% (n=23), de forma regular, de três em três horas. Sobre as indicações do uso de chupetas, 70,0% (n=35) relataram que ela é indicada quando a mãe é portadora do vírus HIV e 52,0% (n=26), para alívio da dor durante procedimentos dolorosos.

Tabela 318 - Fatores que dificultam o aleitamento materno do RNPT na perspectiva dos profissionais de saúde do HUGG, segundo a estrutura, processo, condições maternas e do RNPT. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018

Variáveis		n	%
Estrutura	Infraestrutura da UTIN	7	14,0
	Falta de alojamento conjunto	1	2,0
	Falta do BLH	1	2,0
	Distância do setor	2	4,0
Processo:	Falta de orientação, incentivo, estímulo à mãe	5	10,0
	Falta de preparo no pré-natal	2	4,0
	Falta de humanização do atendimento	1	2,0
	Mudança de paradigma	1	2,0
Condições maternas:	Falta de desejo da mãe	11	22,0
	Indisponibilidade da mãe	4	8,0
	Medo da mãe	1	2,0
Condições do RNPT	Instabilidade clínica do RNPT	5	10,0
	Imaturidade fisiológica do RNPT	5	10,0
	Peso do RNPT	2	4,0
	Tempo de hospitalização do RNPT prolongado	1	2,0
	Falta de vínculo	1	2,0

Fonte: Coleta de Dados, 2018.

A Tabela 38 demonstra que, em relação à estrutura, 14,0% (n=7) dos profissionais de saúde relataram que a infraestrutura da UTIN é um fator que dificulta o aleitamento materno. Em relação ao processo do aleitamento, a falta de orientação, incentivo, estímulo à mãe foi relatada por 10,0% (n=5) dos profissionais de saúde. Sobre as condições maternas, a falta de desejo da mãe foi mencionada por 22,0% (n=11). E, sobre as condições do RNPT: a instabilidade clínica do RNPT por 10,0% (n=5), imaturidade fisiológica do RNPT por 10,0% (n=5) e peso do RNPT por 4% (n=2).

Tabela 329 - Fatores que facilitam o aleitamento materno do RNPT na perspectiva dos profissionais de saúde do HUGG segundo a estrutura, processo, condições maternas e do RNPT. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018

Variáveis		n	%
Estrutura	Infraestrutura da UTIN	2	4,0
	Alojamento conjunto	3	6,0
	Equipe capacitada	1	2,0
	Profissionais de saúde disponíveis	1	2,0
	Acesso da mãe ao setor da UTIN	1	2,0
	Campanhas de aleitamento materno	1	2,0
	Práticas humanizadas no atendimento	1	2,0
Processo	Apoio da equipe multidisciplinar	9	18,0
Condições maternas:	Vontade, desejo materno de amamentar	11	22,0
	Presença, disponibilidade materna para amamentar	5	10,0
	Vínculo mãe-bebê	4	8,0
	Posição canguru	2	4,0
	Amor pelo RNPT	1	2,0
	Conhecimento da mãe	4	8,0
Condições do RNPT	Estabilidade clínica do RNPT	2	4,0
	Ganho de peso diário	2	4,0

Fonte: Coleta de Dados, 2018.

A Tabela 39 mostra que, em relação à estrutura, 4% (n=2) dos profissionais de saúde consideravam que a formação do profissional de saúde facilita o aleitamento materno do RNPT, assim como a instituição de saúde ter um alojamento conjunto (6%, n=3). Em relação ao processo do aleitamento materno, 18% (n=9) dos profissionais de saúde apontaram o apoio da equipe multiprofissional, 22% (n=11), a vontade e o desejo materno e 10% (n=5), a presença, disponibilidade materna.

5.3.1 Resultados das Regressões Logísticas do HUGG

Tabela 40 - Variáveis associadas com o profissional de saúde orientar a mãe na ordenha durante primeiro encontro na UTI neonatal, de acordo com os resultados obtidos na análise do modelo logístico. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018

Covariáveis	Razão de riscos (IC95%)	p-valor
Tempo de experiência na área neonatal	0.9866 [0.9118; 1.0676]	0.738
Especialização neonatal e em pediatria	0.4550 [0.0554; 3.7383]	0.464
Participação prévia em cursos	2.6751 [0.2808; 25.4809]	0.392
Ter graduação em enfermagem	2.7450 [0.2866; 26.2854]	0.381

Fonte: Coleta de Dados, 2018.

Considerando as covariáveis tempo de experiência na área neonatal, ter especialização neonatal e em pediatria, participação prévia em cursos e ter graduação em enfermagem, nenhuma variável mostrou-se significativa ($p > 0,10$), interferindo na probabilidade de o profissional orientar a mãe na ordenha durante primeiro encontro na UTI neonatal.

Tabela 41 - Variáveis associadas com o profissional de saúde ajudar a mãe a amamentar durante a internação do bebê, de acordo com os resultados obtidos na análise do modelo logístico. Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2018

Covariáveis	Coeficiente	Erro padrão	p-valor
Tempo de experiência na área neonatal	0.003564	0.06406	0.9556
Especialização neonatal e em pediatria	-0.8394	1.280	0.5119
Participação prévia em cursos	16.8	3286	0.9959
Ter graduação em enfermagem	16.84	3286	0.9959

Fonte: Coleta de Dados, 2018.

No que diz respeito a o profissional ajudar a mãe a amamentar durante a internação do RNPT, no modelo de regressão logística considerado nenhuma das covariáveis mostrou-se significativa. Foi visto que a maioria dos profissionais ajudava a mãe a amamentar, independente de qualquer variável considerada no modelo.

6. DISCUSSÃO

A qualidade da assistência em aleitamento materno prestada depende do tripé estrutura, processo e resultado. Segundo Donabedian (2005) a estrutura mais adequada aumenta a probabilidade de a assistência prestada ser de melhor qualidade. Estudos comprovam que a estrutura organizacional, física/material e recursos humanos da UTIN podem influenciar nas taxas de aleitamento materno do RNPT (PIERRAT, et al. 2016; FLACKING, R., DYKES, F. 2013).

Em relação à estrutura organizacional das instituições de saúde deste estudo, a instituição 1 possuía uma política de aleitamento materno instituída pelo título IHAC, no entanto, uma parcela dos profissionais dessa instituição (11,2%, n=11) informou que a mesma não possuía uma diretriz/protocolo/rotina em relação ao aleitamento materno e 12,3% não sabiam informar. Tais dados mostram possíveis fragilidades no cumprimento do 1º passo da IHAC-Neo, que prevê que a política de aleitamento materno da instituição seja rotineiramente comunicada para todos os profissionais de saúde. A instituição 2 não possuía o título IHAC, assim não tinha uma estrutura organizacional específica que contemplasse as questões do aleitamento materno. As duas instituições tinham uma política de acesso aberto aos pais dos RNPTs, dessa forma, os mesmos poderiam permanecer 24 horas com o RNPT.

Pierrat et al. (2016), em seu estudo prospectivo, de base populacional, realizado em 66 unidades neonatais na França, mostrou que as mães eram propensas a realizar a ordenha mamária nas unidades neonatais que tinham uma política de aleitamento materno instituída. Além disso, constatou que a política de acesso aberto aos pais nas unidades de terapia intensiva neonatal francesas era quase universal (89%), no entanto faltavam instalações para a permanência dos pais nas unidades.

As condições em relação à estrutura física das duas instituições de saúde pesquisadas precisam ser melhoradas a fim de alcançar o que preconiza o 7º passo da IHAC-Neo, pois não basta apenas permitir a permanência dos pais, as instituições devem oferecer condições mínimas de alimentação e conforto para essa permanência.

Apesar de a instituição 1 oferecer um alojamento para as mães com seis leitos, com direito às três refeições principais diariamente, a permanência do pai não era permitida dentro desse alojamento materno. Pela regra da instituição, era permitido ao pai ficar ao lado da incubadora/berço dentro unidade neonatal, em uma cadeira acolchoada sem apoio para os braços. E, em relação ao mobiliário para a prática da amamentação em si, a instituição 1 oferecia

três poltronas. Nota-se que os tipos de acomodação (alojamento materno e poltronas) estão em quantidades inferiores ao número de recém-nascidos internados na UTIN, que na época da coleta de dados eram 15 RNPTs, portanto, nove mães não tinham como permanecer no alojamento materno durante o período de internação do RNPT e 12 mães não poderiam amamentar na poltrona no mesmo momento que as outras três.

A instituição 2 ainda não oferecia nenhum tipo de alimentação para a mãe, nem leito ou poltronas para a permanência da mãe/pai na UTIN, oferecia somente cadeiras sem apoio para o braço.

O estudo etnográfico de Flacking e Dykes (2013), realizado em duas UTINs na Suécia e duas UTINs na Inglaterra, mostrou que o espaço físico influencia nas experiências e práticas dos pais relacionadas à alimentação de bebês prematuros em UTIN. Foram entrevistados e observados 52 mães, 19 pais e 102 profissionais de saúde. Os resultados mostraram que, para as mães, o espaço físico que propiciou mais sentimentos de: ser mãe ao invés de visita; estar em um ambiente de conforto, caloroso e de normalidade, que permite privacidade, aproximação e prestar atenção apenas no bebê e alimentá-lo por meio da detecção dos sinais de fome; regular a socialização, foi em uma UTIN sueca que oferecia um espaço onde os pais e o bebê ficavam juntos sem nenhuma interrupção e a proximidade física ocorria logo após o nascimento. A sala era silenciosa e mal iluminada, com cortinas fechadas; com uma televisão em volume baixo ou mudo. Os pais podiam ir até a cozinha da unidade, fazer refeições ou levar a comida de volta para o quarto. Outra opção de acomodação que existia, nas quatro UTINs estudadas, era um espaço junto às incubadoras com leitos ou cadeiras confortáveis disponíveis para os pais, demonstrando a importância de os mesmos ficarem com seus bebês. A opção de acomodação que foi avaliada como uma barreira à presença dos pais foi a de que não havia cadeiras reclináveis, mas, sim, cadeiras de madeira ou de plástico com pouco conforto e que os pais eram proibidos de comer ou beber qualquer coisa, exceto água, na mesma sala em que seu bebê era cuidado.

Corroborando com os achados acima, Pierrat, et al. (2016) mostrou que na França 39% das UTINs ofereciam camas para os pais dentro das unidades neonatais; 48% ofereciam camas fora das unidades; 45% ofereciam alimentação com bebida; e 39%, banheiros com chuveiro. Apesar dos resultados encontrados, os autores apontaram que ainda existiam lacunas referentes à estrutura física da unidade para a permanência dos pais.

No entanto, cabe destacar os avanços das estruturas físicas e materiais das UTINs francesas em relação às brasileiras, pois algumas UTINs brasileiras ainda não foram planejadas para receber a família durante a sua construção.

No Brasil, a Resolução nº 41, de 13 de outubro de 1995, tornou 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, e a Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012, complementada pela Portaria nº 3.389, de 30 de dezembro de 2013, reafirma o compromisso de garantir o direito da criança hospitalizada de ter a presença de um acompanhante durante todo o seu período de internação (BRASIL, 2012; BRASIL, 1995). Tais medidas legais visam favorecer principalmente a presença materna, que é fundamental para o estabelecimento do processo do aleitamento materno do RNPT.

Apesar dos dispositivos legais, ressalta-se que a UTIN da instituição 2 foi construída antes de 1995, tornando necessária a adequação do ambiente para atender às normas, incluindo adaptações na estrutura organizacional, física, material e de recursos humanos. Já a UTIN da instituição 1 foi construída em 2006 e funciona em um prédio denominado “Núcleo Perinatal”. Apesar disso, ainda são necessárias adequações para atender todas as mães dos RNPTs internados na instituição.

Cabe ressaltar que neste estudo algumas questões relacionadas à estrutura física foram mencionadas como fatores que dificultam o aleitamento materno dos RNPTs, tais como: a falta de alojamento materno para permanência de todas as mães e a infraestrutura da UTIN, que foram citadas pelos profissionais de saúde das duas instituições e pelas mães da instituição 1.

Em conformidade com esses resultados, na perspectiva das mães a possibilidade de dormir dentro da UTIN ao invés do alojamento materno e estar perto do RNPT foi considerada como um facilitador da prática do aleitamento materno.

Na perspectiva dos profissionais de saúde da instituição 1, ter o BLH é um fator considerado facilitador e na instituição 2 não ter o BLH foi considerado como dificultador da prática do aleitamento materno.

A estrutura de recursos humanos das instituições de saúde, segundo o 2º passo da IHAC-Neo, deve ser capacitada e treinada em conhecimentos e habilidades necessários para implementação de uma política em aleitamento materno. Esse treinamento se dá por meio das capacitações profissionais, eventos sobre a temática e pelo curso da IHAC/cuidado à mulher de

20 horas, que são consideradas estratégias de promoção ao aleitamento materno (BRASIL, 2017b).

Apesar de a instituição 2 não ter o título IHAC, uma parcela dos profissionais de saúde (16,0%, n=8) realizou treinamento em aleitamento materno oferecido na instituição, sendo a média de tempo dos profissionais que realizaram 4,5 anos. Na instituição 1, a maioria dos profissionais de saúde (76,5%, n=75) informou ter recebido algum tipo de curso/treinamento em aleitamento materno no seu local de trabalho, no entanto a média de tempo de realização da última capacitação foi de 7,1 anos (DP=4,6 anos).

Na instituição 1, apesar de 62,3% (n=61) dos profissionais de saúde terem relatado que a instituição ofereceu eventos sobre o tema aleitamento materno e 57,1% (n=56) relataram que ocorriam atividades de comemoração da Semana da Amamentação, havia pouca participação dos profissionais de saúde em tais atividades, ou por não saberem da existência das atividades, ou por falta de incentivo. Desse modo, os dados mostram a necessidade de as chefias do serviço estimularem a participação dos profissionais de saúde da unidade neonatal nos eventos científicos promovidos pelas instituições.

No estudo de Pierrat et al. (2016), o suporte profissional para o aleitamento materno estava disponível na maioria das UTINs francesas (88%), mas 33% desses profissionais não haviam recebido nenhum treinamento formal em lactação humana. Apenas 17% dos profissionais estavam disponíveis de forma integral para o suporte a amamentação e 38% estavam disponíveis em parte. Cabe destacar que a retirada do leite materno realizado pelas mães foi maior nas unidades que tinham profissionais treinados e com disponibilidade de tempo integral para o aleitamento materno (60% vs 73%; $p < 0,0001$).

Cabe destacar que outras características importantes da estrutura se referem aos recursos humanos das instituições de saúde, além das capacitações para melhorar a qualidade da assistência prestada ao aleitamento materno, tais como a formação, desde a graduação até a pós-graduação, tempo de experiência profissional na área neonatal.

Na instituição 1, os resultados mostram que a chance de o profissional de saúde orientar a mãe em relação à ordenha mamária no seu primeiro contato com ela na UTIN aumenta em 4,8% conforme aumenta em 1 ano o tempo de experiência na área neonatal desse profissional. Além disso, a chance de o profissional de saúde ajudar na amamentação aumenta em 12,7% se o mesmo tiver graduação em enfermagem. Tais dados mostram a importância do cumprimento do 2º passo da IHAC-Neo, que visa à capacitação de toda a equipe, ressaltando a necessidade

do treinamento de toda a equipe multiprofissional, não somente de enfermeiros, e principalmente de profissionais de saúde com pouca experiência na área neonatal.

Além dos componentes da estrutura das instituições de saúde, o processo de início e manutenção do aleitamento materno do RNPT também é influenciado por questões sociodemográficas das mães, do pré-natal, parto e nascimento, além das condições dos próprios RNPTs, como estabilidade clínica, prontidão para amamentação e ainda pela realização de ações de promoção, proteção e apoio.

A média de idade das mães que participaram da amostra do presente estudo foi de 29 anos, que indicou um grupo de mulheres jovens adultas. Cabe destacar que nenhuma das mães entrevistadas era adolescente, pois a idade mínima e máxima variaram de 20 a 38 anos. Além disso, 80% (n=17) das mães possuíam o ensino médio completo e 100% (n=20) das mães tinham renda familiar acima de 1 salário mínimo. Tais condições socioeconômicas favorecem a prática do aleitamento materno, pois estudos mostram que as condições maternas como baixa instrução, renda mensal inferior a um salário mínimo, idade menor que 25 anos são referidas como preponderantes para o desmame precoce (KARALL et al., 2015, AZEVEDO, CUNHA, 2013).

Apesar de as mães entrevistadas no presente estudo apresentarem condições sociodemográficas favoráveis à prática da amamentação, elas ainda são consideradas um grupo de risco para o desmame precoce, devido à situação da prematuridade. Por isso, os profissionais de saúde devem estar atentos aos grupos de risco para o desmame precoce, com a finalidade de fortalecer as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, mediante intervenções, como, por exemplo, o aconselhamento individual ou em grupo, que pode ser realizado durante o pré-natal e reforçado durante todo o período de hospitalização dos prematuros (ROLLINS, et al., 2016).

As mães entrevistadas realizaram uma média de 6,25 consultas de pré-natal, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, e 65,0% (n=13) receberam informações de aleitamento materno durante as consultas, sendo considerado um fator protetivo para amamentação no contexto da instituição 1, que atende pré-natal de alto risco.

Neste estudo a grande maioria (85,0%, n=17) das mães fez cesárea, e nenhum RNPT foi amamentado na primeira hora de vida. A cesárea foi apontada como o fator de risco mais consistente para a não amamentação na primeira hora de vida, além da prematuridade (ESTEVES, et al., 2014). Outro estudo aponta que as ocorrências de problemas de saúde da criança, como, por exemplo, o desconforto respiratório, são consideradas a principal razão para

a não realização da amamentação na primeira hora de vida (BELO, et al., 2014). Destaca-se que a necessidade de reanimação, intercorrências clínicas com a 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. No presente estudo, apesar de uma grande parte dos prematuros ter sofrido reanimação neonatal (65,0%, n=13) e intercorrências no nascimento (70,0%, n=14), 20,0% (n=4) deles realizaram o contato pele a pele logo após o nascimento, mas nenhum foi amamentado na primeira hora de vida.

Os fatores associados ao estabelecimento precoce da amamentação são o contato pele a pele contínuo, a minimização do uso de chupetas durante a transição para o seio materno e a prática clínica admitir mães/família à unidade de terapia intensiva neonatal juntamente com o bebê, imediatamente após o parto (BELO, et al., 2014).

No presente estudo, o fato de ter realizado algum contato pele a pele no momento do nascimento ($p=0,10$) aumentou a probabilidade de o RNPT estar em aleitamento materno (ou exclusivo ou misto) na alta. Corroborando com esses dados, o estudo de Gianni et al. (2016) demonstrou que a mãe ter sido encorajada a praticar o cuidado canguru evidenciou uma tendência protetora ao aleitamento materno exclusivo. Um estudo prospectivo de uma coorte de recém-nascidos prematuros que foram assistidos pelo Método Canguru mostrou uma prevalência do aleitamento materno exclusivo de 56,2% na ocasião da alta hospitalar (MENEZES et al., 2014). Dessa forma, os estudos mencionados mostram que o estímulo ao contato pele a pele é importante para o aumento da prática da amamentação exclusiva.

Os aspectos como baixo peso, prematuridade e presença de intercorrências ao nascimento podem estar ligados ao aleitamento materno misto, mesmo que as mães apresentem disponibilidade física e de tempo para o aleitamento (BELO, et al., 2014).

No presente estudo, 90,0% dos RNPTs tinham peso inferior a 2.500 g e 40,0% dos RNPTs deste estudo tinham uma idade gestacional inferior a 32 semanas, sendo um fator preocupante na amostra estudada, já que em um estudo realizado no Brasil foi constatado um risco de 2,6 vezes maior de interrupção do aleitamento materno entre prematuros de idade gestacional inferior a 32 semanas (FREITAS, et al., 2016).

O estudo de Belo et al. (2014), realizado com 93 RNPTs e 469 recém-nascidos a termo, comprovou que os bebês prematuros ou de baixo peso ao nascer possuem chances significativamente mais baixas de amamentação oportuna do que bebês nascidos a termo. Tal situação ocorre especialmente pela imaturidade/fragilidade do bebê prematuro, principalmente

no que tange às questões de fragilidade muscular, acarretando em dificuldades de sucção no seio materno (RODRIGUES, et al. 2013).

Devido às particularidades supracitadas, os profissionais de saúde necessitam conhecer quando o prematuro apresenta sinais de prontidão para amamentação e estimular a sucção, deglutição e respiração do RNPT a fim de apoiar e favorecer o início da amamentação.

A necessidade do uso de suporte ventilatório também foi apontada como um fator que atrasa o estabelecimento do aleitamento materno exclusivo do recém-nascido prematuro durante a internação na unidade neonatal (BELO, et al., 2014). No presente estudo, 90,0% dos RNPTs utilizaram suporte ventilatório e apenas 20,0% dos RNPTs saíram em aleitamento materno exclusivo.

O tempo de internação também é considerado fator de risco para o desmame. O estudo de Ericson et al. (2018) mostrou que o maior tempo de internação na UTIN aumentou o risco de cessação da amamentação durante os primeiros 12 meses do RNPT. A média do total de dias de internação hospitalar dos bebês (35,8 dias) aqui apresentada caracteriza um longo período de hospitalização.

Portanto, os gestores e os profissionais de saúde devem levar em conta as condições das mães e dos RNPTs que interferem no processo de aleitamento materno, no momento do planejamento e da realização da assistência. Para facilitar esse processo, os profissionais de saúde podem lançar mão das estratégias de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

Em relação às atividades realizadas para promoção do aleitamento materno, pelos relatos dos profissionais de saúde das duas instituições, nota-se pouca variedade das ações, restringindo-se apenas a disposições de cartazes e *banners*. Os dados também mostram que 67,3% dos profissionais de saúde da instituição 1 e 28,0% da instituição 2 afirmaram que as atividades de divulgação eram realizadas, mas a maioria dos profissionais não sabia quem era o responsável pelas mesmas, portanto, não se sentiam responsáveis pela tarefa. Ressalta-se que as atividades de divulgação por meio de cartazes e *banners* dentro da UTIN e na maternidade como um todo, realizadas pela instituição 1, foram percebidas por 100% das mães entrevistadas.

Na revisão sistemática de Rollins et al. (2016) foi identificado um estudo que versava sobre o efeito da mídia de massa ou social na amamentação, sugerindo que esta tem um efeito substancial sobre a iniciação precoce da amamentação (RR 5,33 [2,33; 12,19]).

Devido a isso, se faz necessária a ampliação das ações de promoção ao aleitamento materno do RNPT nas instituições pesquisadas, com a divulgação de vídeos das campanhas do

Ministério da Saúde nas mídias de massa, como nas televisões das salas de espera e acesso a sites, aplicativos sobre aleitamento materno, dentre outros.

Já, em relação às estratégias de proteção ao aleitamento materno, menos da metade dos profissionais da equipe de saúde orientava em relação a todos os direitos trabalhistas (licença-maternidade, paternidade, garantia de emprego, creche e pausas para amamentar durante o trabalho), com exceção da instituição 2, em que 56,0% dos profissionais de saúde orientavam sobre a licença-maternidade e 52,0%, sobre a licença-paternidade. Portanto, os direitos sobre os quais a equipe de saúde das duas instituições mais orientava eram os direitos garantidos pelo ECA: a permanência do responsável legal e o direito da criança de ser amamentada durante a internação hospitalar. Os dados maternos corroboram com os dos profissionais de saúde, mostrando que a maioria das mães havia sido orientada em relação ao direito da criança de ser amamentada e 100%, sobre o direito da criança de ter um dos responsáveis acompanhando a internação, e que apenas uma parte das mães foi orientada em relação aos direitos trabalhistas.

Pela Constituição Federal do Brasil (1988) e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), amamentar é um direito que a sociedade deve assegurar a toda mulher e criança, inclusive à mulher que tem um trabalho remunerado. Apesar de a amamentação ser um direito da criança assegurado por lei, os estudos de Pinchevski-Kadir et al. (2017) realizado em Israel e o de Rodrigues et al. (2013) realizado no Brasil mostram que essa prática ainda é um desafio na unidade de terapia intensiva neonatal.

Destaca-se que 13,3% das mães de RNPTs desconheciam o direito de amamentar durante a internação. Tal situação dificulta ainda mais a amamentação durante a internação e a manutenção do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade após a alta hospitalar.

Em relação a outros direitos da mulher, como, por exemplo, 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 nº 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. 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, 2005, 2014).

Um estudo clínico randomizado realizado com 209 mães de RNPTs mostrou que a mediana do tempo para o início da amamentação foi significativamente menor naquelas mulheres que tinham a presença do acompanhante (16 vs 54 minutos; $p < 0,01$), também indicou que todas as mulheres com acompanhantes iniciaram a amamentação em 26 minutos, enquanto

que no grupo sem o acompanhante, nenhuma mulher havia iniciado a amamentação aos 30 minutos pós-parto, concluindo a importância da presença do acompanhante na redução do tempo para início da primeira mamada. No contexto do nascimento prematuro, as mães requerem o apoio familiar e do profissional de saúde neste momento de estresse e conturbações (MORHASON-BELLO, ADEDOKUN, OJENGBEDE, 2009).

Um estudo do tipo exploratório-descritivo, realizado em uma maternidade pública do Brasil, mostrou que, apesar da vigência da Lei nº 11.108/2005, a maioria dos acompanhantes desconhece o direito da mulher de ter um acompanhante, evidenciando que essa informação é pouco divulgada pelos serviços de saúde. Destaca-se que, no presente estudo, 100% das mães entrevistadas tinham conhecimento em relação à lei do acompanhante, porém nem todas (80,0%) usufruíram do mesmo (FRUTUOSO, BRÜGGEMANN, 2013).

Ainda sobre os direitos garantidos por lei da mulher e de sua família, a 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 os trabalhadores formais, isto é, os que têm a carteira assinada (BRASIL, 2015).

Na atual CLT (2017) não houve mudanças em relação aos direitos supracitados. E a fruição desses direitos é um importante passo para o início e a manutenção da amamentação exclusiva, pois um estudo realizado na Califórnia, com o objetivo de examinar a relação entre a amamentação e a licença-maternidade antes e após o parto entre as mães que trabalhavam, apontou que as licenças-maternidade de seis semanas ou seis a 12 semanas após o parto foram associadas, respectivamente, com quatro e duas vezes mais chances de fracasso em estabelecer a amamentação. Além disso, houve um aumento da probabilidade de cessação da amamentação, mesmo após o estabelecimento bem-sucedido das mães que trabalhavam fora em relação às mulheres que não retornaram ao trabalho (GUENDELMAN, et al., 2009).

Dessa maneira, além da importância do acesso à licença-maternidade para todas as mães trabalhadoras, existe a necessidade de se repensar na duração da licença-maternidade para a manutenção da amamentação exclusiva. Atualmente, no Brasil, os índices de amamentação exclusiva até os 6 meses de idade estão abaixo do recomendado e a licença-maternidade é de apenas quatro meses para a maioria da população. Além disso, cabe destacar que, no presente estudo, 60,0% (n=12) das mães afirmaram que trabalhavam fora e, dessas, 16,6% (n=2) não tinham carteira assinada, dessa forma, não estavam cobertas pela licença-maternidade.

A problemática é ainda maior no caso dos direitos das mães de RNPTs, pois o direito à licença-maternidade da mãe de recém-nascido pré-termo apenas é realidade para a parcela das

servidoras de alguns estados como o Rio de Janeiro, embora já exista o Projeto de Lei 241/2017 a favor dessa licença para todas as mães de prematuros do Brasil. Pela proposta do referido projeto, a licença-maternidade de mães de prematuros será ampliada na quantidade de dias em que o recém-nascido permanecer em internação hospitalar (BRASIL, 2017c).

Já é comprovada por diversos estudos a importância da família como rede de apoio à amamentação. A Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016, do marco legal da primeira infância, reforça a importância da presença paterna no desenvolvimento do recém-nascido, sendo a licença-paternidade um dos meios para isso. Embora a licença-paternidade para os pais trabalhadores formais seja de apenas 5 dias pela Constituição Federal, a mesma pode ser ampliada em mais 15 dias, se o pai trabalhar em uma empresa cidadã (BRASIL, 2016). Neste estudo, por meio dos relatos das mães, a licença-paternidade foi usufruída por 75,0% (n=15) dos pais. No entanto, cabe ressaltar que é necessária a discussão da ampliação da licença-paternidade para pais de prematuros, assim como temos o Projeto de Lei 241/2017 das mães de prematuros do Brasil.

Soares et al. (2015) destacam a importância de os profissionais de saúde prestarem assistência ao pai do prematuro visando ao fortalecimento da paternidade. No entanto, os dados do presente estudo mostram que o fornecimento de orientações quanto a algum direito que proteja a prática do aleitamento materno pelos profissionais de saúde, durante a sua assistência, ao pai (65,3%) e a outros familiares (27,5%) foi menor que em relação à mãe (95,9%). Tal resultado ainda demonstra um modelo tradicional de assistência à família, no qual a participação materna é o foco. Tal modelo deve ser repensado a fim de atender o que preza a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (2008) (SOARES, et al. 2015).

Além das ações de proteção, as mães de recém-nascidos prematuros precisam de estratégias de apoio à amamentação baseadas em evidências científicas, de forma sistematizada no pré-natal, durante sua internação na unidade de terapia intensiva neonatal e até após a sua alta, no domicílio (NIELA-VILÉN, 2015).

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, com a finalidade de promover o vínculo família-bebê, visto que o ambiente da UTIN é frequentemente associado à possibilidade de morte e a vivência desta hospitalização causa um marco na vida familiar (PEREIRA et al., 2015).

Um dos primeiros cuidados que a mãe pode oferecer ao seu bebê é a alimentação. Porém, devido às particularidades que as mães de recém-nascidos internados em unidades

neonatais enfrentam, tais como vivenciar o cotidiano hospitalar, lidando com os sentimentos de perda, estresse, ansiedade, adaptação e resiliência (ROSSMAN, et al., 2015) e as questões do próprio RNPT, o início e a manutenção do aleitamento materno são complexos.

No contexto da UTIN, na maioria das vezes não é possível que esse prematuro inicie sua alimentação diretamente no seio da mãe e a vivência da amamentação geralmente 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).

Devido a isso se fazem necessários o estabelecimento e a manutenção da produção de leite materna, por meio da orientação e apoio na realização da ordenha mamária, conforme é preconizado no 5º passo da IHAC-Neo.

O momento da orientação sobre a retirada do leite e o apoio durante a realização da técnica da ordenha mamária são primordiais. 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. Segundo o 3º passo da IHAC-Neo, o manejo da lactação e amamentação já deve ser ensinado à gestante de risco e na ocasião do nascimento do RNPT.

Os dados do presente estudo demonstram que, na instituição 1, a maioria dos profissionais de saúde (65,3%) orientava a mãe em relação à retirada do leite materno na ocasião do primeiro contato com a mesma na UTIN, assim como na instituição 2, onde 72,0% dos profissionais de saúde afirmaram que realizavam a orientação. Destaca-se que 80,0% das mães entrevistadas referiram ter recebido a orientação, no entanto, a prática da ordenha ainda foi adiada em 26,3% das mães para após 24 horas, e em 47,4% para 48 horas após o parto. Tal situação vai na contramão da recomendação da revisão sistemática de Becker, Simith e Conney (2016), que mostra a importância de as mães de RNPTs serem estimuladas a massagear e retirar o leite precocemente, de preferência nas primeiras seis horas após o parto.

Cabe ressaltar que intervenções dos profissionais de saúde, para proporcionar maior apoio na lactação às mães de recém-nascidos de muito baixo peso, como a realização de consultas voltadas para o manejo da lactação, foram associadas comumente à tendência para as mães iniciarem a expressão do leite materno no prazo de seis horas após o parto ($p = 0,06$) (MURPHY et al., 2014). Tais dados mostram a importância de o profissional de saúde oferecer o apoio à mãe o mais precoce possível.

Destaca-se que 56,0% dos profissionais de saúde da instituição 2 e apenas 19,6% dos profissionais de saúde da instituição 1 alegaram que acompanhavam a mãe durante a realização da primeira ordenha. Das 19 mães que ordenharam, 47,4% dessas referiram que tiveram ajuda

durante o procedimento. Tal dado ainda demonstra fragilidades em relação ao apoio oferecido às mães durante a prática na instituição 1. Os dados podem ser explicados pelo fato de que a instituição 2 não tem um BLH, dessa forma, a primeira ordenha é realizada dentro da UTIN, dando aos profissionais de saúde maiores oportunidades de realizar esse acompanhamento.

Apesar disso, cabe destacar que a primeira ordenha materna foi realizada em diferentes locais da instituição, dentre eles, no alojamento conjunto (10,5%) e na unidade de terapia intensiva materna (5,3%), mostrando a preocupação da instituição em favorecer a prática da ordenha mamária. Além disso, também visando melhorar a qualidade da assistência oferecida, durante a coleta de dados ocorreu uma mudança importante no protocolo de atendimento da instituição 1. A unidade passou a permitir a ordenha à beira leito, prática que até então não era realizada dentro da UTIN, mas sim no Banco de Leite Humano da instituição.

As equipes da unidade neonatal e do Banco de Leite Humano (BLH) devem atuar conjuntamente para garantir que a mãe/família possam ver, tocar e acariciar o bebê sempre que tiverem disponibilidade; para 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 (BRASIL, 2017a).

Um estudo que teve como objetivo descrever o apoio à amamentação oferecido por 19 UTIN dinamarquesas, onde aproximadamente 98% das mães iniciaram o aleitamento materno durante a internação, mostrou dados relevantes acerca do assunto, tais como: a importância da presença dos pais na UTIN; a recomendação da expressão do leite materno dentro de seis horas após o nascimento; e o início do contato pele a pele na primeira vez em que os pais entram na UTIN, a fim de estimular 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 tempo estimado de contato pele a pele diário dos prematuros foi de 2-4 horas em 63% das UTINs e 4-8 horas em 37% das unidades pesquisadas (MAASTRUP, et al., 2012).

O Método Canguru é uma política adotada pelo Ministério da Saúde 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 para unidades neonatais (NYQVIST et al., 2015).

Os profissionais de saúde estimulam o contato pele a pele através do toque e posição canguru em consonância com o 4º passo da IHAC-Neo. Tal ação proporciona **equidade** na assistência devido aos benefícios consagrados na literatura científica que essa prática apresenta na diminuição dos índices de morbimortalidade. Além disso, esse cuidado também é uma estratégia **eficiente** pela redução dos custos com internações por doenças evitáveis (CONDE-AGUDELO, DÍAZ-ROSSELLO, 2017).

A posição canguru é **eficaz**, devido aos seus benefícios no aumento das taxas de amamentação exclusiva ou quase exclusiva (CONDE-AGUDELO, DÍAZ-ROSSELLO, 2017), no entanto, foi pouco **efetivo** na amostra estudada, pois apenas 50,0% realizaram a posição no momento da entrevista. Apesar de 20,0% das mães terem realizado a posição canguru de forma precoce durante a internação (no momento do nascimento).

Silva et al. (2015), em seu estudo sobre a adesão das enfermeiras ao MC em uma UTIN do Brasil, concluiu que cada enfermeira e profissional da equipe possui um papel de multiplicador de valores e práticas que podem ou não ser construtivas, influenciando potencialmente na (des)continuidade do MC. Portanto, os profissionais de saúde influenciam na aceitabilidade e legitimidade da posição canguru.

No estudo de Pierrat et al. (2016) a prática do contato pele a pele era estimulada pela maioria dos profissionais de saúde da França, assim como ocorreu no presente estudo. Nas UTINs pesquisadas por Pierrat et al. (2016), 64% das mães e 53% dos pais (homens) eram encorajados a realizar o contato pele a pele rotineiramente, 33% das mães e dos pais eram frequentemente encorajados e 3% das mães e 14% dos pais (homens) não eram encorajados. Apesar de os profissionais de saúde afirmarem que estimulavam a mãe na realização da prática do contato pele a pele na posição canguru (93,9% na instituição 1 e 86,5% na instituição 2), os dados fornecidos pelas mães entrevistadas mostram que apenas 25,0% se sentiam sempre estimuladas a fazer a posição canguru; 10,0%, frequentemente; 15,0%, às vezes e 50,0%, nunca.

Já é comprovado que o contato pele a pele por meio da posição canguru estimula o início da amamentação. Porém, o início da sucção no seio materno para os prematuros ainda é um tema conflitante, principalmente em relação às competências dos prematuros para a amamentação precoce.

A estratégia da Iniciativa Hospital Amigo da Criança para unidades neonatais recomenda iniciar a amamentação assim que o prematuro atingir a estabilidade clínica, caracterizada como ausência de apneia grave, dessaturação e bradicardia.

Entretanto, na maioria das unidades neonatais, o início da amamentação se dá após a 32^a-34^a semanas de idade gestacional corrigida, assim como ocorreu no presente estudo, já que o início da amamentação dos prematuros estudados ocorreu após a 32^a semana de idade corrigida.

Ressalta-se que para que o 5º passo da IHAC-neo seja **legítimo** para os profissionais de saúde e se transforme em rotina nas UTINs, é necessário investimento na estrutura de recursos humanos por meio das capacitações baseadas em evidências.

Outras estratégias de apoio ao aleitamento materno realizadas pelas instituições inclui o 6º passo da IHAC-Neo. No presente estudo 85,0% dos RNPTs receberam leite do BLH na sua primeira alimentação. Tal medida é de extrema importância, pois um estudo transversal mostrou que receber leite artificial durante a internação está associado à interrupção do aleitamento materno exclusivo nos primeiros 30 dias de vida ($p = <0,001$) (MORAES, et al., 2016). Apesar desse percentual expressivo de RNPTs que receberam leite materno do BLH na sua primeira alimentação, em algum momento da internação o estoque do BLH e/ou o estímulo à ordenha mamária da mãe não foi suficiente. Os dados mostram que a maioria das mães realizou a ordenha mamária após 48 horas do nascimento, o que pode comprometer a produção de leite materno. Além disso, no momento da alta 60,0% estavam em uso somente de leite artificial e 20% estavam em aleitamento misto.

Em relação ao cumprimento do 8º passo da IHAC-Neo pelas instituições pesquisadas, verificou-se que, mesmo após a liberação da amamentação, a mesma ainda acontecia em horários programados. O estudo de revisão sistemática de Watson e McGuire (2016) mostrou que não há evidências consistentes de que a alimentação por demanda (baseada nos sinais de fome do RNPT) traga resultados importantes no que se refere a melhorar o crescimento, o tempo de internação hospitalar e a satisfação dos pais de RNPTs. Existem algumas evidências (de baixa qualidade) de que bebês prematuros alimentados em resposta a estímulos de alimentação e saciedade alcançam alimentação oral completa mais cedo do que bebês alimentados com volumes prescritos em intervalos programados. Porém, tal achado deve ser interpretado com cautela devido a deficiências metodológicas nos estudos incluídos. Portanto, ainda é necessária a realização de mais ensaios clínicos randomizados a fim de esclarecer a questão.

Sobre o 9º passo da IHAC-Neo, os resultados mostram que na instituição pesquisada foram utilizados métodos alternativos à mamadeira para a transição de sonda para a via oral em todos os RNPTs, tal como é recomendado pela Sociedade Brasileira de Pediatria (2017) e

Ministério da Saúde (2017). A transição de sonda para a via oral nos bebês prematuros/de baixo peso deve acontecer preferencialmente por meio das técnicas de translactação, sonda-peito (técnica da mama vazia) e copinho. Os profissionais de saúde entrevistados das duas instituições de saúde responderam que existiam indicações para o uso de chupetas, pois a maioria informou que os RNPTs utilizavam a chupeta durante procedimentos dolorosos, para o alívio da dor, quando as mães eram portadoras do vírus HIV e quando o RNPT era separado da mãe.

Em relação ao 10º passo da IHAC-Neo, neste estudo a maioria das mães (60,0%) relatou que recebeu ajuda para amamentar durante o período de hospitalização do filho prematuro, e 90,0% se sentiram apoiadas para amamentar. No entanto, apenas 15,0% das mães participantes desta pesquisa frequentaram grupo de apoio para a amamentação durante o pré-natal, sua internação ou a internação de seus filhos.

Estudos 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 (AWHONN, 2015). Sugere-se que a realização de grupos de apoio seja baseada em dinâmicas e no diálogo aberto e informal entre mães e profissionais de saúde durante a internação e após a alta do RNPT (MELO et al., 2013), para melhorar a **aceitabilidade** das mães/família em relação aos grupos de apoio.

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). O aleitamento materno exclusivo em RNPT no domicílio é associado à orientação recebida pela mãe na alta hospitalar do bebê e de amamentar exclusivamente em casa (AZEVEDO, CUNHA, 2013).

Segundo Gianni et al. (2016) mais estudos são necessários para obter uma visão mais aprofundada sobre a interação complexa dos fatores que modulam os resultados da amamentação em recém-nascidos pré-termo tardios. Os autores realizaram um *survey* em uma unidade de saúde na Itália e os principais achados mostraram que a maioria das mães entrevistadas se sentiu adequadamente apoiada pelo consultor de amamentação e/ou pelos profissionais de saúde, assim como ocorreu com 90% das mães do presente estudo.

Além disso, o estresse materno devido à condição clínica dos bebês foi identificado pelas mães entrevistadas como uma barreira à amamentação (GIANNI et al., 2016), assim como foi identificado pelo presente estudo, segundo o relato de 4,1% dos profissionais de saúde do HUPE.

Outros fatores relacionados à criança, com especial atenção aos diferentes graus de imaturidade do desenvolvimento infantil, também foram apontados pelas mães do estudo de Gianni et al. (2016), que afirmaram que as barreiras mais frequentes à amamentação foram aleitamento ineficaz, sonolência dos lactentes, presença de dispositivo médico e separação do bebê. Tais barreiras também foram mencionadas pelas mães do presente estudo.

Cabe destacar os fatores que facilitam o aleitamento materno do RNPT, 24% dos profissionais de saúde da instituição 1 acreditam que o apoio da equipe multiprofissional facilita o aleitamento do RNPT, assim como 2,0% dos profissionais de saúde da instituição 2 acreditam que ter profissionais de saúde facilitam.

No estudo de Gianni et al. (2016), a disponibilidade de apoio especializado em aleitamento e de um grupo de apoio ao aleitamento materno foi relatada pelas mães como facilitadora da amamentação em 30% e 13% dos casos, respectivamente. Da mesma forma, as mães do presente estudo também mencionaram o apoio de profissional de saúde como um fator que facilita o aleitamento materno.

Verifica-se que o processo da amamentação dos recém-nascidos prematuros até a alta hospitalar revela que, apesar da efetivação de diversas estratégias de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno em recém-nascidos prematuros, a maioria (80,0%) desses ainda não consegue a amamentação de forma exclusiva no momento da alta.

Um estudo realizado com prematuros de idade gestacional entre 32 e 37 semanas constatou que, na alta hospitalar, todos os prematuros incluídos no estudo estavam em aleitamento materno, no entanto nenhum estava em aleitamento materno exclusivo (MAASTRUP et al., 2014a). Dessa forma, os dados encontrados na literatura científica coincidem com os desta investigação, já que ambos mostram maior prevalência de aleitamento materno não exclusivo nos prematuros, sendo importante ressaltar o tipo de dieta oferecida na alta hospitalar do prematuro.

Esses achados são preocupantes, dado que a amamentação parcial na alta é considerada um fator de risco para o desmame do RNPT (ERICSON et al., 2018).

7. CONCLUSÃO

O estudo mostrou, por meio da análise do processo do aleitamento materno na unidade de terapia intensiva neonatal na perspectiva do profissional de saúde e da mãe, que ainda são necessárias adequações na estrutura das duas instituições pesquisadas, assim como o fortalecimento das ações de promoção, proteção e apoio, pois a estrutura e as ações influenciam diretamente o processo de início e manutenção do aleitamento materno do RNPT.

Os resultados do estudo mostram a necessidade de aprimoramento da estrutura das instituições, no que tange aos recursos físicos, materiais e humanos para melhorar o processo do aleitamento materno na UTIN.

Ressalta-se a importância do oferecimento de espaços acolhedores, alojamentos maternos com leitos em número suficiente para todas as mães que têm seu RNPT internado pelas duas instituições de saúde.

Nas duas instituições de saúde, os resultados mostraram, ainda, que é necessário melhorar a estratégia de promoção de capacitações e treinamentos dos profissionais. Sugere-se a realização de capacitações frequentes para os profissionais de saúde que abordem o manejo clínico do aleitamento materno, o estímulo à ordenha mamária e o contato pele a pele de forma precoce, e as discussões quanto às leis e políticas brasileiras vigentes em relação à amamentação, especificamente do recém-nascido prematuro, a fim de instrumentalizar os profissionais de saúde para que os mesmos possam adquirir competências e, dessa forma, apoiar mais as mães.

Em relação às ações de proteção, destaca-se que as duas instituições de saúde cumpriam o que é determinado pela NBCAL, no que tange à proibição de propagandas de incentivo ao uso de bicos, chupetas ou mamadeiras, pois as mesmas não foram identificadas nem pelos profissionais de saúde nem pelas mães. No entanto, grande parte dos profissionais de saúde ainda não orienta às mães em relação aos seus direitos trabalhistas.

Sobre o processo do aleitamento materno do RNPT por meio das ações de apoio, a maioria dos profissionais de saúde orientava e estimulava as práticas da ordenha e do contato pele a pele, porém o tempo de início da ordenha mamária e desse contato na posição canguru era ainda um desafio para os profissionais de saúde e para as mães.

O estudo se aplica à prática clínica na medida em que mostra as fragilidades no cumprimento de determinadas ações de promoção, proteção e o apoio à mulher e sua família. Além disso, o estudo estimula a realização do contato pele a pele precoce, a prática da ordenha

mamária para retirada do colostro e a avaliação da prontidão do recém-nascido prematuro para iniciar a amamentação pelos profissionais de saúde.

Sugere-se que o fortalecimento dessas ações pode ser realizado por meio de grupos de apoio à família e treinamentos com capacitação profissional da equipe multiprofissional, com destaque para a equipe de enfermagem, já que neste estudo ter graduação em enfermagem foi o fator que apresentou maior significância na realização da orientação em relação à ordenha mamária e amamentação na instituição 1.

REFERÊNCIAS

ALVES, V.H et al. Reflexões sobre o valor da amamentação como prática de saúde: uma contribuição da enfermagem. *Texto contexto - enferm.*, v. 23, n. 1, p. 203-210, mar. 2014.

ALMEIDA, J.M, LUZ, S.A.B, UED, F.V. Support of breastfeeding by health professionals: integrative review of the literature. *Revista Paulista de Pediatria (English Edition)*, v.33, n.3, p. 355-362, 2015.

ASSOCIATION OF WOMEN'S HEALTH, OBSTETRIC AND NEONATAL NURSES. BREASTFEEDING. *JOGNN. Breastfeeding*. [Internet]. 2015 [cited 2018 Jul 26]; 44(1):145-50. Available from: [https://www.jognn.org/article/S0884-2175\(15\)31769-X/pdf](https://www.jognn.org/article/S0884-2175(15)31769-X/pdf)

ARAGÃO, V.M.F. Avaliação da Qualidade da Assistência ao Recém-nascido no Sistema Único de Saúde em São Luís 01/06/1999 110 f. Mestrado em saúde e ambiente. Instituição de Ensino: Universidade Federal do Maranhão, São Luís Biblioteca Depositária: Biblioteca Central.

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, CUNHA MLC. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em prematuros no primeiro mês após a alta hospitalar. *Rev HCPA* [Internet]. 2013 [citado 2017 jul. 25]; 33(1):40-9. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/37653/25670>

BABBIE, E. Métodos de Pesquisa de Survey. Tradução Guilherme Cezarino. Belo Horizonte. Ed. UFMG, 1999.

BACHEGA, S.J., FILHO, M.G. Identificação do grau de turbulência do mercado calçadista: análise por meio de um survey nos pólos de franca, birigui e jaú. *Revista Gestão Industrial*, v. 3, n. 4, p.82-93, 2007.

BECKER GE, SMITH HA, COONEY F. Methods of milk expression for lactating women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016.

BELO MNM, AZEVEDO PTACC, BELO MPM, SERVA VMSBD, BATISTA FM, FIGUEIROA JN, et al. Maternal breastfeeding in the first hour of life at a childfriendly hospital: prevalence, associated factors and reasons for its nonoccurrence. *Rev Bras Saúde Mater Infant*.2014;14(1):65-72.doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292014000100006>

BHUTTA, Z. A. et al. What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. *Lancet*, Philadelphia, Pennsylvania, v. 371 North American Edition, n. 9610, p. 417-440, 2008.

BINGHAM, D.; RUHL, C. Planning and evaluating evidence-based perinatal nurse staffing. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN / NAACOG*, v. 44, n. 2, p. 290-308; quiz E3-4, 2015.

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 República 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 nº 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/l11770.htm>. 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.

_____. Lei nº 13.257 de 8 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2015-2018/2016/Lei/L13257.htm>. Acesso em: 20 set. 2018.

_____. 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, 2015.

- _____. Ministério da Saúde. DATASUS. Indicadores demográficos. 2011a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2009/c0102.htm>>. Acesso em: 26 agosto de 2014.
- _____. 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 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. 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.
- _____. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru: Manual Técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.
- _____. Ministério da Saúde. Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno. 1ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.
- _____. Projeto de Lei do Senado nº 241 de 2010. Acrescenta art. 71-B à nº 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.
- _____. Projeto de Lei do Senado nº 241 de 2017. Altera os arts. 392 § 3º da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, para que em caso de parto prematuro o período de internação não seja descontado do período da licença maternidade. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2018/03/21/licenca-maternidade-pode-passar-a-ser-contada-apos-a-alta-do-bebe-prematuro>>. Acesso em: 23 jul 2018.

BRIERE, C.-E. et al. An Integrative Review of Factors that Influence Breastfeeding Duration for Premature Infants after NICU Hospitalization. JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, Philadelphia, Pennsylvania, v. 43, n. 3, p. 272-281, 2014.

BRITO, G.V. Avaliação da consulta de enfermagem em puericultura na estratégia saúde da família de Parnaíba – Piauí. 27/09/2016 141 f. Mestrado Profissional em Saúde da Família Instituição de Ensino: Fundacao Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

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.

COLACECI et al. E-learning to Improve Healthcare Professionals' Attitudes and Practices on Breastfeeding. *Breastfeed Med.* 2017 Dec;12(10):629-636. doi: 10.1089/bfm.2017.0060. Epub 2017 Sep 19.

COLLINS CT, GILLIS J, MCPHEE AJ, SUGANUMA H, MAKRIDES M. Avoidance of bottles during the establishment of breast feeds in preterm infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 10. Art. No.: CD005252. DOI: 10.1002/14651858.CD005252.pub4.

CONDE-AGUDELO, A.; DÍAZ-ROSSELLO, J.L. Kangaroomother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 8. Art. No.: CD002771. DOI: 10.1002/14651858.CD002771.pub4.

COSTA, M.P. Avaliação de Qualidade em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal no Sul do Brasil 01/08/2010 84 f. Mestrado em ciências da saúde. Instituição de Ensino: Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

CRUZ,M.R,SEBASTIÃO, L.T. Amamentação em prematuros: conhecimentos, sentimentos e vivências das mães. *Distúrbios Comun.* São Paulo, 27(1): 76-84, março, 2015.

DEBES AK, KOHLI A, WALKER N, EDMOND K, MULLANY LC. Time to initiation of breastfeeding and neonatal mortality and morbidity: a systematic review. *BMC Public Health.* 2013; 13(suppl 3):3- 19. doi: 10.1186/1471-2458-13-S3-S19

DONABEDIAN, A.; ROSENFELD, L.S.; Southern, E.M. *Management of Normal Pregnancy, Labor and Puerperium.* 1961.

DONABEDIAN, A.; ROSENFELD, L.S. Infant Mortality and Socioeconomic Status in a Metropolitan Community Source: *Public Health Reports* (1896-1970), Vol. 80, No. 12 (Dec., 1965), pp. 1083-1094.

DONABEDIAN, A. The quality of medical care: a concept in search of a definition. *J. Farm Pract* 1982; 9:975-92.

DONABEDIAN, A. The Quality of Care. How can it be assessed? *JAMA*, Sept 23/30. 1988. Vol 260. Nº 12.

DONABEDIAN A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med.* 1990;114(11):1115-8.

DONABEDIAN A. *Explorations in quality assessment and monitoring: the definition of quality and approaches to its assessment.* Ann Harbor: Health Administrarion Press; 1990.

DONABEDIAN, A. An Introduction to Quality Assurance in Health Care. Oxford: Oxford University Press; 2003; 240 pages; ISBN 0-19-515809-1; price: GBP31.75.

DONABEDIAN A. Evaluating the quality of medical care. The Milbank Quarterly, Vol. 83, No. 4, 2005 (pp. 691–729).

DUBEUX, L. S. et al. Incentivo ao aleitamento materno: uma avaliação das equipes de saúde da família do município de Olinda, Pernambuco. Rev. bras. saúde matern. infant, v. 4, n. 4, p. 399-404, 2004/12PY - 2004 Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext& >.

DYSON, L. et al. Policy and public health recommendations to promote the initiation and duration of breast-feeding in developed country settings. Public Health Nutrition, v. 13, n. 1, p. 137-144, 2010.

ERICSON J, FLACKING R, HELLSTRÖM-WESTAS L, ERIKSSON M. Changes in the prevalence of breast feeding in preterm infants discharged from neonatal units: a register study over 10 years. BMJ Open 2016; 6:e012900. doi: 10.1136/ bmjopen-2016-012900

ERICSON J, ERIKSSON M, HODDINOTT P, HELLSTRÖM-WESTAS L, FLACKING R. Breastfeeding and risk for ceasing in mothers of preterm infants-Long-term follow-up. Matern Child Nutr. 2018 May 7:e12618. doi: 10.1111/mcn.12618. [Epub ahead of print]

ESTEVEZ TMB, DAUMAS RP, OLIVEIRA MIC, ANDRADE CAF, LEITE IC. Factors associated to breastfeeding in the first hour of life: systematic review. Rev Saúde Pública. 2014; 48(4):697-703. doi:10.1590/ S0034-8910.2014048005278

FIOCRUZ. Semana Mundial de Aleitamento Materno – SMAM.
<http://www.redeblh.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=377>

_____. 19 de maio é o “Dia Nacional de Doação de Leite Humano.
<http://www.redeblh.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=378>

FLACKING R, DYKES F. 'Being in a womb' or 'playing musical chairs': the impact of place and space on infant feeding in NICUs. BMC Pregnancy Childbirth. 2013 Sep 23;13:179. doi: 10.1186/1471-2393-13-179.

FLINT A, NEW K, DAVIES MW. Cup feeding versus other forms of supplemental enteral feeding for newborn infants unable to fully breastfeed.Cochrane Database of Systematic Reviews, 2016.

FORNSARO-DONAHUE,V. M. et al. Increasing Breastfeeding in WIC Participants: Cost of Formula as a Motivator. jneb.org. v. -, n.-, p. 1-10, 2014.

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.

FURTADO, M.C.C. Projeto Floresce uma Vida: potencialidades para cuidado integral ao recém-nascido. 01/08/2007 145 f. Doutorado em enfermagem em saúde pública. Instituição de

Ensino: Universidade de São Paulo/ Ribeirão Preto, Ribeirão Preto Biblioteca Depositária: USP/RP.

FREITAS BAC, LIMA LM, CARLOS CFLV, PRIORE SE, FRANCESCHINI SCC. Duration of breastfeeding in preterm infants followed at a secondary referral service. *Rev Paul Pediatr*. 2016; 34(2):189-96. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rppede.2016.02.010>

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.

GIANNÌ, M.L.; BEZZE, E.; SANNINO, P.; STORI, E.; PLEVANI, L.; ROGGERO, P.; AGOSTI, M.; MOSCA, F. Facilitators and barriers of breastfeeding late preterm infants according to mothers' experiences. *BMC Pediatrics* (2016) 16:179.

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

GOMES, et al. Breastfeeding of premature infants at a child-friendly hospital: from hospital discharge to home. *Rev Rene*. 2017 nov-dez; 18(6):810-7.

GREENE, Z.; O'DONNELL, C. P. F.; WALSHE, M. Oral stimulation for promoting oral feeding in preterm infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 9, p. 74, 2016.

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*. [Internet]. 2013 [cited 2018 Jul 26]; 13(3): S20. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24564836>

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.

ILVA, A.C. Qualidade higiênico - sanitária de dietas enterais e fórmulas infantis produzidas em ambiente hospitalar, segundo o medelo de Donabedian. 17/03/2014 112 f. Mestrado em Nutrição Humana. Instituição de Ensino: Universidade de Brasília

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.

JESUS, P.C., Oliveira, M.I.C., Fonseca, S.C. Impact of health professional training in breastfeeding on their knowledge, skills, and hospital practices: a systematic review. *Volume 92, Issue 5, September–October 2016, Pages 436-450.*

JESUS, P.C; OLIVEIRA, MIC; MORAES, J.R. Capacitação de profissionais de saúde em aleitamento materno e sua associação com conhecimentos, habilidades e práticas. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 22, n. 1, p. 311-320, jan. 2017 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-

81232017000100311&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 23 fev. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017221.17292015>.

JIANG, H. et al. Effect of short message service on infant feeding practice: findings from a community-based study in shanghai, china. *JAMA Pediatrics*, Chicago, Illinois, v. 168, n. 5, p. 471-478, 2014.

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

KAIR, L.R., COLAIZY, T.T. Breastfeeding Continuation Among Late Preterm Infants: Barriers, Facilitators, and Any Association With NICU Admission? *HOSPITAL PEDIATRICS* Volume 6, Issue 5, May 2016.

KARALL D; NDAYISABA JP; HEICHLINGER A; KIECHL-KOHLENDORFER U; STOJAKOVIC S; LEITNER H; SCHOLL-BÜRGI S. Breast-feeding Duration: Early Weaning- Do We Sufficiently Consider the Risk Factors? *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2015; 61(5):577-82 (ISSN: 1536-4801).

KOGAN, M.D, GOPAL K.S, DEE, D.L., BELANOFF, C. GRUMMER-STRAWN, L.M. Multivariate Analysis of State Variation in Breastfeeding Rates in the United States. *American Journal of Public Health*, v. 98, n.10, October 2008.

KUMAR RK, SINGHAL A, VAIDYA U, BANERJEE S, ANWAR F AND RAO S (2017) Optimizing Nutrition in Preterm Low Birth Weight Infants— Consensus Summary. *Front. Nutr*. 4:20. doi: 10.3389/fnut.2017.00020

KRONBORG, H., KOK, G. Development of a Postnatal Educational Program for Breastfeeding Mothers in Community Settings: Intervention Mapping as a Useful Guide. *Journal of Human Lactation* 27(4) 339–349.

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.

LAVENDER, T. et al. Telephone support for women during pregnancy and the first six weeks postpartum. *The Cochrane database of systematic reviews*, v. 7, 2013.

LEE, H. C. et al. Perspectives on promoting breastmilk feedings for premature infants during a quality improvement project. *Breastfeeding Medicine*, v. 8, n. 2, p. 176-180, 2013.

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.

LOWRY, R. J. et al. Increasing breastfeeding and reducing smoking in pregnancy: a social marketing success improving life chances for children. *Perspectives in Public Health*, v. 129, n. 6, p. 277-280, 2009.

LUQUE, A.L.F. Avaliação da atenção ao recém-nascido de risco no município de Botucatu-SP 01/07/2008 140 f. Profissionalizante em enfermagem. Instituição de Ensino: Universidade Est.Paulista Júlio De Mesquita Filho/Botucatu.

LUSSIER, M.M., BROWNELL ELIZABETH A., PROULX TRACEY A., BIELECKI DONNA M., MARINELLI KATHLEEN A., BELLINI SANDRA L., AND HAGADORN JAMES I. Daily Breastmilk Volume in Mothers of Very Low Birth Weight Neonates: A Repeated-Measures Randomized Trial of Hand Expression Versus Electric Breast Pump Expression. *Breastfeeding Medicine* 2015 10 6 , 312 -317.

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.

MCINNES, R. J.; CHAMBERS, J. Infants admitted to neonatal units - interventions to improve breastfeeding outcomes: a systematic review 1990-2007. *Maternal and Child Nutrition*, v. 4, n. 4, p. 235-263, Oct 2008.

MAIA, P.R.S, ALMEIDA, J.AG, NOVAK, F.R., SILVA, D.A. Rede Nacional de Bancos de Leite Humano: gênese e evolução. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 6 (3): 285-292, jul. / set., 2006.

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.

MAROJA, M.C.S, SILVA, A.T.M.C., CARVALHO, A.T. BabyFriendly Hospital Initiative: An analysis from the conceptions of profissionais about their practice. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. v. 32, n.1, January–June 2014, p. 3-9

MAASTRUP, R. et al. Breastfeeding Support in Neonatal Intensive Care: A National Survey. *Journal of Human Lactation*, v. 28, n. 3, p. 370-379, Aug 2012.

MAASTRUP R, HANSEN BM, KRONBORG H, BOJESSEN SN, HALLUM K, MARTINES JC, et al. Breastfeeding progression in preterm infants is influenced by factors in infants, mothers and clinical practice: the results of a national cohort study with high breastfeeding initiation rates. *PLoS One*. 2014a; 9(9):1-14. doi:10.1371/journal.pone.0108208

MAASTRUP R, HANSEN B, KRONBORG H, BOJESSEN BN, HALLUM K, FRANDSEN A, et al. Factors associated with exclusive breastfeeding of preterm infants: results from a prospective national cohort study. *PLoS One*. 2014b; 9(2):e89077. doi: 10.1371/journal.pone.0089077

MELLEIRO, M. M.; TRONCHIN, D. M. R. Percepção de acompanhantes-usuários e enfermeiros sobre qualidade assistencial em Unidades Pediátricas. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 5, p. 646-651, 2010-10 2010. ISSN 0103-2100. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000500010 >.

MELO, R.C.J, SOUZA, I.E.O, PAULA, C.C. Enfermagem neonatal: o sentido existencial do cuidado na unidade de terapia intensiva. *Rev. bras. enferm.* v.66, n.5, p.656-662, set/out. 2013.

MELO, R.C.J, SOUZA, I.E.O, PAULA, C.C. A voz da mulher-mãe de prematuro na unidade neonatal: uma abordagem fenomenológica. *Online braz. J. nurs.* v.13, n.2, p.198-216. jun 2014.

MENESES, T.M.X. Avaliação da efetividade dos Postos de Recebimento de Leite Humano Ordenhado e análise de fatores associados à doação de leite materno. 02/02/2015 102 f. Mestrado em saúde coletiva Instituição de Ensino: Universidade Federal Fluminense, Niterói.

MENEZES, M.A.S. et al . Recém-nascidos prematuros assistidos pelo Método Canguru: avaliação de uma coorte do nascimento aos seis meses. *Rev. paul. pediatri.*, São Paulo , v. 32, n. 2, p. 171-177, jun. 2014 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822014000200171&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 out. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-0582201432213113>.

MENKE, J. et al. Midwives' perceptions of organisational structures and processes influencing their ability to provide caseload care to socially disadvantaged and vulnerable women. *Midwifery*, Philadelphia, Pennsylvania, v. 30, n. 10, p. 1096-1103, 2014

MORHASON-BELLO, I.O.; ADEDOKUN, B.O.; OJENGBEDE, O.A. Social support during childbirth as a catalyst for early breastfeeding initiation for first-time Nigerian mothers. *Int Breastfeed J.* [Internet]. 2009 Dec [cited Jul 23] 10; 4:16.

MOORE ER, BERGMAN N, ANDERSON GC, MEDLEY N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016.

MORAES, B.A., et al . Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo em lactentes com até 30 dias. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre , v. 37, n. spe, e2016-0044, 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000500424&lng=en&nrm=iso>. access on 31 July 2018. Epub July 20, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.2016-0044>.

MOREIRA, C.M.D. et al . Comparação entre o método sonda-dedo versus copo na transição alimentar do recém-nascido prematuro,. *J. Pediatr. (Rio J.)*, Porto Alegre , v. 93, n. 6, p. 585-591, Dez. 2017 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572017000600585&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Feb. 2018. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2016.12.008>.

MUINGA, N. et al. Using health worker opinions to assess changes in structural components of quality in a Cluster Randomized Trial. *BMC Health Services Research*, v. 14, n. 1, 2014.

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.

NIELA-VILÉN H, AXELIN A, MELENDER HL, SALANTERA S. Aiming to be a breastfeeding mother in a neonatal intensive care unit and at home: a thematic analysis of peer-support group discussion in social media. *Maternal and Child Nutrition*. 2015; 11(4):712-26. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/mcn.12108>. Acesso em: 25 jul 2018.

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.

NYQVIST KH, MAASTRUP R, HANSEN MN, HAGGKVIST AP, HANNULA L, EZEONODO A, KYLBERG E, FRANDSEN AL, HAIK LN. Neo-BFHI: The Baby-friendly Hospital Initiative for Neonatal Wards. Core document with recommended standards and criteria. Nordic and Quebec Working Group; 2015.

O'BRIEN, K. et al. Evaluation of the Family Integrated Care model of neonatal intensive care: a cluster randomized controlled trial in Canada and Australia. *Bmc Pediatrics*, v. 15, p. 9, Dec 2015.

OMER, K. et al. Evidence-based training of frontline health workers for door-to-door health promotion: a pilot randomized controlled cluster trial with lady health workers in Sindh Province, Pakistan. *Patient Education & Counseling*, v. 72, n. 2, p. 178-185, 2008.

OLIVEIRA, M.I.C; CAMACHO, L.A.B. Impacto das unidades básicas de saúde na duração do aleitamento materno exclusivo. *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo , v. 5, n. 1, p. 41-51, Apr. 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2002000100006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 out. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2002000100006>.

OLIVEIRA, M.I.C; SOUZA, I.E.O; SANTOS, E.M.; CAMACHO, L.A.B. Avaliação do apoio recebido para amamentar: significados de mulheres usuárias de unidades básicas de saúde do Estado do Rio de Janeiro. Disponível em:<https://scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000200036&lng=pt>. Acesso em: 30 out 2018.

OLIVEIRA, M.I.C; CAMACHO, L.A.B.; SOUZA, I.E.O; Promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma política de saúde pública baseada em evidência. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(6):1901-1910, nov-dez, 2005.

OLIVEIRA, J. A. Avaliação da qualidade do diagnóstico de desnutrição infantil efetuado pelas equipes da estratégia de saúde da família, 2011. 01/08/2012 62 f. Mestrado em Nutrição Instituição de ensino: Universidade Federal de Alagoas, Maceió.

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.

PEREIRA-SANTOS M, SANTANA MS, OLIVEIRA DS, FILHO RAN, LISBOA CS, ALMEIDA LMR, et al. Prevalence and associated factors for early interruption of exclusive breastfeeding: meta-analysis on Brazilian epidemiological studies. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2017; 17(1):69-78. doi: [http:// dx.doi.org/10.1590/1806-93042017000100004](http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042017000100004)

PÉREZ-ESCAMILLA, R., MARTINEZ, J.L., SEGURA-PÉREZ, S. Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review. Volume 12, Issue 3 July 2016 Pages 402–417.

PIAZZALUNGA, C.R.C.; LAMOUNIER, J.A. O context atual do pai na amamentação: uma abordagem qualitativa. Rev Med Minas Gerais 2011; 21(2): 133-141. Disponível em:<<http://portal.revistas.bvs.br/index.php?search=Rev.%20m%E9d.%20Minas%20Gerais&conector=ET&lang=pt>> Acesso em: 30 de outubro de 2018.

PINCHEVSKI-KADIR S, SHUST-BAREQUET S, ZAJICEK M, LEIBOVICH M, STRAUSS T, LEIBOVITCH L, MORAG I. Direct feeding at the breast is associated with breast milk feeding duration among preterm infants. Nutrients. [Internet]. 2017 Nov [cited Jul 23] 9(11):E1202.

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.

PREMI SS, CHESSELL L. Continuous nasogastric milk feeding versus intermittent bolus milk feeding for premature infants less than 1500 grams. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 11. Art. No.: CD001819. DOI: 10.1002/14651858.CD001819.pub2

PREMATURIDADE.COM. 17 de novembro: Dia Mundial da Prematuridade. 2013a Disponível em:<<http://prematividade.com/datas-comemorativas/17-de-novembro-dia-mundial-da-prematividade.html>>. Acesso em: 26 de janeiro de 2018.

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

PIERRAT, V, COQUELIN A, CUTTINI M, KHOSHNOOD B, GLORIEUX I, CLARIS O, DUROX M, KAMINSKI M, ANCEL PY, ARNAUD C. Translating Neurodevelopmental Care Policies Into Practice: The Experience of Neonatal ICUs in France-The EPIPAGE-2 Cohort Study. *Pediatr Crit Care Med*. 2016 Oct;17(10):957-967.

PINEDA, R. G. Breastfeeding practices in the neonatal intensive care unit before and after an intervention plan. 2006. 99 p-99 p (Ph.D.). University of Florida.

PISEGNA, L.; PYKA, J. An Interdisciplinary Approach to Improving Exclusive Breast Milk Feeding Rate at Discharge. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, Philadelphia, Pennsylvania, v. 43, n. Supp 1, p. S61-2, 2014.

RENFREW, M. J. et al. Breastfeeding promotion for infants in neonatal units: A systematic review and economic analysis. *Health Technology Assessment*, v. 13, n. 40, p. ix-170, 2009.

RENFREW, M. J. et al. Breastfeeding promotion for infants in neonatal units: a systematic review. *Child Care Health and Development*, v. 36, n. 2, p. 165-178, Mar 2010.

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.

ROLLINS NC, BHANDARI N, HAJEEBHOY N, HORTON S, LUTTER CK, MARTINES JC, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet*. 2016; 387(10017):491-504. doi: [http:// dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01044-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01044-2)

ROSA, M.O. Avaliação estrutural da atenção hospitalar ao neonato no município de Cuiabá-MT. 01/12/2008 1 f. Mestrado em enfermagem. Instituição de Ensino: Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá.

ROSSMAN B, GREENE MM, MEIER PP. The role of peer support in the development of maternal identity for NICU moms. *JOGNN [Internet]*. 2015 [cited 2018 Jul 25]; 44(1): 3-16. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25580732>

SANTANA, M.D.C.C.P.D. et al. Aleitamento materno em prematuros: atuação fonoaudiológica baseada nos pressupostos da educação para promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 2, p. 411-417, 2010-03 2010. ISSN 1413-8123. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000200017>(<pt >.

SANTORO JR, W.; MARTINEZ, F. E. Effect of intervention on the rates of breastfeeding of very low birth weight newborns. *Jornal de Pediatria*, v. 83, n. 6, p. 541-546, 2007.

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.

SARDASHT, F. G. et al. Comparing the quality of preconception care provided in healthcare centers in Mashhad in 2012. *Electron Physician*, v. 7, n. 2, p. 1039-46, Apr-Jun 2015.

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, 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.

SILVA, E. P. D. et al. Desenvolvimento e aplicação de um novo índice para avaliação do pré-natal. 2013/00 2013. Disponível em: < http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext& >.Disponível em: < <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/9176> >.

SILVA, MAM, PORTELA, ÉMM, ARRUDA, LP. Aleitamento materno de recém-nascido hospitalizados: grupo de apoio desenvolvido junto às puérperas adolescentes. *Adolesc Saude*. 2014; 11(1): 44-51.

SILVA, A. L. A. D. et al. Evaluation of maternal and neonatal hospital care: quality index of completeness. *Revista de Saúde Pública*, v. 48, n. 4, p. 682-691, 2014-08 2014. ISSN 0034-8910. Disponível em: < http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000400682 > (=pt >.

SILVA, L.J.; LEITE, J.L.; SCOCHI, C.G.S.; SILVA, L.R.; SILVA, T.P. A adesão das enfermeiras ao Método Canguru: subsídios para a gerência do cuidado de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. v. 23, n. 3, p. 483-490, 1 jun. 2015.

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.

SPATZ, D. L. Ten steps for promoting and protecting breastfeeding for vulnerable infants. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, Baltimore, Maryland, v. 18, n. 4, p. 385-396, 2004. UNICEF. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9994.htm>. Acesso em: 10 de setembro de 2014.

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.

VICTORA CG, BAHL R, BARROS AJ, FRANÇA GV, HORTON S, KRASEVEC J et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016;387(10017):475–90. doi:10.1016/S0140-6736(15)01024-7

WATSON J, MCGUIRE W. Responsive versus scheduled feeding for preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Aug 31;(8):CD005255. doi: 10.1002/14651858.CD005255.pub5

WILSON, B. L.; BLEGEN, M. Labor and delivery nurse staffing as a cost-effective safety intervention. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, Baltimore, Maryland, v. 24, n. 4, p. 312-319, 2010.

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.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Nacimientos prematuros. Nota descriptiva. 2017a. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>> Acesso em 02 de fevereiro de 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. Geneva: World Health Organization; 2017b.

YU, X. R. et al. Breastfeeding Evaluation Indicators System is a Promising Evaluation Tool for Preterm Infants in Neonatal Intensive Care Units (NICUs). *Medical Science Monitor*, v. 22, p. 4009-4016, Oct 2016.

APÊNDICES

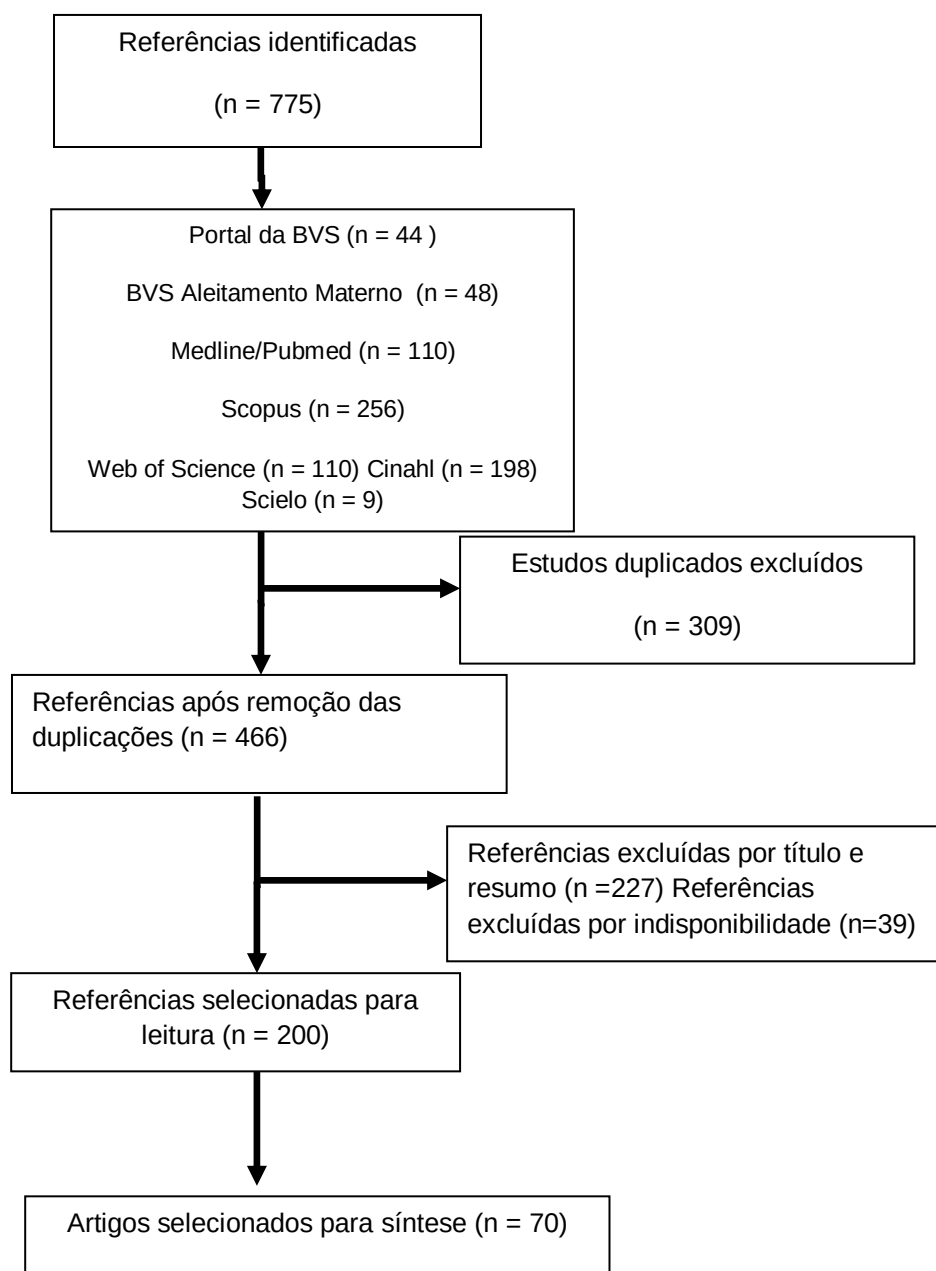
APÊNDICE A – Revisão bibliográfica sobre as estratégias de promoção, proteção e apoio que aumentam a prevalência do aleitamento materno em RNPTs

Quadro 4 - Descritores e frases booleanas utilizadas para o levantamento bibliográfico

	Descritores em português	Sinônimo em português	Descritores em inglês	Entry terms (Sinônimo inglês)
PROBLEMA	“Aleitamento Materno” OR “Lactância Materna” OR Aleitamento OR Amamentação OR “Alimentação ao Peito” “Recém-Nascido Prematuro” OR “RecienNacido Prematuro” OR “Lactente Nascido Prematuramente” OR “Lactente Nascido Pré-Termo” OR “Nascido Prematuramente” OR “Lactente Prematuro” OR “Lactente Pré-Termo” OR “Lactentes Nascidos Prematuramente” OR “Lactentes Nascidos Prematuros” OR “Lactentes Nascidos Pré-Termo” OR “Lactentes Prematuros” OR “Lactentes Pré-Termo” OR “Neonato Prematuro” OR “Neonato Pré-Termo” OR “Neonatos Prematuros” OR “Neonatos Pré-Termo” OR Prematuridade OR “Prematuridade Neonatal” OR Prematuro Pré-Termo OR Prematuros OR “Recém-Nascido Pré-Termo” OR “Recém-Nascidos Prematuros” OR “Recém-Nascidos Pré-Termo” OR Recém-Nascido OR Recém-Nascida OR “Recém Nascidas” OR Lactente OR Recém-Nascidos OR Neonato OR Neonatos OR neonatal “Unidades de Terapia Intensiva Neonatal” OR “Unidade de Terapia Intensiva Neonatal” OR “Centros de Terapia Intensiva para Recém-Nascidos” OR “CTI Neonatal” OR “Unidades de Terapia Intensiva para Recém-Nascidos” OR “UTI Neonatal” OR “Unidade de Terapia Intensiva do Tipo III” OR “Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal” OR “Unidades de Terapia Intensiva”		“Breast Feeding” OR “Feeding, Breast” OR “Breastfeeding” OR “Breast Feeding, Exclusive” OR “Exclusive Breast Feeding” OR “Breastfeeding, Exclusive” OR “Exclusive Breastfeeding” “Infant, Premature” OR “Infants Premature” OR “Premature Infant” OR “Preterm Infants” OR “Infant Preterm” OR “Infants Preterm” OR “Preterm Infant” OR “Premature Infants” OR “Neonatal Prematurity” OR “Prematurity Neonatal” OR “Infant, Newborn” OR “Infants Newborn” OR “Newborn Infant” OR “Newborn Infants” OR Newborns OR Newborn OR Neonate OR Neonates “Intensive Care Units, Neonatal” OR “Neonatal ICU” OR “Neonatal Intensive Care Units” OR “Newborn Intensive Care Units” OR “Newborn Intensive Care Units (NICU)” OR “ICU, Neonatal” OR “ICUs, Neonatal” OR “Neonatal ICUs” OR “Newborn ICU” OR “ICU, Newborn” OR “ICUs, Newborn” OR “Newborn ICUs” OR “Intensive Care Units” OR “Care Unit Intensive” OR “Care Units Intensive” OR “Intensive Care Unit” OR “Unit Intensive Care” OR “Units Intensive Care”	

INTERESSE	Estratégias OR Estratégia OR Ações OR “ServiciosHospitalarios” OR “Servços Hospitalares” OR “Serviços Hospitalares de Apoio” OR “Políticas Públicas em Saúde” OR “Diretrizes das Políticas” OR “práticas favorecedoras” “Políticas Públicas de Saúde” OR “Políticas Públicas de Salud” OR “Política de Saúde Pública” OR “Políticas de Saúde Pública” OR “Política em Saúde Pública” OR “Políticas em Saúde Pública” OR “Política Pública de Saúde” OR “Políticas Públicas” “Método Canguru” OR “Método Mãe-Canguru” OR “Método Mãe Canguru” OR “Mãe Canguru” OR “Projeto Mãe-Canguru” OR “Método Madre-Canguro” OR “contato pele a pele” “Bem-Estar do Lactente” OR “Bienestardel Lactante”	Strategies OR “Hospital Services” OR Public Health Policy OR “Public Health Policy” OR “Public Policies” OR “Kangaroo-Mother Care Method” OR “Care Method Kangaroo-Mother” OR “Care Methods Kangaroo-Mother” OR “Kangaroo Mother Care Method” OR “Kangaroo-Mother Care Methods” OR “Method Kangaroo-Mother Care” OR “Methods Kangaroo-Mother Care” OR “Kangaroo Mother Care” OR “Care Kangaroo Mother” OR “Kangaroo-Mother Care” OR “Care Kangaroo-Mother” OR “Kangaroo Care” OR “Kangaroo Mother” OR “Kangaroo Method” OR Skin-to-skin OR “skin-to-skin contact” OR “skin-to-skin care” “Infant Welfare” OR “Welfare, Infant” OR “Welfare of Infants” OR “Infants Welfare” OR “Infant Well-Being” OR “Infant Well Being” OR “Well-Being, Infant” OR “Newborn Infant Welfare” OR “Welfare, Newborn Infant” OR “Newborn Infant Well-Being” OR “Infant Well-Being, Newborn” OR “Newborn Infant Well Being” OR “Well-Being, Newborn Infant” OR “Welfare of Newborn Infants”
CONTEXTO	“Promoção da Saúde” OR “Promoción de la Salud” OR “Promoção em Saúde” OR “campanhas de Saúde”	“Health Promotion” OR “Promotion Health” OR “Promotions Health” OR “Promotion of Health” OR “Health Promotions” OR “Promotional Items” OR “Item Promotional” OR “Items Promotional” OR “Promotional Item” OR “Wellness Programs” OR “Program Wellness” OR “Programs Wellness” OR “Wellness Program” OR “Health Campaigns” OR “Campaign Health” OR “Campaigns Health” OR “Health Campaign”

Figura 3 – Fluxo de seleção de documentos – busca geral



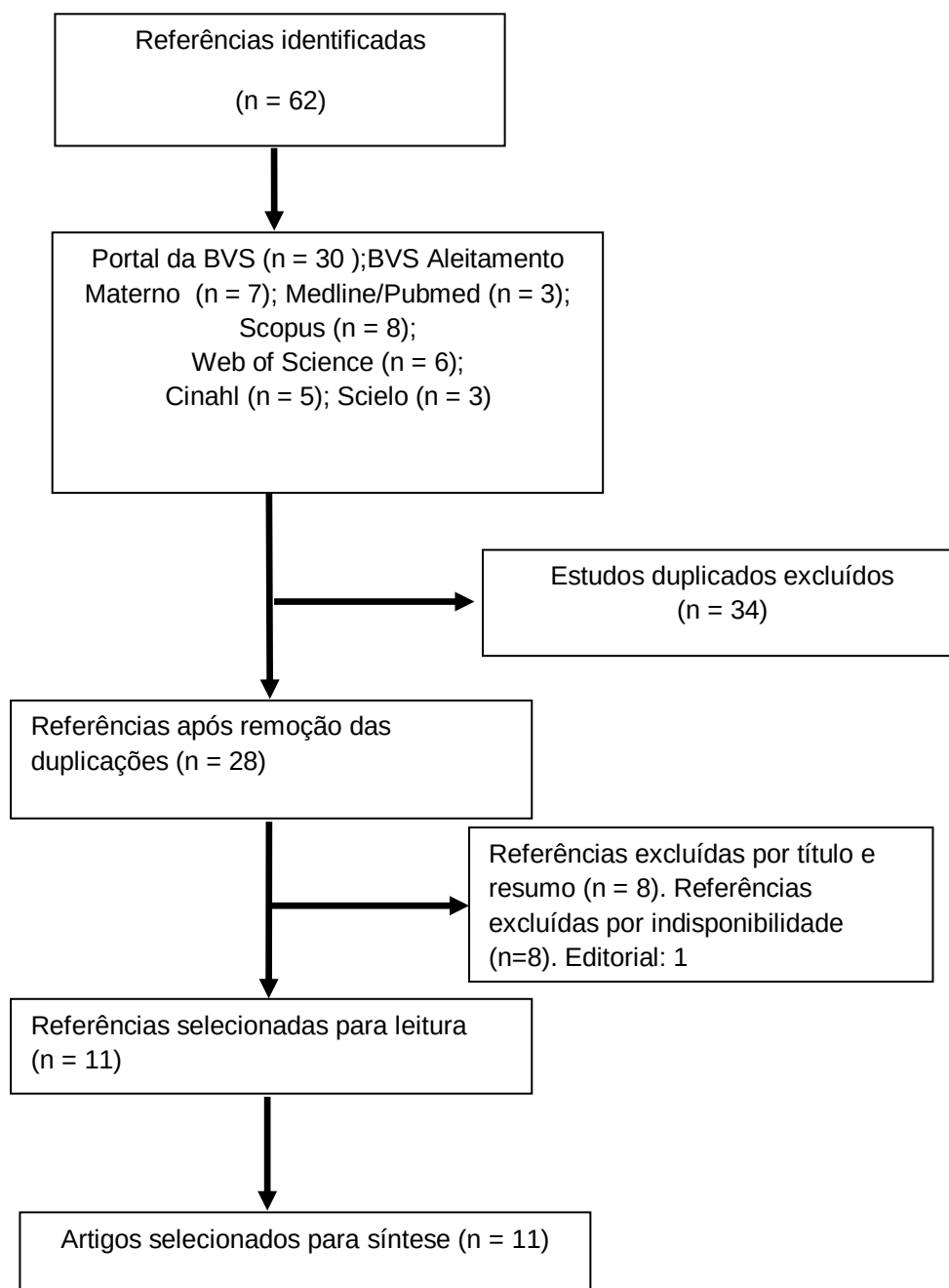
APÊNDICE B - Revisão Bibliográfica sobre o Referencial Teórico Avedis Donabedian

Quadro 5 - Principais estratégias de consulta realizadas sobre o teórico Donabedian e aleitamento materno

BASES DE DADOS CONSULTADAS		
BASES DE DADOS	ESTRATÉGIAS	
Cinahl	donabedian AND ("breast feeding" or breast-feeding or breastfeed or breastfeeding or "Feeding, Breast")	1
Cinahl	donabedian AND ("Infant, Premature" OR "Infants Premature" OR "Premature Infant" OR "Preterm Infants" OR "Infant Preterm" OR "Infants Preterm" OR "Preterm Infant" OR "Premature Infants" OR "Neonatal Prematurity" OR "Prematurity Neonatal" OR "Infant, Newborn" OR "Infants Newborn" OR "Newborn Infant" OR "Newborn Infants" OR Newborns OR Newborn OR Neonate OR Neonates)	4
Portal Regional da BVS	tw:(donabedian AND ("aleitamento materno" OR "lactancia materna" OR aleitamento OR amamentação OR "alimentação ao peito") AND (recém-nascido OR recém-nascida OR "recém nascidas" OR lactente OR recém-nascidos OR neonato OR neonatos OR neonatal)) AND (instance:"regional") AND (db:("LILACS" OR "IBECs" OR "PAHO" OR "PAHOIRIS" OR "WHOLIS") AND la:("pt" OR "es"))	9
Portal Regional da BVS	tw:((donabedian) AND (tw:("aleitamento materno" OR "lactancia materna" OR aleitamento OR amamentação OR "alimentação ao peito")) AND (instance:"regional") AND (db:("LILACS" OR "PAHO" OR "PAHOIRIS" OR "IBECs" OR "MedCarib" OR "WHOLIS"))	20
Scopus	(TITLE-ABS-KEY (donabedian)) AND ((TITLE-ABS-KEY ("Infant, Premature" OR "Infants Premature" OR "Premature Infant" OR "Preterm Infants" OR "Infant Preterm" OR "Infants Preterm" OR "Preterm Infant" OR "Premature Infants" OR "Neonatal Prematurity" OR "Prematurity Neonatal" OR "Infant, Newborn") OR TITLE-ABS-KEY-AUTH ("Infants Newborn" OR "Newborn Infant" OR "Newborn Infants" OR newborns OR newborn OR neonate OR neonates)))	7
Scopus	(TITLE-ABS-KEY ("Breast Feeding" OR breastfeeding OR "Feeding Breast" OR breastfeeding OR "Breast Feeding Exclusive" OR "Exclusive Breast Feeding" OR "Breastfeeding Exclusive" OR "Exclusive Breastfeeding")) AND TITLE-ABS-KEY-AUTH (donabedian))	1
Pubmed	Search (((Donabedian A[Author]) OR Donabedian, Avedis[Author]) OR "donabedian"[Text Word]) AND (("breast feeding"[MeSH Terms]) OR ("Breast Feeding"[Title/Abstract] OR "Feeding, Breast"[Title/Abstract] OR "Breastfeeding"[Title/Abstract] OR "Breast Feeding, Exclusive"[Title/Abstract] OR "Exclusive Breast Feeding"[Title/Abstract] OR "Breastfeeding, Exclusive"[Title/Abstract] OR "Exclusive Breastfeeding"[Title/Abstract]))	0
Pubmed	((Donabedian A[Author] OR Donabedian, Avedis[Full Author Name]) OR "donabedian"[Text Word]) AND (("infant, premature"[MeSH Terms] OR ("Infant, Premature"[Title/Abstract] OR "Infants Premature"[Title/Abstract] OR "Premature Infant"[Title/Abstract] OR "Preterm Infants"[Title/Abstract] OR "Infant Preterm"[Title/Abstract] OR "Infants Preterm"[Title/Abstract] OR "Preterm Infant"[Title/Abstract] OR "Premature Infants"[Title/Abstract] OR "Neonatal Prematurity"[Title/Abstract] OR "Infant, Newborn"[Title/Abstract] OR "Infants Newborn"[Title/Abstract] OR "Newborn Infant"[Title/Abstract] OR "Newborn Infants"[Title/Abstract] OR Newborns[Title/Abstract] OR Newborn[Title/Abstract] OR Neonate[Title/Abstract] OR	3

	Neonates[Title/Abstract])) OR "infant, newborn"[MeSH Terms]) AND (English[lang] OR Portuguese[lang] OR Spanish[lang])	
BVS Aleitamento Materno http://www.bvsam.icict.fiocruz.br/	(tw:(donabedian)) AND (tw:(“aleitamento materno” OR “lactancia materna” OR aleitamento OR amamentação OR “alimentação ao peito”)) AND (instance:"fioc_aleitamento_materno" OR (instance:"regional" AND (db:"MEDLINE" OR db:"LILACS")))) AND (db:(“PAHO” OR “BVSAM” OR “TESESFIO” OR “THESIS” OR “WHOLIS”))	7
Web of science	Tópico: (“Infant, Premature” OR “Infants Premature” OR “Premature Infant” OR “Preterm Infants” OR “Infant Preterm” OR “Infants Preterm” OR “Preterm Infant” OR “Premature Infants” OR “Neonatal Prematurity” OR “Prematurity Neonatal” OR “Infant, Newborn” OR “Infants Newborn” OR “Newborn Infant” OR “Newborn Infants” OR Newborns OR Newborn OR Neonate OR Neonates) AND Tópico: (DONABEDIAN) OR Autor: (DONABEDIAN A)	5
Web of science	Tópico: (“BreastFeeding” OR “Feeding, Breast” OR “Breastfeeding” OR “Breast Feeding, Exclusive” OR “Exclusive Breast Feeding” OR “Breastfeeding, Exclusive”) OR Tópico: (“Exclusive Breastfeeding”) AND Tópico: (DONABEDIAN) OR Autor: (DONABEDIAN A)	1

Figura 4 - Fluxo de seleção de documentos – busca sobre Donabedian e Aleitamento materno



APÊNDICE C - Instrumento de Coleta de Dados – Profissional de Saúde

Título da pesquisa: Promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno do recém-nascido
pré-termo nas unidades de terapia intensiva neonatal

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1.1 Número do Instrumento:

1.2. Data da entrevista:

Entrevista com o profissional de saúde

2. PERFIL

2.1 - Sexo () Feminino () Masculino

2.2 – Idade: _____ anos

2.3 - Tempo de formado: _____ano(s)

2.4 Formação profissional

() Graduação. Área: _____

() Especialização. Área: _____

() Residência. Área: _____

() Mestrado. Área: _____

() Doutorado. Área: _____

2.5 - Tempo de experiência profissional: _____ano(s)

2.6 - Tempo de experiência na área neonatal: _____ano(s)

2.7 - Tempo em que trabalha nesta unidade neonatal: _____ano(s)

3. ATUAÇÃO PROFISSIONAL

3.1 Cargo que ocupa na instituição: _____

3.1.1 - Qual seu vínculo funcional nesta maternidade?

() Funcionário público () Cooperativado/contratado () Outro. Qual? _____

3.2 - Regime de trabalho nesta unidade neonatal

() Plantão 12 por 60 horas () Diurno () Noturno

() Plantão 12 por 36 horas () Diurno () Noturno

() Diarista

() Outro tipo de horário. Qual? _____

Carga horária semanal: _____

3.3 - Quantos outros vínculos de trabalho você possui?

() Nenhum () Mais um () Mais dois () Mais três

3.3.1 - Neste(s) outro(s) vínculo(s) de trabalho você trabalha na área neonatal?

() Não () Sim () Não se aplica

3.4 - Você participou de algum curso/treinamento sobre o tema ALEITAMENTO MATERNO/AMAMENTAÇÃO do recém-nascido/criança nesta instituição?

() Não () Sim. Há quanto tempo foi o seu último treinamento em anos? _____ anos

Conteúdos abordados eram: () teóricos () práticos () teóricos e práticos

3.5 - Nesta maternidade existe alguma diretriz, protocolo ou rotina sobre avaliação e manejo do aleitamento materno/amamentação em recém-nascido pré-termo?

() Não sabe informar () Não () Sim

Se sim, qual(ais) a(s) recomendação(ões)?

3.5.2 () Não sabe informar

3.5.3 () Incentivo ao Aleitamento Materno

3.5.4 () Dez passos da IHAC

3.5.5 () Outros _____

4.PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO

4.1 Na instituição de saúde em que você trabalha comemora-se a Semana da Amamentação?

1 Sim() 2 Não() 3 Não sabe informar ()

4.1.1 Quais as atividades realizadas durante a Semana da Amamentação? () Palestras

4.1.2 Outras? _____ 4.1.3 () Não sabe informar 4.1.4 () Não se aplica

4.1.5 () eventos científicos

4.2 A instituição realiza eventos sobre a amamentação? 1 Sim() 2 Não() 3 Não sabe informar ()

4.2.1 Com que frequência por ano? _____ 4.2.1.2 () Não sabe informar

4.3 Nesta instituição de saúde quais dessas atividades são realizadas para divulgar a prática do aleitamento materno no RNPT? () divulgação de vídeos na sala de espera () distribuição de folhetos () acesso a sites de amamentação () disposição de cartazes e/ou banners () Não sabe informar

4.3.1 Quem é o responsável pela atividade? () Chefia da Maternidade() Não sabe informar

4.4 Nesta instituição de saúde existem propagandas e/ou cartazes que incentivem o uso de mamadeiras, bicos e/ou chupetas? 1 Sim() 2 Não() 3 () Não sabe informar

5. PROTEÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO

5.1 Na unidade neonatal, você orienta a mãe quanto: 1 Sim 2 Não

- ☐ ao direito da criança de ser amamentada durante a internação
- ☐ ao direito da criança da permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável durante a sua internação
- ☐ à licença-maternidade¹¹
- ☐ à licença-paternidade¹²
- ☐ ao direito à garantia de emprego¹³
- ☐ ao direito à creche¹⁴
- ☐ às pausas para amamentar durante o trabalho¹⁵

5.2 E o pai você orienta? 1 Sim 2 Não

- ☐ Quanto ao direito da criança de ser amamentada durante a internação
- ☐ Quanto ao direito da criança da permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável durante a sua internação
- ☐ Quanto à licença-maternidade
- ☐ Quanto à licença -paternidade
- ☐ Quanto ao direito à garantia de emprego

¹¹ 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.

¹² 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.

¹³ 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.

¹⁴ 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

¹⁵ 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).

- () Quanto ao direito à creche
- () Quanto às pausas para amamentar durante o trabalho

5.3 E algum outro familiar você orienta? 1 Sim 2 Não Qual? _____

- () Quanto ao direito da criança de ser amamentada durante a internação
- () Quanto ao direito da criança da permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável durante a sua internação
- () Quanto à licença-maternidade
- () Quanto à licença-paternidade
- () Quanto ao direito à garantia de emprego
- () Quanto ao direito à creche
- () Quanto às pausas para amamentar durante o trabalho

5.4 Caso não, quem orienta? () Profissionais do BLH () Assistente Social () Chefia da maternidade () Outros _____ () Não sabe informar

5.5 Em que momento? () Durante o pré-natal () Durante a internação da mãe/RNPT () Depois da alta, no ambulatório () Não sabe informar

6. APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO

6.1 Você acompanha a mãe/pai/família (Quem? _____) na primeira vez em que ela(ele) entra na Unidade Neonatal para ver o bebê? 1 Sim () 2 Não ()

6.1.1 Se não, qual profissional é o responsável? _____

6.2 Nesse primeiro encontro na Unidade Neonatal, você orienta a mãe/pai/família (Quem? _____) em relação à retirada do leite/ordenha? Sim () Não ()

6.2.1 Se não, quando/quem orienta? () BLH () Fonoaudióloga () Enfermeira _____

6.3 Com que frequência você orienta a mãe a manter o estímulo da mama para lactação e retirada do leite? 1 () De forma regular, de 3 em 3 horas 2 () De forma regular, de 2 em 2 horas 3 () sempre que a mãe está na unidade 4 () não orienta 5 () outros Quais? _____

6.4A mãe realiza a ordenha manual na unidade neonatal? Sim () Não ()

6.4.1 Se não, onde é feita a ordenha? 1 () BLH 2 () em casa 3 () outros Quais? _____

6.5 Você acompanha a mãe na primeira vez em que ela realiza a ordenha?

Sim () Não () 6.5.1 Se não, alguém acompanha? () BLH () Enfermeiro

() Não sabe informar Quem? _____

6.5.1 E nas ordenhas posteriores você acompanha a mãe? Sim () Não ()

6.5.1.1 Caso não, quem acompanha a mãe? () BLH () Enfermeiro

() Não sabe informar Quem? _____

6.6 Você estimula o contato pele a pele (toque) da mãe/pai/família (Quem? _____) com o bebê? Sim () Não ()

6.6.1.1 Se sim, em que momento? 1 Assim que possível () 2 Ignorado () 3 Outros. Quais? _____

6.7 Na unidade em que você trabalha, existe algum critério para iniciar o contato pele a pele (toque)? Sim () Não () Não sabe informar ()**6.7.1 Se sim, qual/quais?**

() Estabilidade clínica do bebê

() Peso ≥ 1500 g

() IG > 34 semanas

() Outros Quais? _____

() Não sabe informar

6.8 Você estimula a realização da posição canguru da mãe/pai/família (Quem? _____) durante a internação?

Sim () Não ()

6.8.1.1 Se sim, em que momento? 1 Assim que possível () 2 Ignorado () 3 Outros. Quais? _____

6.8.2.1 Se sim, por quanto tempo você orienta a realizar a posição? () mínimo 30 minutos () mais de 1 h _____? () o quanto a mãe quiser

6.9 Na unidade em que você trabalha, existe algum critério para iniciar a posição canguru?

Sim () Não () Não sabe informar ()

6.9.1 Se sim, qual/quais?

() Estabilidade clínica do bebê

() Peso ≥ 1500 g

() IG > 34 semanas

- () Outros Quais? _____
- () Não sabe informar
- () Disponibilidade da mãe/pai
- () RN estar sem cateter venoso profundo
- () RN estar em ar ambiente

6.10 Você orienta a mãe/pai/família (Quem? _____) para a realização da posição canguru no domicílio? Sim () Não ()

6.11 Na unidade em que você trabalha, existe algum critério para iniciar o aleitamento materno¹⁶? Sim () Não () Não sabe informar ()

6.11.1 Se sim qual/quais?

- () Estabilidade clínica do bebê
- () Peso ≥ 1500 g
- () IG > 34 semanas
- () Outros Quais? _____
- () Não sabe informar
- () Não tem critério
- () RN em ar ambiente

6.12 Na sua unidade, existe algum critério para iniciar a amamentação (seio materno)¹⁷?

Sim () Não () Não sabe informar ()

6.12.1 Se sim qual/quais?

- () Estabilidade clínica do bebê
- () Peso ≥ 1500 g
- () IG > 34 semanas

¹⁶ Todas as formas de o RNPT receber leite humano ou materno.

¹⁷ Ato da nutriz dar o seio e o RNPT mamá-lo diretamente.

() Outros Quais? _____

() Não sabe informar

6.13 Você orienta a mãe/pai/família (Quem? _____) em relação à amamentação durante a internação do bebê?

Sim () Não ()

6.14 Com que frequência orienta? () Sempre () Frequentemente () Às vezes () Nunca

6.15 Em relação à duração da amamentação você considera suficiente:

() menos de 6 meses () até 6 meses () até 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

6.16 Na instituição em que você trabalha existe algum grupo de apoio para amamentação?

1 Sim() 2 Não() 3 Não sabe informar

6.16.1 Se sim, quando ele é oferecido? () Durante o pré-natal () Durante a internação da mãe na maternidade () Depois da alta da mãe e durante a internação do bebê () Depois da alta do bebê, no ambulatório. () Ignorado Outros: _____

6.16.2 Qual a frequência das reuniões? () semanal () Ignorado _____

6.17 Você ou a instituição disponibiliza algum 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? 1 Sim() 2 Não() 3 Ignorado ()

6.18 Durante a internação do bebê, você ajuda a mãe a amamentar? 1 Sim() 2 Não()

6.18.1 Se sim, quando você oferece essa ajuda?

() Sempre, em todas as mamadas () Frequentemente, em quase todas as mamadas () Às vezes, quando a mãe solicita () Apenas na primeira mamada () outros _____

6.18.2 De que maneira?

() Apenas de informação¹⁸ () Apenas ajuda prática¹⁹ () Informação e ajuda prática²⁰ () outro Qual? _____

6.19 As mães podem permanecer com os bebês 24 horas por dia? 1 Sim() 2 Não()

6.19.1 Alguém mais tem essa permissão? 1 Sim() 2 Não() Quem?() Pai _____

¹⁸ Profissional orienta a mãe verbalmente em relação à amamentação e seu manejo.

¹⁹ Profissional ao lado da mãe, ajudando a posicionar o RNPT no seio materno.

²⁰ Profissional orienta a mãe verbalmente e ajuda a posicionar o RNPT no seio materno.

6.20 Quais as condições que a instituição oferece para a permanência da mãe e outros na unidade neonatal?

() poltrona () cadeira () alojamento materno

6.21 Quando a amamentação do RNPT já está liberada existem horários programados para a amamentação? 1 Sim() 2 Não()

6.21.1 Quando? () Livre demanda () semidemanda () 3 em 3 horas() Livre demanda respeitando o intervalo de 3 em 3 horas () 2 em 2 horas() não sabe informar() outros
Quais? _____

6.22 Na sua instituição, quais são os casos em que é permitido o uso de bicos ou chupetas?

() alívio da dor

() separação mãe-bebê

() Mães portadoras do vírus HIV

() RNPTs Cardiopatas

() RNPT em dieta zero

() RNPT estressado, irritado

() outros Quais? _____

6.23 Os pais são preparados para a continuidade do aleitamento materno após a alta hospitalar e é assegurado o acesso a grupos/serviços de apoio após a alta hospitalar?

1 Sim() 2 Não()

6.23.1 Quais são esses grupos/serviços? () Ambulatório hospitalar () BLH () Não sabe informar () Outros _____ () Atenção Básica

6.24 Na sua opinião, diga em uma palavra, qual é a principal barreira para a amamentação de RNPT?

6.25 Na sua opinião, diga em uma palavra, o que facilita a amamentação de RNPT?

APÊNDICE D - Instrumento de Coleta de Dados - Mãe

Título da pesquisa: Promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno do recém-nascido pré-termo nas unidades de terapia intensiva neonatal

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1.1 Número do Instrumento:

1.2. Data da entrevista:

1.3 Número do prontuário:

Entrevista com a mãe

2. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

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 **Renda mensal familiar:** _____ em reais

3. DADOS GESTACIONAIS E DO PARTO

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

3.2 Número de **Gestações anteriores**: _____

3.2.1 Número de filhos vivos anteriores: _____

3.3 **Intercorrências** na gestação: 1 Sim() 3.3.1 Quais? _____ 2 Não()

3.4 **História de parto prematuro**: 1 Sim() 2 Não() 3 Não se aplica-primípara() Quantos?_

3.5 **História de amamentação**: 1 Sim() 2 Não() 3 Não se aplica-primípara() Quantos
filhos amamentou? _____

3.6 **Recebeu informação sobre aleitamento materno neste acompanhamento pré-natal?** 1
Sim() 2 Não()

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

3.8 **Tipo de parto:** 1 Vaginal() 2 Cesariana() 3 Vaginal com fórceps()

3.9 **Intercorrências no parto:** 1 Sim(). 3.9.1 Quais? 2 Não()

3.10 Contato **pele a pele sobre o tórax materno:** 1 Sim()

2 Não() 3 Ignorado()

3.11 Se contato pele a pele: 1 () Imediatamente após o nascimento (até 10 min.) 2 () 10 min. a 1ª hora de vida 3 () Na 2ª até a 24ª hora de vida 4 () Após 24 horas do nascimento 5 () Não sabe informar 6 () Não realizou

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

3.12.1 De que tipo?() Toque () Contato pele a pele sobre o tórax materno () Colo () outro

3.13 **Amamentação na primeira hora:** 1 Sim() 2 Não() 3 Ignorado()

Dados do prontuário:

4. CONDIÇÕES DE NASCIMENTO

4.1 **Data** do nascimento: / / **Hora** do nascimento: h

4.2 **Sexo:** 1 Masculino() 2 Feminino()

4.3 **Idade gestacional:** semanas e dias

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

4.4 **Peso** ao nascer: gramas

4.5 **Apgar** 1º minuto: 4.5.1 Apgar 5º minuto: 4.5.2 Apgar 10º minuto:

4.5.3 Apgar 15º minuto: 4.5.4 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() 4.7.1 Quais? 6 Ignorado() 7 Não houve()

5. CONDIÇÕES DE SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO DURANTE A INTERNAÇÃO

5.1 **Enfermidades:** 1 Enterocolite necrosante() 2 Pneumonia() 3 Seps() 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: dias

5.3 Uso de **oxigenoterapia**: 1 Sim() 2 Não()

5.4 **Duração total da internação**: dias

6. DADOS DO ALEITAMENTO MATERNO²¹ 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 Fórmula infantil()

6.3 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)²² 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)

²¹ Todas as formas de o RNPT receber leite humano ou materno.

²² Ato da nutriz dar o seio e o RNPT mamá-lo diretamente.

8.4 Tipo de alimentação: 1 Aleitamento materno exclusivo²³(☐) 2 Aleitamento materno predominante²⁴(☐) 3 Aleitamento materno²⁵(☐) 4 Aleitamento artificial/não aleitamento materno²⁶(☐).

Entrevista com a mãe

9. PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO/AMAMENTAÇÃO (INÍCIO E MANUTENÇÃO) DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO:

9.1 Na instituição de saúde em que seu filho está sendo atendido existem propagandas e/ou cartazes que divulguem a prática do aleitamento materno no RNPT?

1 Sim(☐) 2 Não(☐)

9.2 Na instituição de saúde em que seu filho está sendo atendido existem propagandas e/ou cartazes que incentivem o uso de mamadeiras, bicos e/ou chupetas? 1 Sim(☐) 2 Não(☐)

9.3 Você recebeu algum material educativo falando sobre amamentação?

1 Sim(☐) 2 Não(☐)

10. PROTEÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO/AMAMENTAÇÃO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO

Você foi orientada dos direitos a seguir: 1 Sim(☐) 2 Não(☐)

(☐) direito da criança de ser amamentada durante a internação

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

(☐) Licença-maternidade²⁷

²³ Apenas o leite materno como única fonte de nutrição.

²⁴ 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.

²⁵ Leite materno além de fórmulas e/ou substituto do leite como fonte de nutrição.

²⁶ Recebe apenas fórmula e/ou qualquer substituto do leite como única fonte de nutrição.

²⁷ 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.

- ☐ Licença-paternidade²⁸
- ☐ Direito à garantia de emprego²⁹
- ☐ Direito à creche³⁰
- ☐ Pausas para amamentar durante o trabalho³¹

Você fez ou está fazendo uso dos direitos a seguir? 1 Sim() 2 Não()

- ☐ direito da criança de ser amamentada durante a internação
- ☐ direito da gestante de ter um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto
- ☐ Licença-maternidade
- ☐ Licença-paternidade
- ☐ Direito à garantia de emprego
- ☐ Direito à creche
- ☐ Pausas para amamentar durante o trabalho

10.2 Outras pessoas da sua família foram orientadas em relação a esses direitos?

1 Sim() 2 Não()

Quem? _____

Quais direitos? _____

10. 3 Quando você foi orientada?

²⁸ 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.

²⁹ 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.

³⁰ 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.

³¹ 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).

() 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 () Não foi orientada

10.4 Essas orientações foram realizadas: () Em grupo () Individualmente () Em grupo e individualmente () Não foi orientada

10.5 Quem realizou essas orientações? () Não foi orientada () Não sabe informar () Assistente Social() Médico() Enfermeiro () outros Quem?_____

11. APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO

11.1 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?_____() Ignorado

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

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

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

1() Na 1ª hora de vida 2 () Na 2ª até a 6ª hora de vida 3 () Na 6ª até a 24ª horas do nascimento 4 () Após 24 horas do nascimento até a 48ª hora 5 () Após 48 horas 4 Outro _____ 5 () Não sabe informar 6() Não realizou a ordenha

11.5 Onde foi feita a ordenha? 1() UTIN 2() no banco de leite 3 () UTI materna 4 () Alojamento Conjunto 5 () em casa 6 não realizou ()

11.6 Durante a sua primeira ordenha, você teve ajuda de um profissional da unidade?

Sim () Não () Não realizou a ordenha ()

Se sim, qual? () Enfermeira () Profissionais do BLH () Não teve ajuda () Não realizou a ordenha() outros Quem?_____

11.7 O leite ordenhado foi oferecido ao seu bebê? Sim () Não () Não sabe informar () Não realizou a ordenha ()

11.8 Quando foi a primeira vez em que você tocou no bebê?

1 () Imediatamente após o nascimento (até 10 min.) 2 () 10 min. a 1ª hora de vida 3 () Na 2ª até a 24ª hora de vida 4 () Após 24 horas do nascimento 5 () Não sabe informar 6 () Não realizou

11.9 Você já fez a posição canguru durante a internação na UTIN? Sim () Não ()

11.9.1 Se sim, quantas vezes você fez? () Sempre, toda vez que vai na UTIN () Frequentemente, quase todas as vezes em que vai na UTIN () Às vezes () Não se aplica

11.10 Quando foi a primeira vez que você fez a posição canguru com o bebê?

1 () Imediatamente após o nascimento (até 10 min.) 2 () 10 min. a 1ª hora de vida 3 () Na 2ª até a 24ª hora de vida 4 () Após 24 horas do nascimento 5 () Não sabe informar 6 () Não realizou

11.11 Você recebeu orientações em relação à amamentação na unidade neonatal?

Sim () Não ()

11.12 Com que frequência você recebe/recebeu essas orientações? () Sempre, todas as vezes em que vai na UTIN () Frequentemente, quase todas as vezes em que vai na UTIN () Às vezes

11.12.1 Quem realizou as orientações? () Enfermeira () Fonoaudióloga () BLH () Outros _____

11.13 Seu bebê já foi amamentado no peito? 1 Sim() 2 Não()

11.14 Em relação à sua experiência da amamentação nesta internação, qual a primeira palavra que vem na sua cabeça? _____

11.15 Você deseja que seu filho mame no peito? 1 Sim() 2 Não()

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

11.17 Se sim, quando? () Durante o pré-natal () Durante a internação do RNPT

() Não se aplica

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

11.19 Você tem ajuda para amamentar? 1 Sim() 2 Não()

11.20 Se sim, de quem? () Enfermeira () Fonoaudióloga () BLH () Não teve ajuda () outros _____

11.21 Quando essa ajuda é oferecida? () Sempre, todas as vezes em que você está na UTIN () Frequentemente, quase todas as vezes em que você está na UTIN () Às vezes () Não tem ajuda

11.22 Você se sente apoiada em relação à amamentação?

1 Sim() 2 Não()

11.22.1 Se sim, quando? () Sempre () Frequentemente () Às vezes

11.22.2 Se sim, por quem? () Família () Enfermeiro () Fonoaudióloga () Equipe de Saúde

11.23 Você se sente apoiada em relação à amamentação pela equipe de saúde? 1 Sim () 2 Não ()

11.23.1 () Sempre () Frequentemente () Às vezes

11.23.2 Por qual profissional? () Enfermeiro () Fonoaudióloga () Equipe de Saúde () Não se sente apoiada _____

11.24 Que tipo de apoio você gostaria de ter?

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

() nenhum apoio () outro Qual? _____

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

() Somente suporte ativo³² () Somente suporte passivo/reactivo³³ () Suporte ativo e passivo/reactivo

11.26 Na sua opinião, diga em uma palavra, qual é a principal barreira para a amamentação de RNPT?

11.27 Na sua opinião, diga em uma palavra, o que facilita a amamentação de RNPT?

³² O profissional de saúde oferece ajuda.

³³ O profissional de saúde aguarda a mãe pedir ajuda.



Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)
Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN)

APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde

Você está sendo convidado(a) para participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada: “Promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno do recém-nascido pré-termo em unidades de terapia intensiva neonatal”, que tem como objetivos: descrever as estratégias de promoção, proteção e apoio utilizadas pelos profissionais de saúde e mães para o início e manutenção do aleitamento materno de recém-nascidos pré-termo no âmbito hospitalar, discutir as estratégias de promoção, proteção e apoio utilizadas pelos profissionais de saúde e mães para o início e manutenção do aleitamento materno de recém-nascidos pré-termo no âmbito hospitalar e avaliar o processo de aleitamento materno de recém-nascidos pré-termo na perspectiva dos profissionais de saúde e mães.

Este Termo de Consentimento Livre Esclarecido serve para garantir que você recebeu todas as informações necessárias para aceitar participar desta pesquisa. Você deve pedir quaisquer esclarecimentos ao pesquisador sempre que julgar necessário.

A pesquisa terá duração de 3 anos, com o término previsto para dezembro de 2019.

Sua participação não é obrigatória e consistirá em responder algumas perguntas realizadas sob a forma de entrevista para preenchimento de um formulário. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento, comunicando ao pesquisador responsável. Sua recusa, desistência ou suspensão do seu consentimento não acarretará em prejuízo.

Você não terá custos ou quaisquer compensações financeiras.

Os riscos potenciais desta pesquisa estão atrelados ao risco de alguns desconfortos que o participante possa ter no momento em que for responder o formulário. O(A) responsável pela realização do estudo se compromete a zelar pela integridade e o bem-estar dos participantes da pesquisa, será feito

Rubrica Participante

Responsável (se a mãe for menor)

Rubrica Pesquisador



Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)
Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN)

o possível para auxiliá-lo(a) no caso de ocorrer algum desconforto, esclarecendo-o(a) ou tranquilizando-o(a).

O benefício relacionado à sua participação nesta pesquisa será de aumentar o seu conhecimento científico na área da amamentação de prematuros.

Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, através de códigos, e em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. O material coletado será guardado por 5 (cinco) anos e incinerado ou deletado após esse período.

Você receberá uma via deste Termo onde constam os contatos do CEP e do pesquisador responsável, podendo eliminar suas dúvidas sobre a sua participação agora ou a qualquer momento. Caso concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma sua e a outra do pesquisador responsável.

Ana Leticia Monteiro Gomes
Pesquisador responsável
E-mail: analeticiagomes88@gmail.com Cel.: (21) 99531-5245

CEP-EEAN/HESFA/UFRJ – Tel.: 21-2293-8048 R: 200 E-mail: cepeeanhesfa@gmail.com

CEP - HUPE
Av. Vinte e Oito de Setembro, 77 térreo - Vila Isabel – CEP: 20551-030
Tel.: 21 2868-8253 – FAX: 21 2264-0853 - E-mail: cep-hupe@uerj.br

CEP HUGG
Rua Mariz e Barros, nº 775 - 2º andar (Prédio da Direção) Bairro: Tijuca Tel.: 2264-5177 – Fax: 2264-5366 E-mail: cephugg@gmail.com

Rubrica Participante

Responsável (se a mãe for menor)

Rubrica Pesquisador



Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)
Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN)

Declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento e concordo voluntariamente em participar do estudo proposto, sabendo que poderei desistir a qualquer momento, sem penalidades, prejuízos ou perda de qualquer benefício. Recebi uma via assinada deste documento.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20 ____

Nome legível do(a) participante: _____

Assinatura do(a) Participante: _____

Rubrica Participante

Responsável (se a mãe for menor)

Rubrica Pesquisador



Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)
Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN)

APÊNDICE F - Termo de Assentimento Informado Livre e Esclarecido
Termo de Assentimento Informado Livre e Esclarecido
Conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde

Título do projeto: “Promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno do recém-nascido pré-termo em unidades de terapia intensiva neonatal”

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

Pesquisador responsável: Ana Leticia Monteiro Gomes

Assentimento informado para _____

Você que tem um bebê que nasceu antes do tempo sabe como dá trabalho 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 alimentar seus bebês com leite materno.

Estamos convidando você e todas as crianças e adolescentes entre 6 e 17 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.

Você pode discutir qualquer coisa deste termo com seus pais, amigos ou qualquer um com quem você se sentir à 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 atrapalhou a amamentar seu bebê.

Rubrica do pesquisador _____ Rubrica do voluntário _____

TCLE Versão 1_ abril 2017

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis/ Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rua Afonso Cavalcanti, 275 – Cidade Nova/Rio de Janeiro/RJ – Brasil. CEP: 20.211-110. Tel: 2293-8048/2293-8899.



Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)
Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN)

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 e se for necessário você poderá ser acompanhada por um profissional te ajudará.

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 investigadores, poderá ter acesso a elas. Qualquer informação sobre você terá um número ao invés de seu nome. Só os investigadores 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.

Ana Leticia Monteiro Gomes
Pesquisador responsável
E-mail: analeticiagomes88@gmail.com *Cel.:* (21) 99531-5245

Rubrica do pesquisador_____ Rubrica do voluntário _____

TCLE Versão 1_ abril 2017

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis/ Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rua Afonso Cavalcanti, 275 – Cidade Nova/Rio de Janeiro/RJ – Brasil. CEP: 20.211-110. Tel: 2293-8048/2293-8899.



Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)
Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN)

CEP-EEAN/HESFA/UFRJ – Tel.: 21-2293-8048 R: 200 *E-mail:* cepeeahesfa@gmail.com

CEP - HUPE
Av. Vinte e Oito de Setembro, 77 térreo - Vila Isabel – CEP: 20551-030
Tel.: 21 2868-8253 – FAX: 21 2264-0853 - *E-mail:* cep-hupe@uerj.br

CEP HUGG
Rua Mariz e Barros, nº 775 - 2º andar (Prédio da Direção) Bairro: Tijuca Tel.: 2264-5177 –
Fax: 2264-5366 *E-mail:* cephugg@gmail.com

Eu li e discuti com o investigador responsável pelo presente estudo os detalhes descritos neste documento.

Assinatura da criança/adolescente: _____

Assinatura dos pais/responsáveis: _____

Assinatura do Pesquisador: _____

Dia/mês/ano: _____

Rubrica do pesquisador _____ Rubrica do voluntário _____

TCLE Versão 1_ abril 2017

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis/ Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rua Afonso Cavalcanti, 275 – Cidade Nova/Rio de Janeiro/RJ – Brasil. CEP: 20.211-110. Tel: 2293-8048/2293-8899.

