UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MIRNA ISICAWA DE SOUSA DUSSO

**A Iniciativa Hospital Amigo da Criança para Unidades Neonatais em um
hospital universitário: implementação, adesão e sustentabilidade das
práticas**

Ribeirão Preto
2018

MIRNA ISICAWA DE SOUSA DUSSO

**A Iniciativa Hospital Amigo da Criança para Unidades Neonatais em um
hospital universitário: implementação, adesão e sustentabilidade das
práticas**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Assistência à criança e ao adolescente.

Orientadora: Profa. Dra. Adriana Moraes Leite.

Ribeirão Preto
2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Dusso, Mirna Isicawa de Sousa

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança para Unidades Neonatais em um hospital universitário: implementação, adesão e sustentabilidade das práticas. Ribeirão Preto, 2018.

232 p.: il.; 30 cm.

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Área de concentração: Enfermagem Saúde Pública.

Orientador: Adriana Moraes Leite

1. Aleitamento Materno. 2. Prematuro. 3. Enfermagem Neonatal. 4. Prática Baseada em Evidência

Nome: DUSSO, Mirna Isicawa de Sousa

Título: A Iniciativa Hospital Amigo da Criança para Unidades Neonatais em um hospital universitário: implementação, adesão e sustentabilidade das práticas

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Dedicatória

Aos meus pais, **Célia e Edson**, meus exemplos de vida, meus portos seguros.

Obrigada pelo apoio, carinho, e por cuidarem da Laura com tanto amor,
paciência e dedicação.

Ao meu esposo **Cristian**, pelo amor, compreensão, companheirismo e pelo pai
maravilhoso que é. Orgulho-me da nossa história e da nossa família!

À minha filha **Laura** de oito anos, que por cinco anos me dividiu com este
estudo, pela cumplicidade, alegria de viver e pelo amor incondicional. O motivo
de eu não desistir...

Às minhas irmãs, **Erika e Kátia** e aos meus irmãos **Éder e Wesley**, pela força,
pelo estímulo e pela vibração nesta caminhada. Vocês sempre estiveram em
meu coração.

Amo vocês!

Agradecimentos Especiais

A **Deus**, por me presentear com a vida, pela sua infinita bondade e por me dar a oportunidade de realizar meus sonhos.

À querida **Profa. Dra. Adriana Moraes Leite**, minha orientadora, agradeço o conhecimento, a competência, o carinho, por me incentivar, me dar força e ainda pelo respeito e pela credibilidade em mim depositados, que me deram segurança para ousar um caminho desconhecido. Tenho certeza de que muito que aprendi e produzi neste trabalho são reflexos de sua orientação. Você foi fundamental para a concretização desse sonho. Muito obrigada!

À querida **Profa. Dra. Carmen Gracinda Silvan Scochi**, por me conduzir no caminho do conhecimento da enfermagem neonatal. Agradeço por seus valiosos ensinamentos, por ser uma referência em minha vida profissional. Por manter em mim a esperança de uma enfermagem neonatal forte na defesa dos nossos prematuros. Aprendi e aprendo muito com você. Muito obrigada!

À amiga querida **Talita Balamnut**, agradeço a amizade, a disposição sempre presente, permitindo a concretização deste estudo. Minha gratidão é eterna!

Agradecimentos

À **Profa. Dra. Thaíla Correia Castral** pelas contribuições importantes no exame de qualificação. Obrigada por toda a ajuda!

À **Profa. Dra. Edilaine Giovanini Rossetto** pelas considerações importantes para este trabalho. Muito obrigada!

À querida **Profa. Dra. Ana Márcia Spanó Nakano** (*in memorian*), por despertar em mim a paixão pelo conhecimento em aleitamento materno em suas aulas e estágios, durante a minha graduação. Minha eterna gratidão e admiração.

À minha amada família (**avós, tios, primos, sobrinhos e cunhados**), que estão em meu coração sempre.

Às minhas amigas **Fabiana Mara, Tania Mara, Mônica, Marcelle, Camila e Silenir**, pela amizade verdadeira, pelas palavras de incentivo, momentos de descontração, de alegria e apoio.

Aos **docentes e funcionários** da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública pelo carinho e atenção de sempre.

À **Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência (FAEPA)**, pela oportunidade de realização desta qualificação profissional.

Ao **Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto**, pela autorização para a coleta de dados.

Às equipes das Unidades de Neonatologia e Alojamento Conjunto do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto que de forma direta ou indireta colaboraram para a concretização deste estudo.

Aos bebês prematuros das Unidades Neonatais do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto e suas famílias pelo protagonismo neste estudo.

Aos profissionais das Unidades Neonatais, Ambulatório de Neonatologia e Banco de Leite Humano por comporem a Comissão de Pesquisa e Prática, e caminharem comigo durante esta jornada.

À Fundação Bill & Melinda Gates agradeço o fomento que proporcionou a esta pesquisa.

*"Mude, mas comece devagar, porque a direção é mais importante que a
velocidade."*

Clarice Lispector

RESUMO

DUSSO, Mirna Isicawa de Sousa. **A Iniciativa Hospital Amigo da Criança para Unidades Neonatais em um hospital universitário: implementação, adesão e sustentabilidade das práticas.** 2018. 232 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) é amplamente adotada nas maternidades brasileiras, porém não considera o contexto complexo e tecnológico das unidades neonatais e as dificuldades de amamentar o prematuro. As evidências científicas comprovam que leite materno é o melhor alimento, suficiente e indispensável para o prematuro, sabe-se que amamentá-lo não é tarefa fácil, pela imaturidade fisiológica, neurológica e condições clínicas. Para atuar no aleitamento materno (AM) do prematuro ampliou-se a proposta da IHAC com a adição dos Três Princípios Norteadores e adaptação dos Dez passos para o sucesso do AM em unidades neonatais: a IHAC-Neo. Incorporar as evidências científicas à prática dos profissionais de saúde nos diferentes cenários é um desafio. Modelos teóricos têm sido desenvolvidos para preencher essa lacuna, entre eles a *knowledge translation* (KT). O objetivo geral: descrever o processo de implementação IHAC-Neo, guiada pelo referencial da KT e avaliar a adesão e a manutenção das diretrizes e práticas da IHAC-Neo um mês e um ano após a implementação. Trata-se de um estudo de intervenção, prospectivo, quase-experimental, pré e pós-teste, realizado num Hospital Universitário. A coleta de dados foi realizada em três períodos: antes da intervenção (P1), um mês após a intervenção (P2) e um ano após a intervenção (P3). O instrumento utilizado para a coleta foi o *Neo-BFHI Assessment Tool*, traduzido e adaptado transculturalmente para a avaliação do nível de adesão aos Três Princípios Norteadores e Dez Passos da IHAC-Neo e ao Código Internacional para Comercialização dos Substitutos do Leite Materno. A implementação da IHAC-Neo foi guiada pelo modelo *Promoting Action on Research Implementation in Health Services* da KT e pela estratégia *Evidence-Based Practice Identification & Change*. A análise deu-se pela triangulação de dados na perspectiva dos profissionais de saúde da unidade, das mães de prematuros e do avaliador externo com análise documental. No P1, a adesão geral dos Dez Passos foi de 32,7%, dos Três Princípios Norteadores (PN) de 13% e do Código, 56%. No P2 os PN 1 e 3, os Passos 1, 3, 8 e o Código apresentaram uma adesão maior que 80%, cumprindo os critérios considerados satisfatórios pela IHAC-Neo; a adesão geral dos Dez Passos foi de 67% e os Três Princípios Norteadores de 25,8%. No P3 os PN 1 e 3, os Passos 1, 2, 3, 8 e o Código apresentaram uma adesão maior que 80%; a adesão geral dos Dez Passos foi de 73,2% e os PN de 25,8%. As práticas relacionadas às diretrizes da IHAC-Neo apresentaram importante melhora com aumento da adesão global aos Dez Passos de 33% no P1, para 67% no P2 e 73% no P3; aos Três PN de 43% no P1 para 86% no P2 e P3; e ao Código de 56% no P1 para 81% no P2 e 88% no P3. Assim, conclui-se que a implementação da IHAC-Neo guiada pela KT aprimorou a prática clínica de promoção, proteção e apoio ao AM dos prematuros com potencial para se tornar uma política pública complementar a fim de minimizar os desafios complexos e multifatoriais de amamentar um prematuro.

Palavras chaves: Aleitamento Materno. Prematuro. Enfermagem Neonatal.
Prática Baseada em Evidência.

ABSTRACT

DUSSO, Mirna Isicawa de Sousa. **The Baby-Friendly Hospital Initiative for Neonatal Units in a university hospital: implementation, adherence and sustainability of practices.** 2018. 232 pp. Thesis (Doctoral Dissertation) – Nursing School of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

The Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI) is largely adopted in Brazilian maternity wards, but it does not consider the complex and technological context of neonatal units and the difficulties in breastfeeding premature babies. The scientific evidence proves that breast milk is the best food, sufficient and indispensable for the premature baby, but it is known that breastfeeding is not an easy task, due to the physiological and neurological immaturity of the baby, as well as the clinical conditions. In order to work in the breastfeeding (BF) of the premature baby, we expanded the BFHI proposal with the addition of the Three Guiding Principles and the adaptation of the Ten Steps to the success of BF in neonatal units: Neo-BFHI. Incorporating scientific evidence into the practice of health professionals in the different environments is a challenge. Theoretical models have been developed to fill this gap, among which the knowledge Translation (KT). The overall aim of this study was to describe the process of implementing Neo-BFHI, guided by the KT framework, and to assess adherence and maintenance of the Neo-BFHI guidelines and practices, one month and one year after its implementation. This is an interventional, quasi-experimental, pre and post-test and prospective study, which was performed in a University Hospital. Data collection took place in three periods: before the intervention (P1), one month after the intervention (P2) and one year after the intervention (P3). The instrument used for the collection was the Neo-BFHI Assessment Tool, which was transculturally translated and adapted for the assessment of the level of adherence to the Three Guiding Principles and Ten Steps of Neo-BFHI and to the International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. The implementation of Neo-BFHI was guided by the KT model named Promoting Action on Research Implementation in Health Services and by the strategy named Evidence-Based Practice Identification & Change. The analysis was conducted using triangulation of data from the perspective of the health professionals working in the surveyed unit, some mothers of premature babies and an external appraiser, with documental analysis. In P1, the general adherence was 32.7% to the Ten Steps, 13% to the Three Guiding Principles (GP) and 56% to the Code. In P2, the GP 1 and 3, the Steps 1, 3 and 8, as well as the Code, showed an adherence greater than 80%, thereby fulfilling the criteria considered satisfactory by Neo-BFHI; the general adherence to the Ten Steps was 67%; and to the Three Guiding Principles, it was 25.8%. In P3, the GP 1 and 3, the Steps 1, 2, 3 and 8, as well as the Code, showed an adherence greater than 80%; the general adherence to the Ten Steps was 73.2%; and to GP, it was 25.8%. The practices related to the Neo-BFHI guidelines showed a significant improvement, with increments in the overall adherence to the Ten Steps from 33% in P1 to 67% in P2 and 73% in P3; as for the Three GP, it was from 43% in P1 to 86% in P2 and P3; and for the Code, it was from 56% in P1 to 81% in P2 and 88% in P3. Thus, we can conclude that the implementation of the KT-guided Neo-BFHI has enhanced the clinical practice of promotion,

protection and support for the BF of premature babies and that this tool has a potential to become a complementary public policy aimed at minimizing the complex and multifactorial challenges concerning the breastfeeding of premature babies.

Keywords: Breastfeeding. Premature. Neonatal Nursing. Evidence-Based Practice.

RESUMEN

DUSSO, Mirna Isicawa de Sousa. **La Iniciativa Hospital Amigo del Niño para Unidades Neonatales en un hospital universitario: implementación, adhesión y sostenibilidad de las prácticas.** 2018. 232 h. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

La Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) es muy adoptada en las maternidades brasileñas, pero no considera el contexto complejo y tecnológico de las unidades neonatales y las dificultades de amamantar el prematuro. Las evidencias científicas demuestran que la leche materna es el mejor alimento, suficiente e indispensable para el prematuro, aunque sabemos que el amamantamiento no es tarea fácil, por la inmadurez fisiológica y neurológica del niño, así como las condiciones clínicas. Para actuar en la lactancia materna (LM) del prematuro, se amplió la propuesta de la IHAN con la adición de los Tres Principios Rectores y la adaptación de los Diez Pasos para el éxito de la LM en unidades neonatales: la IHAN-Neo. Incorporar las evidencias científicas a la práctica de los profesionales de la salud en los diferentes escenarios se constituye en un reto. Modelos teóricos se han desarrollado para llenar esta laguna, entre ellos el *knowledge translation* (KT). El objetivo general fue describir el proceso de implementación de la IHAN-Neo, guiado por el marco del KT, y evaluar la adhesión y el mantenimiento de las directrices y prácticas de la IHAN-Neo, un mes y un año después de la implementación. Se trata de un estudio de intervención, prospectivo, casi experimental, pre y post-test, realizado en un Hospital Universitario. La recolección de datos se realizó en tres períodos: antes de la intervención (P1), un mes después de la intervención (P2) y un año después de la intervención (P3). El instrumento utilizado para la recolección fue el *Neo-BFHI Assessment Tool*, traducido y adaptado transculturalmente para la evaluación del nivel de adhesión a los Tres Principios Rectores y los Diez Pasos de la IHAN-Neo y al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. La implementación de la IHAN-Neo fue guiada por el modelo *Promoting Action on Research Implementation in Health Services* del KT y la estrategia *Evidence-Based Practice Identification & Change*. El análisis se dio mediante la triangulación de datos desde la perspectiva de los profesionales de la salud de la unidad, de las madres de prematuros y del evaluador externo, con análisis documental. En el P1, la adhesión general de los Diez Pasos fue del 32,7%, de los Tres Principios Rectores (PR) fue del 13% y del Código fue del 56%. En el P2, los PR 1 y 3, los Pasos 1, 3 y 8 y el Código presentaron una adhesión superior al 80%, cumpliendo los criterios considerados satisfactorios por la IHAN-Neo; la adhesión general de los Diez Pasos fue del 67% y de los Tres Principios Rectores fue del 25,8%. En el P3, los PR 1 y 3, los Pasos 1, 2, 3 y 8 y el Código presentaron una adhesión superior al 80%; la adhesión general de los Diez Pasos fue del 73,2% y de los PR fue del 25,8%. Las prácticas relacionadas con las directrices de la IHAN-Neo presentaron una importante

mejora, con incrementos en la adhesión global a los Diez Pasos del 33% en el P1 al 67% en el P2 y al 73% en el P3; a los Tres PR del 43% en el P1 al 86% en el P2 y el P3; y al Código del 56% en el P1 al 81% en el P2 y al 88% en el P3. Así, se concluye que la implementación de la IHAN-Neo guiada por el KT ha perfeccionado la práctica clínica de promoción, protección y apoyo a la AM de los prematuros y que esta herramienta tiene potencial para convertirse en una política pública complementaria con el fin de minimizar los retos complejos y multifactoriales de amamantar un prematuro.

Palabras clave: Lactancia Materna. Prematuro. Enfermería Neonatal. Práctica Basada en la Evidencia.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Modelo conceitual PARIHS.....	65
Figura 2 - Ciclo PDCA (<i>Plan, Do, Check, Act</i>).....	71
Figura 3 - Ciclos rápidos para implementação da IHAC-Neo em unidades neonatais de um hospital universitário da Região Sudeste do Brasil.....	106
Figura 4 - Adesão aos Três Princípios Norteadores e aos Dez Passos da IHAC-Neo nos momentos pré, pós e um ano após a intervenção (P1, P2 e P3). Hospital Universitário do Sudeste Brasileiro, 2014-2017.....	135
Figura 5 - Adesão aos Três Princípios Norteadores da IHAC-Neo e adesão parcial na perspectiva da equipe de saúde, das mães e do avaliador externo nos momentos pré, pós e um ano após a intervenção (P1, P2 e P3). Hospital Universitário do Sudeste Brasileiro, 2014-2017....	135
Figura 6 - Adesão parcial aos Dez Passos da IHAC-Neo, nos momentos pré e pós e um ano após a intervenção (P1, P2 e P3). Hospital Universitário do Sudeste Brasileiro, 2014-2017.....	136
Figura 7 - Adesão ao Código Internacional para Comercialização dos Substitutos de Leite Materno e adesão na perspectiva da equipe de saúde, das mães e da observação e análise documental nos momentos pré, pós e um ano após a intervenção (P1, P2 e P3). Hospital Universitário do Sudeste Brasileiro, 2014-2017.....	138
Figura 8 – Adesão aos Três Princípios Norteadores da IHAC-Neo e adesão na perspectiva da equipe de saúde, das mães e da observação e análise documental nos momentos pré, pós e um ano após a intervenção (P1, P2 P3). Hospital Universitário do Sudeste Brasileiro, 2014-2017.....	139

Figura 9 – Adesão ao Código Internacional para Comercialização dos Substitutos de Leite Materno e adesão na perspectiva da equipe de saúde, das mães e da observação e análise documental nos momentos pré, pós e um ano após a intervenção (P1, P2 P3). Hospital Universitário do Sudeste Brasileiro, 2014-2017.....	140
--	-----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Cálculo do escore global de conformidade para a IHAC-Neo	89
Quadro 2 - Barreiras e facilitadores para implementação da IHAC-Neo nas unidades neonatais. Hospital Universitário do Sudeste Brasileiro, Novembro, 2014.....	100
Quadro 3 - Descrição detalhada das metas, ações de mudança para a prática, indicadores e resultados no Ciclo 1 (passos 1, 2 e 7) para implementação da IHAC-Neo nas unidades neonatais. Hospital Universitário do Sudeste Brasileiro, Julho 2016.....	111
Quadro 4 - Descrição detalhada das metas, ações de mudança para a prática, indicadores e resultados no Ciclo 2 (passos 3, 4 e 9) para implementação da IHAC-Neo nas unidades neonatais. Hospital Universitário do Sudeste Brasileiro, Julho 2016.....	113
Quadro 5 - Descrição detalhada das metas, ações de mudança para a prática, indicadores e resultados no Ciclo 3 (passos 5 e 8) para implementação da IHAC-Neo nas unidades neonatais. Hospital Universitário do Sudeste Brasileiro, Julho 2016.....	116
Quadro 6 - Descrição detalhada das metas, ações de mudança para a prática, indicadores e resultados no Ciclo 4 (passos 6 e 10) para implementação da IHAC-Neo nas unidades neonatais. Hospital Universitário do Sudeste Brasileiro, Julho 2016.....	118
Quadro 7 - Escore global de conformidade para a IHAC-Neo antes da implementação (Período 1). Hospital Universitário do Sudeste Brasileiro, 2014-2017.....	124
Quadro 8 - Escore global de conformidade para a IHAC-Neo um mês após o término da intervenção (Período 2). Hospital Universitário do	

Sudeste Brasileiro, 2014-2017.....	128
------------------------------------	-----

Quadro 9 - Escore global de conformidade para a IHAC-Neo um ano após o término da intervenção (P3). Hospital Universitário do Sudeste Brasileiro, 2014-2017.....	132
---	-----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização dos membros da equipe de saúde das unidades neonatais em estudo nas fases pré, pós e um ano após a intervenção. Hospital Universitário do Sudeste Brasileiro, 2014-2017.....	120
Tabela 2 - Caracterização das mães entrevistadas e seus recém-nascidos prematuros internados nas unidades neonatais em estudo, nas fases pré, pós e um ano após a intervenção. Hospital Universitário do Sudeste Brasileiro, 2014-2017.....	122
Tabela 3 - Escores parciais e globais de adesão à IHAC-Neo e a diferença entre os escores nos momentos pré e pós e um ano após a intervenção (P1, P2 P3). Hospital Universitário do Sudeste Brasileiro, 2014-2017.....	137

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

A1	Primeira Auditoria
A2	Segunda Auditoria
A3	Terceira Auditoria
A4	Quarta Auditoria
AC	Alojamento Conjunto
AM	Aleitamento Materno
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
BLH	Banco de Leite Humano
CIHR	Instituto Canadense de Pesquisa em Saúde
CMV	Citomegalovírus
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CPP	Conselho de Pesquisa e Prática
CQH	Selo de Qualidade Hospitalar do Programa de Qualidade Hospitalar
DECIT	Departamento de Ciência e Tecnologia
DP	Desvio padrão
DRSXIII	Diretoria Regional de Saúde XIII
EERP-USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
EPIC	<i>Evidence-Based Practice for Identification & Change</i>
GO	Ginecologia e Obstetrícia
IG	Idade Gestacional
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
IHAC-Neo	Iniciativa Hospital Amigo da Criança para Unidades Neonatais
IVO	Inventário de Valores Organizacionais
KT	<i>Knowledge Translation</i>
LNO	Leite Natural Ordenhado
MBI	Maslah Burnout Inventory
MC	Método Canguru
NBCAL	Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes

OMS	Organização Mundial da Saúde
P1	Antes da intervenção
P2	Um mês após a intervenção
P3	Um ano após a intervenção
PARIHS	Promoting Action on Research Implementation in Health Services
PDCA	Ciclo PDCA (<i>Plan, Do, Check, Act</i>)
PN	Princípios Norteadores
PN1	Princípio Norteador 1
PN2	Princípio Norteador 2
PN3	Princípio Norteador 3
PT	Prematuro
RN	Recém-nascido
RR	Risco relativo
SM	Seio Materno
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UCIN	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

Apresentação	25
1. Introdução.....	29
1.1 A prematuridade como um problema de Saúde Pública	30
1.2 O Aleitamento Materno em prematuros.....	33
1.3 Iniciativa Hospital Amigo da Criança para Unidades Neonatais (IHAC-Neo)	38
1.3.1 Os três princípios norteadores e os dez passos da IHAC-Neo.....	44
1.3.2 Expansão dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno em unidades neonatais.....	46
1.3.3 Código Internacional para Comercialização dos Substitutos de Leite Materno	52
1.4 Justificativa e hipótese da pesquisa	54
2. Objetivos.....	56
2.1 Objetivo Geral	57
2.2 Objetivos Específicos	57
3. Método.....	58
3.1 Tipo de Estudo	59
3.2 Referencial Teórico Metodológico	59
3.2.1 <i>Knowledge Translation (KT)</i>	59
3.2.2 Modelo conceitual <i>Promoting Action on Research Implementation in Health Services (PARIHS)</i>	62
3.2.3 Prática Baseada em Evidências para a Melhoria da Qualidade	66
3.2.4 A Sustentabilidade das intervenções	71
3.3 Local do Estudo.....	72
3.4 População e Amostra	75
3.5 Técnicas e instrumentos de coleta de dados.....	78
3.6 Coleta de dados	80
3.6.1 Entrevistas estruturadas com os profissionais e as mães dos PT	80
3.6.2 Observação não participante nas unidades neonatais	84
3.6.3 Análise documental.....	85
3.7 Análise dos dados coletados	85
3.8 Aspectos éticos	93
4. Resultados.....	94
4.1 O processo de implementação da IHAC-Neo	95
4.1.1 Fase 1 - Preparação	95
4.1.1.1 Formação do Conselho de Pesquisa Prática (CPP)	96
4.1.1.2 Coleta de dados basais	97

4.1.1.3 Barreiras e facilitadores para a implementação da IHAC-Neo	98
4.1.2 Fase 2 - Implementação e Mudanças	104
4.1.2.1 Estabelecimento de metas e estratégias	104
4.1.2.2 Auditoria e <i>feedback</i>	108
4.2 Caracterização dos profissionais, das mães e dos prematuros do estudo.....	119
4.3 A IHAC-Neo antes, um mês após e um ano após a Implementação.	122
5. Discussão	140
6. Conclusão.....	177
7. Referências.....	183
8. Apêndices.....	203
8.1 Apêndice 1 - Instrumento de Caracterização dos Profissionais	204
8.2 Apêndice 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Profissionais	206
8.3 Apêndice 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Mães.....	208
8.4 Apêndice 4 - Protocolo para uso de chupetas nas unidades neonatais.	210
8.5 Apêndice 5 - Fluxograma pra indicação do uso de chupetas nas unidades neonatais.	211
9. Anexos.....	212
9.1 Anexo 1 - Total de critérios por passo, do Código e dos Três Princípios Norteadores.	213
9.2 Anexo 2 - Inventário de Valores Organizacionais	228
9.3 Anexo 3 - Inventário de Sobrecarga de Trabalho de Maslach	230
9.4 Anexo 4 - Aprovação CEP - EERP - USP.....	232

Apresentação

Iniciei o curso de graduação em Enfermagem na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP) no ano de 1998 e me encantei com a Enfermagem e com todas as suas áreas de atuação. No ano de 1999 me inseri como voluntária em um programa de “Lazer para pais de bebês de risco” coordenado pela Profa. Dra. Carmen Gracinda Silvan Scochi a qual me introduziu no caminho da ciência da pesquisa, e assim pude entender que o meu prazer estava em assistir às famílias de bebês prematuros e gravemente enfermos. Nesta experiência comecei a trilhar meu caminho para a pesquisa que culminou com a publicação do artigo “Lazer para pais de bebês de risco: a experiência junto ao Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto”. Este estudo estava vinculado ao Grupo de Estudos em Saúde da Criança e do Adolescente e Recebeu o Prêmio Marina de Andrade Rezende no 52º Congresso Brasileiro de Enfermagem.

Ao terminar a graduação, no ano de 2002, ingressei na pós-graduação *latu sensu* modalidade residência em Cuidado Intensivo Pediátrico e Neonatal na mesma Universidade. Muito mais do que aprender sobre patologia, diagnósticos, prematuridade, cuidados de enfermagem, procedimentos e tantos outros aspectos técnicos do cuidado ao neonato e à criança, a residência contribuiu com o meu amadurecimento profissional me proporcionando grandes aprendizados no cuidado centrado na família, na humanização, no cuidado integral e nas relações interpessoais, além de ter me proporcionado horas de estágio no Banco de Leite Humano (BLH), onde pude ter um primeiro contato com as mães de prematuros e suas dificuldades e manter a lactação.

Até o término da residência, desenvolvi a monografia intitulada: “Sondagem gástrica e enteral em crianças e recém-nascidos: uma revisão da literatura”, cuja orientadora (Profa. Dra. Regina Garcia Lima), experiência da qual foi fundamental para o meu crescimento e amadurecimento científico.

Após o término da pós-graduação, iniciei minha vida profissional em um hospital particular em Campinas, neste período atuei como enfermeira de terapia intensiva pediátrica e neonatal.

No ano de 2013, retornei para Ribeirão Preto, para atuar como Enfermeira do Alojamento Conjunto, do hospital onde este estudo foi realizado, e deste então passei a ter um contato direto com gestantes de risco e mães de recém-nascidos prematuros ou gravemente enfermos. Neste período, tive

contato com a Profa. Dra. Adriana Moraes Leite, que na aproximação por meio do estágio supervisionado da graduação da EERP-USP em que eu atuava como supervisora das alunas, me convidou para participar do Projeto Multicêntrico intitulado “Aleitamento materno em prematuros: impacto da IHAC para Unidades Neonatais”, coordenado pela Profa. Dra. Carmen Gracinda Silvan Scochi.

Em 2014, ingressei na Pós-Graduação *Stricto Sensu*, também da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, alinhando o meu projeto de pesquisa ao projeto multicêntrico.

Durante a coleta de dados me aproximei mais das mães de prematuros em uma fase da vida permeada de profundas modificações em seu contexto individual e social, com necessidades e experiências únicas, atravessando variadas vivências no processo de manutenção da lactação e amamentação. Também fiquei mais próxima das equipes das unidades neonatais e BLH que atuam em um contexto complexo e altamente tecnológico, convivendo diariamente com as dificuldades no aleitamento materno do prematuro.

Tendo em vista a importância do trabalho do enfermeiro na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, começamos a delinear este estudo que descreve o processo de implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança para Unidades Neonatais (IHAC-Neo), guiada pelo referencial da *Knowledge Translation* (KT) e avalia a adesão e a manutenção das diretrizes e práticas da IHAC-Neo um mês e um ano após o término da implementação.

Para melhor contextualizar o tema em questão, iniciamos o presente estudo trazendo a prematuridade como um problema de saúde pública; o aleitamento materno como prioridade na alimentação dos prematuros e contextualizamos a IHAC-Neo.

Em seguida, no percurso metodológico apresentamos o referencial teórico adotado e descrevemos o tipo, o local e as participantes do estudo, bem como os procedimentos e o método utilizados para a coleta e análise dos dados e o atendimento aos preceitos éticos.

Os resultados estão apresentados da seguinte forma: 1) O processo de implementação da IHAC-Neo; 2) Caracterização dos profissionais, das mães e dos prematuros do estudo; 3) Adesão à IHAC-Neo antes, um mês após e um ano após a Implementação.

Na discussão mostramos o que a literatura tem nos trazido como evidência em relação aos dados apresentados e discutimos questões contextuais e do processo de trabalho que envolveram o processo de implementação da IHAC-Neo.

Na conclusão apontamos os resultados do estudo frente aos objetivos propostos e as contribuições e limitações do estudo e implicações para o futuro.

Compreendendo que o processo de investigação é coletivo e a comunicação científica deve correr de maneira formal e impessoal, enfatizando os fatos e os fenômenos estudados, a partir deste momento, utilizo na redação da presente tese a primeira pessoa do plural para a conjugação verbal.

1. Introdução

1.1 A prematuridade como um problema de Saúde Pública

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a prematuridade como um problema mundial, principalmente por sua relação com a mortalidade neonatal. Em 2008, a principal causa de morte de crianças com menos de 5 anos de vida foi o nascimento prematuro. O Brasil situa-se entre os dez países com as taxas mais elevadas, os quais são responsáveis por 60% dos nascimentos prematuros do mundo. A prematuridade contribui para 45% das mortes entre os recém-nascidos no Brasil. Atualmente suas complicações são as principais causas de mortalidade e morbidade neonatal (ex.: deficiências cognitivas e auditivas). O impacto em curto e longo prazo da prematuridade e suas implicações são traumatizantes para os pais e acarretam alto custo para o sistema de saúde do Brasil (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Define-se recém-nascido prematuro (PT), o nascido antes de se completar as 37 semanas de gestação. Este possui características ímpares e diferentes níveis de maturidade, podendo ser classificado de acordo com sua idade gestacional (IG) em: PT extremo, aquele nascido com IG inferior a 28 semanas; muito PT, bebê nascido com IG de 28 até 32 semanas incompletas; PT moderado ou limítrofe, nascido com IG de 32 até 37 semanas incompletas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

A prematuridade é considerada pelo Ministério da Saúde como um dos critérios estabelecidos para recém-nascido (RN) de risco, assim como os demais: residência em área de risco, peso ao nascer menor que 2.500g, asfixia grave (Apgar menor que 7 no 5º minuto de vida), hospitalização ou intercorrência na maternidade ou unidade neonatal, necessidade de orientação especial na alta da maternidade ou unidade neonatal, filho de mãe adolescente (menor que 18 anos), mãe com baixa instrução (menos de 8 anos de estudo), história de morte de criança menor de 5 anos na família (BRASIL, 2005a).

Atualmente, estima-se que quase 15 milhões de bebês nasçam PT todos os anos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012). Tais bebês estão sujeitos ao duplo risco, ou seja, o biológico, devido à imaturidade fisiológica, e o ambiental, por exposição a ambientes empobrecidos associados à baixa renda (RAMOS; CUMAN, 2009). Portanto, apresentam alto risco de morbidade

e mortalidade neonatal, com risco de morrer 4 vezes maior do que o a termo (ARAUJO, 2005).

O aumento do número de PT assume-se como um problema não só pelo seu aumento, mas pelos cuidados de saúde que acarretam.

Em proporções mundiais, um a cada dez nascimentos foi prematuro no ano de 2010, sendo estimados 15 milhões de nascimentos. Isso representa uma taxa de 11,1% dos nascimentos, com um milhão de óbitos em decorrência direta do nascimento prematuro (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

A prematuridade é um dos fatores determinantes mais importantes da mortalidade infantil. No Brasil, 7,2% dos nascidos vivos foram PT em 2010, variando entre 5,6 e 8,2% nas regiões Norte e Sudeste. Vem sendo registrado aumento da incidência da prematuridade e do baixo peso ao nascer em capitais e cidades de maior porte no País, como Rio de Janeiro (12%) e Pelotas (16%) (BRASIL, 2014).

Em quase todos os países, a taxa de partos PT está se elevando. Um estudo multicêntrico, com vigilância prospectiva, de investigação em prematuridade apontou o nascimento de 40 prematuros por hora no Brasil, ou 931 por dia (PASSINI JR et al., 2014). A imaturidade fisiológica, característica da PT, e suas complicações são motivos de preocupação, pois atualmente são responsáveis por cerca de 1 milhão de óbitos em crianças por ano (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012), sendo a 1ª causa de mortalidade neonatal e a 2ª de mortalidade na infância (menores de 5anos), seguidas de pneumonia e complicações no intraparto (LIU et al., 2015).

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

No perfil de morbimortalidade infantil (<1 ano), a qualidade da assistência e a magnitude do PT e seus agravos apontam a atenção a essas crianças de alto risco e suas famílias como uma das prioridades na pauta de políticas sociais, culminando com alterações no conteúdo da agenda de política nacional de saúde pública e a inclusão do item “elaboração de rotinas de diagnóstico e terapêutica das doenças e agravos decorrentes da prematuridade” na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde

(BRASIL, 2005b), requerendo investimentos para o desenvolvimento de ações e estudos na área.

A redução do coeficiente de mortalidade infantil constitui um grande desafio no país para os gestores, profissionais de saúde e sociedade, pois, apesar da queda importante na última década, os índices ainda continuam elevados em comparação aos países desenvolvidos, com uma estagnação da mortalidade neonatal. A maior parte dos óbitos neonatais ocorre no período neonatal precoce, do nascimento ao 6º dia de vida, e cerca de um quarto dos óbitos ocorre no 1º dia de vida (BRASIL, 2009).

Apesar de ainda ser alta a taxa de mortalidade neonatal no Brasil (10,6 por 1000 nascidos vivos em 2011), principalmente quando comparada com outros países como Estados Unidos (4,6 por 1000 nascidos vivos em 2004) e Chile (5,6 por 1000 nascidos vivos em 2000) (FRANÇA; LANSKY, 2009), não se pode negar que ela vem diminuindo nos últimos anos (19,8 por 1000 nascidos vivos em 1997) (BRASIL, 2010a).

Devido aos avanços nos cuidados neonatais, a chance de sobrevivência de uma criança nascida com 1.000g, que em 1960 era de 5%, subiu para 95% em 2000. Uso do corticoide antenatal, surfactante, nutrição parenteral, estratégias ventilatórias específicas dentre outras são exemplos de recursos que contribuíram para a melhoria na sobrevivência desses pequenos pacientes (PHILLIP, 2005).

Muitas das condições graves do nascimento prematuro podem ser prevenidas ou reduzidas. Em países de baixa renda, metade dos PT com menos de 32 semanas de gestação morrem por falta de intervenções viáveis, de baixo custo e comprovadamente eficazes como o método canguru (MC) e o aleitamento materno exclusivo (AME) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

O AME é um importante aliado na redução da morbimortalidade neonatal está associado à redução do tempo de hospitalização, da retinopatia da prematuridade, da sepse neonatal, de doenças respiratórias e enterocolite necrotizante. Promove ótimo crescimento e neurodesenvolvimento, incentiva o vínculo mãe-bebê (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012; EIDELMAN; SCHANLER, 2012; GUBERT et al., 2012; VICTORA et al., 2016).

1.2 O Aleitamento Materno em prematuros

As evidências científicas têm comprovado que as práticas alimentares influenciam diretamente o estado nutricional, crescimento, desenvolvimento, saúde e sobrevivência destes neonatos, constituindo-se menores fatores de risco para a morbidade e mortalidade infantis. O impacto causado durante toda a vida pode incluir o fraco desempenho escolar, a produtividade diminuída e o desenvolvimento intelectual e social prejudicados (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

Um estudo prospectivo de corte, de base populacional com crianças nascidas a partir de 1982 em Pelotas/RS, Brasil, revelou que a amamentação está associada com melhor desempenho em testes de inteligência 30 anos mais tarde nos adultos que foram amamentados, e pode ter um efeito importante na vida real, aumentando níveis de escolaridade e renda na idade adulta (VICTORA et al., 2015).

Uma pesquisa realizada com 15.890 bebês saudáveis, únicos e a termo, até os oito meses de idade, mostrou que o AME, comparado com ausência de aleitamento, protege o neonato de internações por diarreia e diminui as infecções do trato respiratório. Este estudo sugere que aproximadamente 53% das hospitalizações por diarreia poderiam ser evitadas a cada mês, enquanto 27% das hospitalizações por infecção do trato respiratório inferior seriam evitáveis a cada mês, desta forma, devido à imaturidade do sistema orgânico. Assim, o aleitamento materno (AM) torna-se indispensável para a prevenção de determinadas doenças entre os PT (HAYAKAWA et al., 2010).

O AM diminui: a sepse tardia, enterocolite necrosante, retinopatia da prematuridade, rehospitalizações no primeiro ano de vida e promove melhor desenvolvimento neurológico. PT alimentados exclusivamente quando comparado com PT em alimentação mista (leite materno e fórmula), obtiveram um aumento de enterocolite em 3 vezes, risco relativo (RR) 3 (IC 95% 1,4-6,5, $P < 0,005$) (UNDERWOOD, 2013).

Em um estudo realizado no Reino Unido, comparando PT que receberam apenas fórmula com PT que receberam leite humano de sua mãe ou leite de banco de leite humano (BLH), os alimentados apenas com fórmula

apresentaram um RR 6,5 vezes de desenvolver enterocolite necrosante que os alimentados com leite materno (IC 95% 1.9 - 22; P <0,001) (SCHANLER, 2011).

O nascimento antes do termo é o maior desafio para o cuidado perinatal, principalmente por ocupar um dos principais fatores de risco de morbimortalidade infantil, até mesmo nos países desenvolvidos (GOLDENBERG, 2008). O nascimento de um bebê PT, que requer maiores cuidados, afeta também suas famílias por exigir um período prolongado de hospitalização, o que implica maiores custos também para o sistema de saúde e para a sociedade (HALLSWORTH et al., 2008).

A entrada na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) é descrita como um fator de risco potencial para o não início da amamentação, além de outras variáveis relacionadas à mãe, como raça, tabagismo durante a gestação, partos anteriores e antecedente de parto prematuro (DEMIRCI; SEREIKA; BOGEN, 2013).

O início e a manutenção da produção de leite materno são de grande importância para que a mãe possa amamentar um PT. No início, o apoio sistemático e contínuo para que as mães iniciem a expressão de leite materno e alimentação no peito, logo que a criança esteja estável, é essencial para ajudá-las a ter sucesso na superação de desafios fisiológicos e emocionais relacionados à lactação e amamentação (RENFREW; CRAIG; DYSON, 2009; RICE et al., 2010).

Apesar de todo o reconhecimento do leite materno como o alimento necessário e suficiente para o bebê, principalmente para os prematuros, outros estudos constataam que são poucos os prematuros que recebem desde os primeiros dias de vida, exclusivamente o leite materno (GOMES et al., 2009; AZEVEDO; CUNHA, 2013; MARTINS et al., 2013). Em um estudo com 93 prematuros, verificou-se que apenas 22,6% haviam sido amamentados na primeira hora de vida (BELO et al., 2014).

Quanto às vantagens biológicas, o leite materno propicia menor risco de infecções e alergias. Ao tratarmos de baixa idade gestacional, o leite de mães de PT apresenta algumas peculiaridades, com maior teor de proteínas e nutrientes de fácil digestão e absorção (AZEVEDO; MENDES, 2008).

O leite humano contém não apenas os nutrientes necessários para o adequado crescimento e desenvolvimento do RN, mas inúmeros fatores biologicamente ativos (CASTELLOTE et al., 2011). Existem pelo menos cinco classes de agentes bioativos presentes no leite humano que podem modular o crescimento, o desenvolvimento e a função do trato gastrointestinal do RN. São eles: hormônios (hormônio do crescimento, insulina, hormônio tireoideano, etc.), neuropeptídeos (neurotensina, somatostatina, peptídeo vasoativo, etc.), fatores de crescimento (fator de crescimento epitelial, fator de crescimento insulina-like, fatores transformadores do crescimento, etc.), agentes anti-inflamatórios (antioxidantes, citocinas, etc.) e agentes imunomoduladores (GOLDMAN, 2000).

Ao avaliar os níveis de imunoglobulina A secretada em colostro/leite de mães de RN a termo e pré-termo, um estudo detectou níveis significativamente maiores no colostro de mães de PT, o que sugere que um fator de adaptação imunológica através da amamentação para esses RN, uma vez que a IgA desempenha importante função contra infecções, principalmente diarreia e colites, e são essenciais para a proteção imunológica (ARAÚJO et al., 2005).

Entre as vantagens do AM para os PT destacam-se suas propriedades nutritivas e imunológicas (CARVALHO; DARLI, 2002), seu papel na maturação gastrointestinal e formação do vínculo mãe-filho, aumento do desempenho neurocomportamental, proteção contra enterocolite necrosante, menor incidência de infecção (incluindo sepse e meningite), menor incidência de rehospitalização e melhor coordenação sucção-deglutição (NASCIMENTO; ISSLER, 2003).

O AM em PT também representa o principal fator para a efetivação do vínculo mãe-filho (BRAGA et al., 2008). Estudo comprovou essa relação ao observar sensibilidade materna aumentada em mães de RN sadios, quando comparadas com mães de PT, associando esse resultado ao fato de amamentá-los precocemente, demonstrando a importância dessa prática a fim de minimizar os efeitos de um nascimento precoce (ALFAYA; SCHERMAN, 2005).

Muitos são os benefícios oferecidos pelo leite materno para os PT. Depreende-se que o AM, além de ser o mais indicado, é também o modo de alimentação mais acessível economicamente. Há que se considerar, porém, as

dificuldades que permeiam o estabelecimento dessa prática, a fim de compreendê-la e buscar meios para superá-las (LIMA, 2012).

Outro importante ponto a se considerar é o fato de que, quando não amamentados na mama materna, os PT, em sua maioria, necessitam de fórmulas especiais, com alto custo, o que aponta a vantagem econômica do AM, principalmente em se tratando de um país com má distribuição de renda (SCOCHI et al., 2008).

Cabe destacar que os PT necessitam de atenção especial no que se refere ao apoio da prática do AM e, dessa forma, garantir melhores condições de saúde a partir do nascimento (SANCHES et al., 2011).

Além de cuidados especiais, o PT carece de atenção diferenciada no sentido de apoiar a prática do AM, a fim de assegurar-lhe uma melhor qualidade de vida (BICALHO-MANCINI; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2004).

Amamentar um prematuro é uma tarefa que requer uma equipe de saúde motivada e treinada, não é uma tarefa fácil, devido imaturidade do sistema gastrointestinal, além de ser comum certa dificuldade na coordenação e controle de sucção, deglutição e respiração (SCHEEREN et al., 2012), o que interfere na amamentação.

Outros fatores também podem concorrer para o desmame precoce como: a técnica inadequada de alimentação, a falta de estímulo, a dificuldade em manter a produção láctea, medo e ansiedade da mãe, o manejo inadequado pelos profissionais (DEMARI et al., 2011), insuficiência de leite, o uso de suplementos (GUBERT et al., 2012), os fatores educacionais, relacionadas à falta de informação e orientação, a influência de fatores culturais, como uso de mamadeira, crenças (SILVA; GUEDES, 2013), o uso de chupeta e a troca do leite materno pelo uso de leite artificial (AZEVEDO; CUNHA, 2013).

Ainda que muitos estudos evidenciem um aumento nas taxas de AME, em PT o aumento desses índices ainda é um desafio, pois muitos fatores podem interferir nesse processo, levando a um desmame frequente, antes mesmo da alta hospitalar (SCOCHI et al., 2008).

A literatura aponta alguns fatores que favorecem o declínio da prática da amamentação em PT, dentre os quais a falta de contato precoce mãe-filho e

a ausência de amamentação na sala de parto, bem como a permanência prolongada do PT em UTIN (MATUHARA, 2004).

Jadchera et al. (2010) consideram que quanto menor a idade gestacional, mais demorada é a transição da alimentação para a via oral, acarretando em maior número de intervenções, como sondagem nasogástrica/orogástrica, o que por sua vez, constitui fator de atraso no estabelecimento do AM. Pimenta et al. (2008) referem que os PT, em função de sua imaturidade fisiológica e neurológica, apresentam um controle inadequado da tríade sucção-deglutição-respiração. Sua sucção leva um tempo considerável para atingir os parâmetros observados em RN a termo entre o 3º e 7º dias de vida, o que cria sentimentos de incapacidade na mãe frente às dificuldades descritas.

A fim de melhorar os índices de morbimortalidade em PT, a promoção do AM deve ser garantida ao máximo, pois quanto mais tempo for oferecido exclusivamente o leite materno, melhor será a evolução dessa população (VANDENPLAS et al., 2011).

Sendo assim, para promover e apoiar o AM do PT faz-se necessário, uma equipe de saúde mobilizada para mudanças organizacionais e socioculturais, assim como o estabelecimento de protocolos, normas e rotinas para evitar o desmame precoce (SEKYIA; LUZ, 2010; OLIVEIRA; ESPÍRITO SANTO, 2013).

Neste contexto, o PT torna-se uma preocupação particular no que se refere ao AM pelo fato de apresentar especificidades e demandas próprias que devem ser atendidas, a fim de garantir seu pleno crescimento e desenvolvimento. Sua família necessita de suporte apropriado em especial dos profissionais de saúde. Desta forma, algumas estratégias têm sido utilizadas para o apoio à prática do AM nos PT.

Tendo em vista a promoção, proteção e apoio ao AM ao PT e sua família, é necessário que os profissionais, que estão na linha de frente do cuidado, tenham um olhar ampliado que parta do planejamento que contemple desde o contexto familiar, o ambiente neonatal, a equipe e as necessidades individuais do bebê e família, contemplando ações de cuidados embasados em evidência científica. As especificidades do PT e sua família que devem então

nortear a prática dessas ações para o sucesso do AM e qualidade de vida desse segmento populacional.

1.3 Iniciativa Hospital Amigo da Criança para Unidades Neonatais (IHAC-Neo)

Políticas públicas têm sido implantadas para promover, proteger e apoiar o AME, dentre elas o Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), que tem como objetivo transformar as práticas, consiste na mobilização de profissionais de saúde e funcionários de hospitais e maternidades para mudanças em rotinas e condutas visando prevenir o desmame precoce. Os motivos que levaram a OMS e o UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) a fazer opção por atuarem juntos aos hospitais se devem aos fatores envolvidos no desestímulo à amamentação relacionados com informações errôneas e práticas inadequadas atribuídas à unidade de saúde ou ao profissional de saúde (LAMOUNIER, 1996).

O Brasil é internacionalmente reconhecido pelo desenvolvimento de iniciativas para aumentar as taxas de AME e políticas públicas têm sido implementadas para promover, proteger e apoiar o AME, incluindo a IHAC. A IHAC é uma estratégia global que tem como objetivo transformar as práticas, políticas e estruturas dos serviços de saúde para apoiar o AM por meio da implementação dos Dez Passos para o Sucesso do AM, bem como adoção do Código Internacional para Comercialização dos Substitutos de Leite Materno. A IHAC foi amplamente adotada no Brasil e tem resultado em melhora significativa no apoio ao início e duração do AME (VANNUCHI et al., 2012).

Ao assinar em 1990, a Declaração de Innocenti, na Itália, o Brasil, um dos 12 países escolhidos para dar partida à IHAC, formalizou o compromisso de fazer dos Dez Passos uma realidade nos hospitais do País. O objetivo é mobilizar os funcionários dos estabelecimentos de saúde para que mudem condutas e rotinas responsáveis pelos elevados índices de desmame precoce. Em março de 1992, o Ministério da Saúde e o Grupo de Defesa da Saúde da Criança, com o apoio do UNICEF e da Organização Pan-Americana de Saúde, deram os primeiros passos. A IHAC soma-se aos esforços do Programa Nacional de Incentivo ao AM, coordenado pelo Ministério da Saúde para:

informar profissionais de saúde e o público em geral; trabalhar pela adoção de leis que protejam o trabalho da mulher que está amamentando; apoiar rotinas de serviços que promovam o AM; combater a livre propaganda de leites artificiais para bebês, bem como bicos, chupetas e mamadeiras. Essa iniciativa tem sido amplamente implementada nos últimos anos, contando atualmente com mais de 20 mil hospitais credenciados em 156 países do mundo, sendo 323 hospitais brasileiros (BRASIL, 2014).

Alguns autores defendem que a Iniciativa Hospital Amigo da Criança pode ser considerada como uma campanha de caráter mundial que enfatiza a importância dos estabelecimentos de saúde (hospitais/maternidades) na tríade proteção, promoção e apoio ao AM (VENÂNCIO, 2002). O fato de a criança nascer em um Hospital Amigo da Criança pode ter impacto significativo na prática do AME (SOUZA; ESPÍRITO SANTO; GIUGLIANI, 2006).

Segundo a Pesquisa Nacional de Prevalência de AM em Municípios Brasileiros, a duração média do AME entre crianças que nasceram em Hospitais Amigo da Criança foi de 60,2 dias, em comparação a 48,1 dias entre crianças que nasceram em hospitais sem essa certificação. A chance de quem nasce em Hospitais Amigo da Criança também aumentam em 9% para a amamentação na 1ª hora de vida; em 6% para a amamentação no primeiro dia em casa após a alta da maternidade; em 13% para o AME em menores de dois meses, 8% para o AME em menores de três meses e 6% para o AME em menores de seis meses (BRASIL, 2010b).

Ainda com relação à IHAC no Brasil, tem-se enfatizado que os hospitais credenciados do país deverão adotar um novo critério para permanecerem na iniciativa e manterem a certificação de Amigos da Criança. A partir de 2013, as instituições já credenciadas devem cumprir os princípios das boas práticas de atenção ao parto e nascimento, determinadas pela OMS para continuarem com o título - norma conhecida como Cuidado Amigo da Mãe. As boas práticas incluem a garantia de acompanhante à gestante, respeito à privacidade da mulher e à liberdade de se movimentar e alimentar durante o trabalho de parto e de escolha da posição do parto. Além disso, possibilitam a redução do uso rotineiro de intervenções desnecessárias, como a realização de cesariana sem indicação precisa. A ideia é incentivar cada vez mais a humanização do parto e do momento entre mães e bebês (BRASIL, 2012a).

Em 2018, a fim de garantir que mães e RN recebam atendimento oportuno e adequado antes e durante a sua permanência numa instituição que presta serviços de maternidade e cuidados neonatais; permitir a alimentação ideal de RN, promovendo sua saúde e desenvolvimento; e orientar a coordenação e gestores da IHAC em nível nacional, especialmente na integração dos Dez Passos em outros programas e iniciativas para mães e RN, o guia de implementação da IHAC foi atualizado (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Nessa atualização os Dez Passos foram mudados e revistos pela primeira vez desde 1989, quando a redação de cada Passo foi atualizada em consonância com as diretrizes baseadas em evidências e com a política global de saúde pública, apesar do tópico de cada Passo permanecer inalterado (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). Os Dez Passos foram subdivididos em dois grupos: procedimentos institucionais e de gestão necessários para garantir que os cuidados sejam prestados de maneira consistente e ética (procedimentos de gerenciamento crítico – Passos 1 e 2, sendo que o primeiro Passo foi subdividido em três) e; padrões para atendimentos clínicos de mães e bebês (principais práticas clínicas – Passos 3 a 10). O Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno foi incorporado no Passo 1 sobre políticas de alimentação infantil, bem como a incorporação da necessidade de acompanhamento interno contínuo da adesão às práticas clínicas no Passo 1 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Os Dez Passos revisados passaram a ser: 1a) Cumprir plenamente o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno e as resoluções relevantes da Assembleia Mundial da Saúde, 1b) Ter uma política de alimentação infantil escrita que seja rotineiramente comunicada à equipe e aos pais, e 1c) Estabelecer sistemas contínuos de monitoramento e gerenciamento de dados; 2) Garantir que os profissionais de saúde tenham conhecimento, competência e habilidades suficientes para apoiar a amamentação; 3) Discutir a importância e o manejo da amamentação com gestantes e suas famílias; 4) Facilitar o contato pele a pele imediato e ininterrupto e apoiar as mães a iniciarem a amamentação o mais rápido possível após o nascimento; 5) Apoiar as mães para iniciar e manter a amamentação e superar dificuldades mais comuns; 6) Não fornecer aos RN

amamentados outros alimentos ou líquidos além do leite materno, a menos que seja uma indicação médica; 7) Possibilitar que as mães e seus filhos permaneçam juntos e pratiquem o alojamento conjunto (AC) 24 horas por dia; 8) Apoiar as mães a reconhecerem e responderem aos sinais e reações dos seus filhos para a alimentação; 9) Aconselhar as mães quanto ao uso apropriado e os riscos de mamadeiras, bicos e chupetas; 10) Coordenar a alta hospitalar para que os pais e seus filhos tenham acesso adequado a assistência e cuidados contínuos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

As maiores mudanças ocorreram na incorporação do Código como um subpasso (Passo 1a); a inclusão de monitoramento interno para ajudar na sustentabilidade dos Dez Passos ao longo do tempo (Passo 1c); no treinamento da equipe mais focado na avaliação dos conhecimentos, habilidades e competências da equipe de saúde para apoiar o AM ao invés de insistir em um currículo específico (Passo 2); não focar num tipo de expressão de leite, mas nas questões de posicionamento, sucção e garantia que a mãe esteja preparada para potenciais dificuldades da amamentação (Passo 5); aconselhar as mães sobre o uso de chupetas, bicos e mamadeiras e não proibi-los completamente (Passo 9); concentração nas responsabilidades da instituição para planejar a alta, realizar encaminhamentos e coordenar e trabalhar para o aumento do apoio da comunidade para a amamentação, do que a criação específica de grupos de apoio de mãe para mãe (Passo 10) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Faz-se necessário, no entanto, ressaltar que a principal diferença entre maternidades e unidades neonatais é que maioria das unidades neonatais separa as mães de seus filhos, existe pouco ou nenhum espaço para as mães, e a possibilidade de ter uma cadeira ou uma cama ao lado de seu filho nem sempre é garantida. Ademais, mães de PT têm mais necessidade de apoio do pai ou outros membros da família por causa de seu estresse emocional. Para as mães em uma unidade neonatal, a transição para a maternidade implica em uma crise, um processo que pode levar tempo (SHIN; WHITE-TRAUT, 2007).

Nesse cenário a lactação frequentemente tem sido iniciada com a expressão através de uma bomba tira-leite ou expressão manual. As mães podem perceber o AM como mutuamente prazeroso e recíproco, ou ao contrário como uma tarefa orientada, não recíproca. Há um risco de que as

práticas de nutrição e alimentação hospitalar sejam interpretadas pelas mães como uma mensagem que o AM é uma responsabilidade materna: uma obrigação de transferir um determinado volume de leite, uma norma a ser cumprida; se sim, a incapacidade da mãe para atender às expectativas no sucesso da lactação e AM pode levar a sentimentos de fracasso e vergonha (FLACKING et al., 2006).

Entre as estratégias que se tem lançado em prol à promoção, proteção e apoio ao AM, a IHAC original é insuficiente para atender as necessidades e a complexidade do processo de amamentar os PT, cada vez mais imaturos e com menor peso. Esses PT sobrevivem devido ao acesso e avanços à tecnologia de cuidado de alta complexidade, e, conseqüentemente, estão expostos a maiores riscos de morbimortalidade em seu processo de crescimento e desenvolvimento. As evidências científicas apontam que as práticas alimentares se constituem como fatores de risco para a morbidade e mortalidade infantis porque influenciam diretamente o estado nutricional, crescimento, desenvolvimento, saúde e sobrevida dessas crianças (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

Um estudo realizado na Suécia com mães de prematuros com menos de 32 semanas de gestação, apontou a necessidade de modificações e expansões dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno da IHAC: o respeito às decisões individuais maternas sobre o AM; educação da equipe nos conhecimentos e habilidades específicas; orientações sobre lactação no pré-natal, diante do risco de nascimento prematuro; contato pele a pele; ordenha do leite; introdução precoce da amamentação; facilidades para a mãe estar presente na unidade 24 horas por dia; preferência para administração do leite da própria mãe; alimentação por semidemanda antes da transição para a amamentação; benefícios especiais da sucção com chupeta; estratégias alternativas para a redução do uso de complemento; uso de mamadeira quando indicado; cuidado centrado na família e ambiente físico favorável; apoio para a presença dos pais; e transferência precoce dos cuidados do bebê para os pais (NYQVIST; KYLBERG, 2008).

Pereira et al., 2015 consideram que as diretrizes e práticas IHAC não vem se mostrando suficiente nos hospitais brasileiros para conscientizar os

profissionais e propiciar rotinas hospitalares favoráveis à manutenção do AM em prematuros internados em unidades neonatais.

Embora alguns países tenham aderido à expansão do conceito Amigo da Criança para além das maternidades e serviços de cuidados aos RN a termo e saudáveis, conforme recomendado na revisão de 2009, padrões internacionais ainda não foram desenvolvidos para constituir um conjunto específico de critérios e ferramentas de avaliação para programas devido à diversidade de contextos e aplicação em todo mundo. É ressaltada a necessidade de diretrizes para melhorar grupos de apoio ao AM fora das maternidades e unidades neonatais que apresentam aspectos únicos e que não podem ser abordados na IHAC (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Alguns países têm expandido a IHAC para outros cenários de cuidado, realizando adaptações levando em consideração o contexto das unidades de terapia intensiva neonatal, as necessidades peculiares dos PT e/ou RN gravemente doentes e a necessidade de um cuidado diferenciado para oferecer o apoio necessário que as mães e família de PT precisam (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007). Estas adaptações têm sido apoiadas por um número crescente de publicações que documentam a eficácia das melhores práticas relacionadas ao AM em unidades neonatais.

Três revisões sistemáticas estabeleceram a importância do profissional para apoio, a implementação de práticas hospitalares como o contato pele-a-pele, o MC e alojamento conjunto, bem como a adoção de métodos efetivos para apoiar as mães a iniciar e manter a produção de leite (McINNES; CHAMBERS, 2008; RENFREW; CRAIG; DYSON, 2009; RICE et al., 2010). O início precoce do AM, com a estabilidade do bebê como único critério, é outra questão importante a ser considerada (NYQVIST; SJODEN; EWALAD, 1999; NYQVIST, 2008).

Em 2009, um grupo formado por pesquisadores da Suécia, Noruega, Dinamarca, Finlândia e do Canadá se reuniram para desenvolver uma proposta de versão unificada de expansão, a IHAC-Neo, baseada em revisão de evidências científicas, opiniões de especialistas e nas experiências dos países nórdicos e outros países do mundo (NYQVIST et al., 2012). Nesse contexto emergiu uma proposta de expansão da IHAC original para este segmento

populacional de risco, com uma adaptação dos Dez Passos para o Sucesso do AM Exclusivo em Unidades Neonatais (NYQVIST et al., 2013; 2015), aqui denominada IHAC-Neo.

1.3.1 Os três princípios norteadores e os dez passos da IHAC-Neo

Diferentemente da IHAC convencional, foram criados Três Princípios para nortear os passos, enfatizando atitudes essenciais para todos os aspectos de cuidados relacionados à lactação e amamentação em unidades neonatais e assim, fundamentar as ações de apoio e redelinear as práticas neonatais (NYQVIST et al., 2013), descritos a seguir.

1) A atitude da equipe deve focar e responder às necessidades individuais de cada mãe no seu contexto.

O nascimento prematuro é uma experiência única que pode ser traumática e levar ao estresse materno pós-traumático, com consequências em longo prazo para o relacionamento mãe-bebê (MEIJSEN et al., 2010). Existe um risco de que as práticas de nutrição hospitalar e alimentação sejam interpretadas pelas mães como uma mensagem de que a amamentação é uma responsabilidade materna: a obrigação de transferir um determinado volume de leite, uma norma a ser cumprida e essa incapacidade da mãe para atender às expectativas sobre o sucesso na lactação e amamentação pode levar a sentimentos de fracasso e vergonha (FLACKING et al., 2006; FLACKING; EWALD; STARRIN, 2007).

A fim de ajudar as mães em alcançar a motivação para o estabelecimento da lactação e amamentação, há necessidade do apoio psicológico e cultural que deve ser oferecido com empatia, de uma forma multidimensionalmente adequada (NYQVIST; KYLBERG, 2008; LEE; LIU; KUO, 2009).

É preciso estabelecer formas de comunicação e interação com os familiares dos bebês internados em unidades neonatais, promovendo a participação dos pais na assistência, orientando e incentivando-os a tocar e cuidar dos seus filhos, preservando a singularidade e a individualidade de cada

história, criança e de seus pais (BAKER; MCGRATH, 2011; HANSEN et al., 2012).

A equipe de saúde deve ter um olhar individualizado para as mães, principalmente no que tange à produção de leite, risco de atraso ou prejuízo no desenvolvimento da identidade materna, separação mãe e filho, ansiedade em relação à alta hospitalar, fatores facilitadores ou dificultadores da lactação e amamentação (NYQVIST et al., 2012).

2) Todas as ações devem facilitar a abordagem do cuidado centrado na família.

O cuidado centrado na família também deve nortear a assistência nas unidades neonatais, tornando os pais como principais cuidadores de seus filhos, garantir e apoiar os direitos dos pais e seus papéis naturais e basear-se no cuidado desenvolvimental. Finalmente, o sistema de saúde deve garantir a continuidade do cuidado neonatal e na amamentação, desde o pré-natal até o pós-alta, além de garantir que todos os profissionais da saúde compartilhem o mesmo conhecimento básico desta expansão (NYQVIST et al., 2012).

Os principais componentes do Cuidado Centrado na Família são dignidade e respeito, partilha de informação, participação e colaboração (JOLLEY; SHIELDS, 2009). Para aplicação concreta, o Cuidado Centrado na Família deve ser integrado na cultura e no funcionamento da unidade neonatal e o ambiente deve ser adaptado para acomodar a presença e participação dos pais sob os cuidados de seu bebê (SAUNDERS et al., 2003).

A internação do prematuro é um momento de diminuir o distanciamento da mãe-filho, e assim incluir a mãe nos cuidados do seu bebê, dar oportunidade de se relacionar com ele, estimular o vínculo e o contato pele a pele, atitude humanizada que diminui a insegurança e os sentimentos de exclusão resultante da permanência no hospital (BENGOZI et al., 2010).

Ações desenvolvidas na unidade neonatal à luz do modelo do Cuidado Centrado na Família devem propiciar que os pais forneçam a maior parte dos cuidados para a sua criança, enquanto enfermeiros ensinam e aconselham os pais, o que pode aumentar a taxa de AM na alta, assim como variação do ganho de peso (O'BRIEN et al., 2013).

Este conceito de Cuidado Centrado na Família foi implementado em muitas unidades neonatais, especialmente em países desenvolvidos, para capacitar os pais no seu papel de principais cuidadores enquanto seus bebês necessitam de cuidados hospitalares, evitando longos períodos de separação das famílias e seus filhos (NYQVIST; ENGVALL, 2009; PALLAS-ALONSO et al., 2012).

A cooperação materna com a equipe e a existência de um ambiente tranquilo, acolhedor é mais propício à amamentação. Um ambiente hospitalar sem privacidade, internações acima do número de vagas, a falta de acomodações, rotinas e horários pré-estabelecidos e a dificuldade materna em conseguir chegar e permanecer na unidade são fatores desfavoráveis à prática da amamentação (UEMA et al., 2015).

A compreensão da vivência de enfermeiras frente ao cuidado ao RN, a presença dos pais na unidade neonatal provoca um olhar não somente para a importância de mantê-los junto aos seus filhos, mas, também reconhecê-los como potenciais sujeitos que precisam ser percebidos e cuidados pela equipe de saúde (MERIGHI et al., 2011).

3) Assegurar a continuidade do cuidado entre os períodos pré, peri e pós-natal, bem como após a alta hospitalar.

A continuidade dos cuidados envolve aqueles prestados ao longo do tempo a uma criança e sua família e pode incluir várias fases distintas que podem causar ansiedade nos pais, desde a gestação, nascimento, ao longo da internação do prematuro e após a alta hospitalar (NYQVIST et al., 2013).

Mães descrevem certas barreiras à continuidade da amamentação, incluindo conselhos contraditórios de diferentes profissionais de saúde; mudança frequente de alimentação e estratégias de cuidados; julgamento, críticas e indiferença (HAUCK et al., 2010).

1.3.2 Expansão dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno em unidades neonatais

Os Dez Passos da IHAC-Neo (NYQVIST et al., 2013, 2015), estão sintetizados e detalhados a seguir.

Passo 1 - Ter uma política escrita que é rotineiramente comunicada para todos os profissionais de saúde.

Um resumo dessa política deve ser escrito em linguagem de fácil compreensão para a equipe bem como para as famílias e deve ser fixado em local visível e de fácil acesso nas unidades neonatais (NYQVIST et al., 2013). Este passo assemelha-se com o IHAC convencional, entretanto, vale destacar o compromisso de estabelecer estratégias para a continuidade de se manter toda a equipe informada sobre o AM em PT.

Passo 2 - Educar e treinar todos os profissionais de saúde em conhecimentos específicos e nas habilidades necessárias para implementar essa política. Este passo também é semelhante ao IHAC convencional, contudo as capacitações são voltadas para a especificidade do PT.

O treinamento deve ser continuado considerando, sobretudo, a existência de alta rotatividade de profissionais e de pessoal de saúde em alguns hospitais, especialmente nos hospitais universitários. O cumprimento constante desse passo é importante para assegurar as mudanças nas práticas hospitalares que visam à promoção, a proteção e o apoio à amamentação (ARAUJO; OTTO; SCHMITZ, 2003).

O processo de estabelecimento da amamentação do PT se inicia logo após o nascimento, momento no qual a mãe é instruída a realizar a ordenha manual e a armazenar o leite de maneira adequada para enviar a seu bebê internado. Quando o bebê passa por todas as intercorrências advindas da internação em uma unidade neonatal, tanto a mãe como a equipe estão ansiosos para iniciar o AM e torcem pelo sucesso da prática. Na medida em que esta se torna difícil e não é bem-sucedida, os profissionais que atendem diretamente essa população podem apresentar sentimento de frustração e incapacidade, além do questionamento sobre o próprio trabalho (UEMA et al., 2015).

Ter uma equipe de saúde treinada e motivada é essencial para a efetividade da IHAC-Neo, e isto demonstra a necessidade de que as orientações e esclarecimentos sobre os papéis e responsabilidades de cada

profissional na unidade é importante para a implementação desta estratégia (TAYLOR et al., 2011).

O treinamento em amamentação para a equipe em unidades neonatais tem demonstrado impacto sobre as taxas de AM no início e na alta (ISAACSON, 2006).

Passo 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 AM. Este novo passo se originou do anterior: “Orientar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do AM” do IHAC convencional.

Enfatiza-se a importância de informações básicas sobre início da lactação e amamentação, os benefícios do leite materno para os PT, técnicas de amamentação e possíveis problemas, estabelecimento da lactação utilizando uma bomba de ordenha, bem como o fato de que isso pode levar algum tempo até que a amamentação seja possível devido às complicações da prematuridade e prolongado tempo de internação (NYQVIST; KYLBERG, 2008).

Sucessivas aproximações sobre a amamentação é mais eficaz desde a gestação até o período intraparto e durante o período pós-natal do que se concentrando em um período mais curto (HANNULA; KAUNONEN; TARKKA, 2008). Uma das principais recomendações para a gestante para facilitar a lactação é iniciar ordenha do leite materno antes mesmo de seis horas após o parto para as mães que querem amamentar o PT (MAASTRUP et al., 2014).

Passo 4 - Encorajar precocemente o contato pele a pele mãe-bebê de maneira contínua e prolongada (Cuidado Canguru), o qual se originou do passo “Ajudar as mães a iniciar o AM na primeira meia hora após o nascimento do bebê” do IHAC convencional.

O MC está fortemente associado com o AM e tentativa de alta hospitalar precoce. Está intimamente relacionado com a redução da mortalidade neonatal, diminui infecção grave, hipotermia, doença do trato respiratório inferior e tempo de permanência hospitalar, aumenta o ganho ponderal, além de aumentar a satisfação da mãe como estratégia de cuidados do seu bebê (CONDE-AGUDELO; DÍAZ-ROSSELLO, 2014). Evita a separação entre mãe e filho; o apoio amamentação, favorece o estabelecimento dos

papéis maternos e paternos e ajuda a estabilizar a criança (NYQVIST et al., 2010; BLOMQVIST et al., 2013).

O tempo necessário para o início de contato ainda está muito relacionado com a prioridade dada aos cuidados de rotina e parto cesáreo, o que interfere negativamente o contato precoce e a amamentação, uma vez que adia estes momentos. Faz-se necessário orientar a família quanto a essa prática ainda na gestação para facilitar a adesão no momento do parto (D'ARTIBALE; BERCINI, 2013).

Passo 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. O passo do IHAC convencional correspondente é: “Mostrar as mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos”.

O início precoce do AM, com a estabilidade do bebê como único critério, é uma questão importante a ser considerada (NYQVIST et al., 2001; NYQVIST, 2008).

As dificuldades para início da amamentação em prematuros podem estar associadas à funcionalidade da mama, às questões particulares das nutrizes, ou ainda às inaptações do RN. As dificuldades relacionadas às questões particulares das nutrizes se referem à insegurança para amamentar como principal impedimento, medo para amamentar, posicionamento incorreto do bebê no peito, manejo da amamentação, falta de orientação quanto à prática alimentar prestada por algum profissional, dificuldade para cumprir o horário da mamada e condições de saúde da mãe (SILVA; TAVARES; GOMES, 2014; SOARES et al., 2016).

Passo 6 - Não oferecer alimentos ou outras bebidas que não seja leite humano aos RNs, exceto se houver indicação médica. Apesar de semelhante ao IHAC convencional, discute-se as peculiaridades do PT.

Prematuros alimentados com leite materno recebem benefícios significativos quanto à proteção e melhora no desenvolvimento em comparação com PT alimentados com fórmulas. Em situações em que o leite da própria mãe não está disponível, o fornecimento de leite pasteurizado, leite de doadora humana selecionada é a segunda melhor opção, especialmente para bebês de alto risco ou doente (RONNESTAD et al., 2005).

O risco de reinternação devido doenças do trato gastrointestinal, infecções respiratórias inferiores e superiores, infecções do trato urinário e otite média permaneceu significativamente maior entre os lactentes alimentados com fórmula infantil que ocorreu dentro de seis meses após o nascimento, em comparação com bebês amamentados exclusivamente (AJETUNMOBI, 2015).

Passo 7 - Permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia. Também se discute este passo no IHAC convencional, porém, para unidades neonatais, a presença dos pais durante toda a internação do PT é um desafio.

Os pais presentes na unidade neonatal merecem atenção da equipe de saúde, destaca-se a importância da orientação em relação aos procedimentos e ao estado de saúde do filho, valorizando sua presença, vendo-os como participantes e não como espectadores (BAKER; McGRATH, 2011; MERIGHI et al., 2011; HANSEN et al., 2012).

O alojamento conjunto promove a amamentação, assim como a ligação/apego e empoderamento dos pais (PECHLIVANI, 2005; BECK et al., 2009, MAASTRUP et al., 2012).

A possibilidade do alojamento conjunto em uma unidade neonatal pode ajudar os pais se sentirem como uma família e não apenas visitantes para seu próprio filho (BECK et al., 2009).

Passo 8 - Encorajar livre demanda ou, quando necessário, a semidemanda de amamentação como uma estratégia transicional para prematuros ou bebês doentes. Outro passo que sofreu a expansão a partir do IHAC convencional, que era originalmente: “Encorajar o AM sob livre demanda”.

Alimentação por demanda significa que o bebê é amamentado com base na observação da mãe de sinais comportamentais do bebê de interesse em sugar, em que a alimentação é conduzida pelo bebê quando este atingiu a maturidade neurológica suficiente, evidenciada pela coordenação entre fome e saciedade e regulação do estado comportamental (estados de sono-vigília) (NYQVIST et al., 2013).

No entanto, durante o estabelecimento do AM os PT podem necessitar de suplementação por outro método de alimentação, a fim de receber o volume de leite necessário para o crescimento adequado.

Amamentação por semidemanda significa que a mãe observa sinais de interesse do seu bebê em sugar e a mudança no estado comportamental, e amamenta seu bebê quando ele mostra esses sinais; a alimentação termina quando o bebê para de sugar. A suplementação é dada por outro método de alimentação conforme necessário. A mãe oferece ativamente o peito ao bebê a fim de alcançar uma frequência de amamentação por 24 h, que é suficiente para a ingestão adequada de leite pelo bebê; a mãe é orientada a proteger o sono profundo do bebê, reconhecendo sinais discretos de transição do sono profundo para o sono ativo e acordar (NYQVIST, 2008; NYQVIST et al., 2013).

Assim, o incentivo às mães em participar das decisões sobre as estratégias de alimentação para seus bebês é um componente essencial para desempenhar bem o seu papel materno (NYQVIST; KYLBERG, 2008).

Quando a mãe estiver presente, ela deve ser encorajada a colocar a criança no peito a qualquer sinal discreto de acordar ou sugar, mas também ser guiada na proteção do sono profundo da criança por observação de sinais comportamentais (NYQVIST et al., 2013).

Passo 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. Este passo foi modificado do anterior: “Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio” do IHAC convencional.

Os fatores associados ao AM e ao AME foram analisados e os autores observaram o uso de chupeta e mamadeira como fatores culturais que podem levar ao desmame precoce (SOARES et al., 2003; AZEVEDO; CUNHA, 2013; FRANÇA et al., 2008). A utilização de protetores de mamilos tem um risco aumentado de 2 a 3 vezes de não AME na alta, assim como o uso de chupeta (MAASTRUP et al., 2014).

A mamadeira impacta negativamente a amamentação tanto do RN a termo quanto do PT (COLLINS et al., 2008). Em contraste, o aleitamento por copo foi associado com maiores taxas de amamentação no momento da alta (ABOUELFETTOH et al., 2008).

Alimentação através de sonda também tem sido utilizada com sucesso durante a transição da alimentação enteral plena ao AME (AQUINO; OSÓRIO, 2009).

Em contrapartida, é preciso considerar o contexto de um bebê doente hospitalizado porque a sucção de chupeta pode incentivar o desenvolvimento da sucção e melhorar a digestão, tem um efeito calmante, reduz o estresse infantil e ansiedade, e dá alívio da dor durante procedimentos dolorosos, sendo possível ser oferecida no hospital quando a amamentação não é possível e, na ausência da mãe (PINELLI; SYMINGTON, 2005; CIGNACCO et al., 2007).

Passo 10 - Preparar os pais para a continuidade do AM e assegurar acesso a grupos/serviços de apoio após a alta hospitalar. Este passo também é semelhante ao IHAC convencional, entretanto, vale destacar que o PT necessita de atenção e acompanhamento especializado para a manutenção do AM em casa.

Todas as mães que iniciaram o AM ou ainda estão ordenhando seu leite após a alta hospitalar precisam indiscutivelmente de acompanhamento, apoio e incentivo (BENGOZI et al., 2010). A grande melhoria em iniciar precocemente o AM e estabelecer AME estavam presentes quando aconselhamento ou educação foram fornecidos simultaneamente em casa e na comunidade (SINHA et al., 2015).

O planejamento de alta da unidade deve ocorrer em colaboração com a família e os serviços de saúde da comunidade e incluir um plano para a transição para a alimentação oral completa, promoção do AM, que deve ser individualizado de acordo com a condição da criança (PIERREHUMBERT; ANSERMET; MULLER-NIX, 2011).

1.3.3 Código Internacional para Comercialização dos Substitutos de Leite Materno

A IHAC-Neo também está em consonância com o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno, visto que é proibido o hospital receber presentes gratuitos, materiais, equipamentos dinheiro ou apoio para educação em serviço de distribuidores de substitutos do leite materno, bem como as mães e familiares. A fixação de cartazes ou outros materiais contra o Código, e as latas de fórmula infantil ficarem a vista também são proibidos pelas normas da IHAC-Neo (NYQVIST et al., 2013).

As mulheres são induzidas ao uso de substitutos do leite materno e têm dúvidas sobre sua própria capacidade de amamentar. Elas, suas famílias e os profissionais da saúde não estão completamente convencidos dos benefícios da amamentação, a amamentação em público pode gerar um constrangimento, e até mesmo chegou a ser proibida, enquanto o uso de mamadeira causa pouca reação. O Código não é legislado, fiscalizado ou monitorado em todos os países, e a indústria de substitutos do leite materno tenta burlar o Código para proteger suas vendas (ROLLINS et al., 2016).

A fabricação de fórmulas lácteas se tornou uma indústria de sucesso, notabilizando-se por um marketing agressivo dirigido ao público, profissionais da saúde, enfermeiros, pediatras e afins. À medida que as mulheres nos países industrializados começaram a entrar no mercado de trabalho em grande número, o mercado para produtos alimentícios comerciais aumentou. A fórmula láctea passou a ser considerada como “moderna”, e os riscos associados à falta do AM foram compensados pelo isolamento de lactentes e pelo desmame precoce (LABBOK, 2007).

O Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno, elaborado em 1981 pela OMS e a criação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL) baseada neste código, em 1988, a qual sofreu diversas revisões sendo a última em 2006, quando foi sancionada como lei, também estão no rol de estratégias públicas a favor do AM. A NBCAL regulamenta sobre a promoção comercial e o uso apropriado de alimentos e produtos destinados a neonatos e crianças de até três anos de idade, a fim de que não exista interferência na prática do AM (BRASIL, 2006).

A publicidade de fórmulas infantis parece diminuir a confiança das mães em sua capacidade de amamentar, acreditar que a fórmula é equivalente ou mesmo superior ao leite materno, especialmente quando fornecidas por profissionais e instituições de saúde, além de contribuir para falsas crenças sobre os méritos da fórmula infantil e a adequação do leite materno (PARRY et al., 2013). Dessa forma, o respeito à NBCAL pelos profissionais de saúde e pela própria instituição se faz extremamente necessário para somar esforços dirigidos ao incentivo do AM.

É importante ressaltar que o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno foi incluído entre os Dez Passos revisados em

consonância com as diretrizes baseadas em evidências e com a política global de saúde pública, sendo destacado já no primeiro passo revisado: 1a) Cumprir plenamente o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

1.4 Justificativa e hipótese da pesquisa

Para o engajamento efetivo dos profissionais da saúde em adotar e cumprir os Dez Passos e Três Princípios Norteadores da IHAC-Neo, é preciso que a equipe de saúde seja envolvida ativamente no processo de mudança da prática, incluindo identificar as práticas, as estruturas e rotinas existentes na unidade que requerem modificações para corresponderem aos Dez Passos, bem como monitorar as práticas da IHAC-Neo para avaliar o impacto nos serviços de saúde (SEMENIC et al., 2012).

Evidências demonstram que a implementação de práticas propostas por este grupo de pesquisadores em unidades neonatais modificou expressivamente o início e a exclusividade do AM na alta, bem como fortaleceu as famílias para cuidar de seus filhos PT (NYQVIST et al., 2012). A exemplo da iniciativa originalmente desenvolvida pela OMS/UNICEF, a IHAC-Neo também adere ao cumprimento do código de comercialização de leite e substitutos e estabelece um conjunto de padrões e critérios para o monitoramento e avaliação da proposta em consonância com cada princípio norteador e os Dez Passos adaptados (HAIEK, 2012).

Vislumbra-se assim, o potencial desta estratégia em mudar os indicadores nacionais de AM neste segmento populacional de risco. Destaca-se que pressupõe mudanças de práticas, aspecto este que envolve múltiplas determinações, é complexo e merece ser tratado com sustentação teórica e evidências.

A efetividade da intervenção (IHAC-Neo), irá depender da sua implementação e utilização pelos profissionais de saúde na prática. Assim, faz-se necessária à mudança de comportamento e atitude dos profissionais nesse processo de implementação, tendo em vista, a sustentação dessas inovações na prática clínica.

Considerando-se as propostas para a implementação da IHAC-Neo, torna-se imperativo às mudanças de ações e condutas da equipe de saúde no que se refere à promoção do AM nos PT, que deverá ser movida e estimulada a partir capacitações profissionais.

Desta maneira, a *Knowledge Translation* (KT), poderá contribuir com a lacuna entre teoria e prática profissional e beneficiar a assistência, incorporando o aprender e o ensinar no processo de trabalho, apontando o melhor caminho aos profissionais de saúde nesse processo, tornando-os sujeitos ativos na criação e implantação de treinamentos, documentações e políticas internas de avaliação e manejo do AM nos PT.

Assim, temos como questionamentos para a presente pesquisa: Como se dá o processo de implementação da IHAC-Neo, guiada pelo referencial da KT? Esse processo permite o aumento da adesão e a manutenção das diretrizes e práticas da IHAC-Neo em um mês e em um ano após sua implementação?

Tem-se como **hipótese da pesquisa** que a implementação da IHAC-Neo guiada pela KT permitirá um aumento nos escores de adesão à IHAC-Neo após um mês e manterá esses escores um ano após essa intervenção inovadora.

Esperamos que o presente estudo contribua com a produção de conhecimento com foco na promoção, proteção e apoio ao AME em PT em unidades neonatais, e que incentive práticas profissionais baseadas em evidência científica e metodologias ativas para capacitação profissional.

É importante ressaltar que este estudo é parte integrante do projeto multicêntrico intitulado “Aleitamento materno em prematuros: impacto da IHAC para Unidades Neonatais”, financiado pelo MS/Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT) / Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) / Fundação Bill & Melinda Gates, processo nº 401628/2013-2. Esse projeto multicêntrico foi realizado em nove hospitais maternidade (cinco intervenção e quatro controle) das cinco regiões do Brasil em parceria com pesquisadoras canadenses e sueca envolvidas na adaptação, implementação e avaliação da IHAC-Neo e no referencial da KT proposto para guiar e testar esta intervenção nas unidades neonatais brasileiras.

2. Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Descrever o processo de implementação da IHAC-Neo, guiada pelo referencial da *Knowledge Translation* e avaliar a adesão e a manutenção das diretrizes e práticas da IHAC-Neo um mês e um ano após o término da implementação.

2.2 Objetivos Específicos

- Verificar o nível de adesão das unidades neonatais da instituição às diretrizes e práticas da IHAC-Neo, antes da implementação da intervenção.
- Descrever a implementação da IHAC-Neo guiada pelo referencial da KT nas Unidades Neonatais (UTIN e UCIN).
- Verificar o nível de adesão das unidades neonatais à IHAC-Neo um mês após o término da implementação.
- Verificar o nível de adesão das unidades neonatais à IHAC-Neo um ano após o término da implementação.
- Comparar os níveis de adesão à IHAC-Neo de antes da implementação às adesões, de um mês e um ano após a intervenção.

3. Método

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de intervenção, quase-experimental, pré e pós-teste e prospectivo, realizado em um hospital universitário da Região Sudeste do Brasil, com uma variável independente (a intervenção IHAC-Neo).

Os estudos de intervenção têm como objetivo investigar os efeitos de uma ação, a qual o pesquisador manipula o fator de exposição (a intervenção). A pesquisa quase-experimental assemelha-se muito aos experimentos porque também envolvem a manipulação de uma variável independente, mas não possui características de randomização e/ou de grupo controle, típicas dos experimentos verdadeiros (POLIT; HUNGLER, 2004).

O estudo quase-experimental é necessário para a construção de um corpo de conhecimentos que sirva como guia no estabelecimento de ações que possam conduzir com segurança o cuidado prestado pela enfermagem, garantindo o espaço do enfermeiro na equipe de saúde (ALVES et al., 2004).

A variável independente desta pesquisa foi a implementação da IHAC-Neo e as variáveis dependentes foram: adesão aos Três PN, aos Dez Passos e ao Código, na perspectiva dos profissionais de saúde, das mães e do avaliador externo e revisão documental, comparando antes (P1), após (P2) e um ano após a implementação da IHAC-Neo (P3).

3.2 Referencial Teórico Metodológico

3.2.1 *Knowledge Translation (KT)*

No Brasil e em diversos outros países, existem lacunas entre pesquisa, prática e políticas de saúde (PADILHA, 2011; GRIMSHAW et al., 2012); entre o que é conhecido e o que é consistentemente feito (BHATTACHARYYA et al., 2009). Os sistemas de saúde têm enfrentado desafios de como melhorar a qualidade do atendimento e diminuir o risco de eventos adversos, pois falharam na otimização do uso de evidências e tiveram como consequências resultados ineficientes e redução na qualidade de vida (DAVIS et al., 2003; MADON et al., 2007). A utilização de resultados de pesquisas na prática é lenta, levando frequentemente muitos anos para serem implementados. Com isso, a inovação

na prestação de serviços de saúde torna-se difícil e alguns resultados de pesquisas, acabam se tornando obsoletos (OELKE et al., 2015).

A disseminação do conhecimento ao término de uma pesquisa (ex.: publicação em revistas ou eventos científicos) não garante a utilização do conhecimento pelos profissionais de saúde, ao passo que a KT envolve o engajamento e integração daqueles que irão utilizar o conhecimento em todas as etapas da pesquisa (CIHR, 2011).

O Instituto Canadense de Pesquisa em Saúde (CIHR) define KT como “um processo dinâmico e interativo que inclui:

- **síntese** – contextualização e integração dos resultados de pesquisa, dos estudos de pesquisa individual dentro do corpo maior de conhecimento sobre o tema. A síntese deve ser reproduzível e transparente, usando métodos quantitativos e/ou qualitativos;

- **disseminação** – envolve identificar o público adequado, adaptar a mensagem e mediar para o público;

- **intercâmbio** – ou troca de conhecimento refere-se à interação entre o usuário do conhecimento e o pesquisador, resultado em aprendizagem mútua. De acordo com a *Canadian Foundation for Health Care Improvement*, a definição de troca de conhecimento é “a colaborativa resolução de problemas entre os pesquisadores e os decisores que acontece por meio da articulação e troca”;

- **aplicação eticamente sólida de conhecimento** para melhorar a saúde, proporcionar produtos e serviços de saúde mais efetivos e fortalecer o sistema de saúde (CIHR, 2011).

Embora a definição do CIHR seja frequentemente usada no Canadá, ela também foi adaptada por outras instituições, incluindo a OMS (STRAUS; TETROE; GRAHAM, 2011).

O conceito de KT é amplo, pois abarca todas as etapas entre a criação do conhecimento e sua aplicação para produzir resultados benéficos para a sociedade (TETROE, 2007); vai além da simples divulgação de conhecimentos, incluindo o real uso do conhecimento (STRAUS; TETROE; GRAHAM, 2011).

A KT é um processo que pode fornecer uma base de investigação adequada aos tomadores de decisão e, potencialmente, influenciar as

atividades de produção, transferência e utilização do conhecimento (ST-CYR TRIBBLE et al., 2008).

A KT é fundamental para o desenvolvimento e disseminação de conhecimento relevante e utilização de resultados de pesquisa. Conhecimento novo, por si só, não leva a grande aplicação nem efeito nos resultados de saúde (CIRH, 2012). A utilização de resultados das investigações resultará em melhor qualidade de assistência para os pacientes (GRAHAM et al., 2006; STRAUS; TETROE; GRAHAM, 2011), como também irá direcionar resultados nos níveis dos profissionais e sistema de saúde.

A KT agrupou e ampliou os conceitos de Educação Médica Continuada e Desenvolvimento Profissional Contínuo e teve o potencial para melhorar o conhecimento dos profissionais e transpor as barreiras para a implementação das evidências científicas (DAVIS et al., 2003). Não está somente na forma como os autores da intervenção são envolvidos, mas também no modo como as estratégias serão utilizadas, que variam de acordo com o público-alvo e o tipo de conhecimento a ser transferido (DAVIS et al., 2003; STRAUS; TETROE; GRAHAM, 2009).

Na KT os usuários do conhecimento são incorporados durante todo o processo da pesquisa. Usuários do conhecimento são indivíduos ou grupos capazes de usar evidências geradas por pesquisa para tomar decisões informadas sobre políticas de saúde, programas e práticas. Para exemplificar estes usuários temos: profissionais de saúde, formuladores de políticas, educadores, gestores e administradores, líderes comunitários ou pacientes. O uso de estratégias de KT garante uma pesquisa mais relevante e consequentemente com melhor utilização dos resultados da investigação (CIRH, 2012).

O processo de KT é interativo e dinâmico, em vez de linear. Tem limites flexíveis entre componentes da criação do conhecimento e da ação (GRAHAM et al., 2006). Pode-se iniciar na identificação do problema, mas no modelo pode-se mover de uma etapa para a próxima ou voltar novamente para a anterior, a fim de facilitar o uso do conhecimento.

Uma abordagem que inclui pesquisadores e usuários do conhecimento é necessária para preencher a lacuna entre a pesquisa e a prática. O pesquisador não pode fazer KT sozinho. É necessário envolver as pessoas

interessadas para facilitar a utilização dos resultados da investigação e assegurar que mudanças nas práticas e nas políticas estão de fato acontecendo (OELKE et al., 2015).

É um processo em que por meio de um conjunto de atividades desafiadoras, um corpo de conhecimento é refinado e implementado em um contexto participativo. Ela precisa de um conjunto de antecedentes (contexto, evidência, facilitador) que são elementos que se relacionam com a natureza do conhecimento, todos os fatores que se relacionam com que esse conhecimento deverá ser implementado. Se todos estiveram preparados para a implementação teremos como consequência uma mudança em quatro campos: a experiência do paciente, a prática dos profissionais, o sistema e a sustentação das mudanças. Se essas mudanças forem sustentadas haverá reflexos em torno de questões de equivalência patrimonial, gerenciamento de recursos e custos (KHODDAM et al., 2014).

Ao usar a KT em uma pesquisa, deve-se no início realizar o planejamento para a sustentabilidade do uso do conhecimento na prática e na formulação de políticas de saúde. As barreiras terão que ser consideradas com a finalidade de ponderar retenção de mudança da prática e, posteriormente, para a utilização dos resultados da investigação (DAVIES; EDWARDS, 2009) e ainda para a manutenção destas práticas no futuro.

É necessário refletir sobre questões tais como a forma como podemos manter a mudança, como pode a mudança ser ampliada para outras áreas e quais fatores contextuais que precisamos considerar para facilitar a manutenção e o futuro da KT. Faz-se premente a necessidade de considerar a sustentabilidade para as iniciativas de KT (DAVIES; EDWARDS, 2009).

3.2.2 Modelo conceitual *Promoting Action on Research Implementation in Health Services* (PARIHS)

Devido à complexidade em promover mudanças de comportamento e aos múltiplos fatores que podem facilitar ou dificultar o processo, os esforços de implementação devem ser orientados por modelos teóricos ou conceituais (GRAHAM et al., 2006).

Em estudo realizado por Rycroft-Malone e colaboradores (2002) sugere que as estratégias de implementação mais eficazes são aquelas que adotam uma abordagem multifacetada, ou seja, combinando diversas estratégias.

Ao final da década de 90, um modelo conceitual multidimensional de KT foi desenvolvido a partir da experiência coletiva adquirida com pesquisa e a partir da prática e de projetos de melhoria de qualidade (KITSON; HARVEY; MCCORMACK, 1998; RYCROFT-MALONE et al., 2002). Para facilitar a atualização, efetividade e sustentabilidade de práticas inovadoras, a KT neste estudo, foi norteada pelo modelo conceitual *Promoting Action on Research Implementation in Health Services* (Promoção da Ação na Implementação de Pesquisa em Serviços de Saúde) / PARIHS.

O modelo PARIHS representa a complexidade do processo de mudança envolvido a implementação de práticas baseadas em evidências e tem sido utilizado com sucesso para estruturar e aprimorar a implementação de intervenções para as mudanças de prática na área da saúde, além de retratar a interação e interdependência dos muitos fatores que influenciam a utilização das evidências na prática (KITSON; HARVEY; MACCORMACK, 1998; RYCROFT-MALONE et al., 2002; STEVENS et al., 2014).

O modelo PARIHS foca na relação entre a natureza da evidência, o contexto em que a mudança é implementada e a forma em que a mudança é facilitada (CIRH, 2011; RYCROFT-MALONE et al., 2013). As principais características e premissas do modelo PARIHS são: as evidências são cientificamente robustas e correspondem ao consenso profissional e necessidades do cliente; englobam as fontes de conhecimento codificadas e não codificadas, incluindo as evidências de pesquisas, experiência profissional, preferências e experiências da comunidade e informações locais. A fusão e a implementação de tais evidências na prática envolve a negociação e o desenvolvimento de um entendimento comum sobre as vantagens, desvantagens, riscos e perdas da nova prática sobre a antiga. Alguns contextos são mais propícios para o sucesso da implementação da evidência, pois são mais receptivos a mudanças com uma cultura favorável, forte liderança, monitoramento apropriado e sistemas de retroalimentação; e a necessidade de uma facilitação apropriada com contribuição de facilitadores internos e externos capacitados para melhorar a probabilidade de sucesso

(RYCROFT-MALONE et al., 2002; NATIONAL COLLABORATING CENTER FOR METHODS AND TOOLS, 2011).

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

Figura 1 – Modelo conceitual PARIHS. Fonte: Tradução livre de Rycroft-Malone (2004).

A estrutura dos elementos possui uma relação dinâmica e simultânea, e cada um deles está posicionado em um sentido contínuo de “baixa” para “alta”. Para que a implementação da evidência seja bem-sucedida, é necessário que haja clareza sobre a natureza da evidência, a qualidade do contexto e do tipo de facilitação necessário para garantir o êxito de um processo de mudança (RYCROFT-MALONE et al., 2002).

Evidência

Para muitos envolvidos nos movimentos da prática baseada em evidências, a evidência é igual à pesquisa. No entanto, várias fontes diferentes de conhecimento e informação precisam ser combinadas e usadas na tomada de decisão clínica ao lado do leito com o cliente. Propõe-se que as evidências na prática baseada em evidências sejam consideradas conhecimento derivado de uma variedade de fontes que foram submetidas a testes e que se mostraram confiáveis. A estrutura do PARIHS as identifica como pesquisa,

experiência clínica, experiência do cliente e dados / informações locais (RYCROFT-MALONE et al., 2004).

Rycroft-Malone (2004) argumenta que a implementação bem-sucedida é mais fácil de ocorrer quando a pesquisa e a experiência clínica e do paciente são consideradas evidências “altas”. Neste caso, alta inclui se, por exemplo, a pesquisa (qualitativa ou quantitativa) quando é bem concebida e conduzida e se existe um consenso sobre ela. No caso da experiência clínica, “alta” é a experiência que foi explicitada e verificada através de reflexão crítica e debate. A experiência do paciente é “alta” quando as preferências do paciente são usadas como parte do processo de tomada de decisão e quando as narrativas e experiências do paciente são vistas como uma fonte válida de evidências. Já os dados e informações locais que foram sistematicamente coletados e avaliados são considerados como “alto” e podem ser utilizados nos processos de tomada de decisão nos níveis individual e organizacional.

Contexto

O contexto em que a prática da saúde ocorre pode ser visto como infinito, pois ocorre em uma variedade de ambientes, comunidades e culturas que são todas influenciadas por fatores econômicos, sociais, políticos, fiscais, históricos e psicossociais. Na estrutura do PARIHS, o termo contexto é usado para se referir ao ambiente ou cenário em que as pessoas recebem serviços de saúde, ou no contexto de colocar em prática evidências de pesquisa, ou o ambiente no qual a mudança proposta deve ser implementada (KITSON; HARVEY; MACCORMACK, 1998).

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

evidências (WEST et al., 1999 apud RYCROFT-MALONE et al., 2004; DOPSON et al., 2002).

Facilitação

A facilitação é a maneira pela qual uma pessoa torna as coisas mais fáceis para os outros. Os facilitadores têm um papel fundamental a desempenhar para ajudar indivíduos e equipes a entender o que eles precisam mudar e como, de modo a aplicar evidências para a prática. Contudo, as atividades não estão apenas sobre o facilitador, elas devem ser compartilhadas entre todos os indivíduos da equipe (KITSON; HARVEY; MACCORMACK, 1998; HARVEY et al., 2002).

Para Rycroft-Malone e colaboradores (2002), os fatores que diferenciam o facilitador de outras funções são: é um papel nomeado em oposição ao de um líder de opinião que atua como um agente de mudança por meio de sua própria reputação e influência; pode ser interno ou externo à organização em que a mudança está sendo implementada; tem o papel de ajudar e permitir em vez de dizer ou persuadir; o foco da facilitação pode abranger um amplo espectro de efeitos que vão desde a prestação de ajuda para alcançar uma tarefa específica ao uso de métodos que permitem aos indivíduos e equipes rever suas atitudes, hábitos, habilidades, formas de pensar e trabalhar.

Após a avaliação do contexto, um aspecto a se considerar é que não se pode ter um grande número de pessoas para o grupo de facilitadores na pesquisa. Quanto maior o número de pessoas, maior a possibilidade de diferenças nos interesses entre eles (CIHR, 2015).

3.2.3 Prática Baseada em Evidências para a Melhoria da Qualidade

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

A Prática Baseada em Evidências para a Melhoria da Qualidade, no texto original *Evidence-Based Practice for Identification & Change* (EPIC), é uma abordagem multidimensional destinada a mudar a cultura organizacional e sustentar mudanças comportamentais é uma estratégia de KT interativa e multifacetada de melhoria contínua da qualidade, que pode ser adaptada para atingir os objetivos clínicos das unidades hospitalares (por exemplo, a introdução de uma nova ferramenta de avaliação para estabelecer precocemente o AM com a estabilidade do bebê como único critério), com base em dados locais (por exemplo, a auditoria dos prontuários dos pacientes), evidências (como uma revisão sistemática da amamentação no PT), e que envolva a colaboração de um pequeno grupo de destaque - profissionais de saúde interdisciplinar locais - como facilitadores (por exemplo: docente da enfermagem, agentes de melhoria da qualidade e equipe neonatal), implementação de estratégias, tais como sessões interativas de educação, lembretes e divulgação (LEE et al., 2009; STEVENS, 2009; STEVENS et al., 2013, 2014).

A estratégia EPIC, guiada pelo modelo PARIHS, foi originalmente desenvolvida por Lee et al. (2009) para reduzir a incidência de infecção nosocomial e displasia broncopulmonar em PT de 12 unidades neonatais canadenses e, posteriormente, adaptada por Stevens (2009), que implementou esta estratégia para a redução da lacuna entre a prática clínica e a evidência científica no manejo da dor em RN de 32 unidades neonatais canadenses, tendo também testado a fidelidade no processo de implementação e efetividade das estratégias de KT em diferentes contextos.

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

A estratégia EPIC é uma intervenção multifacetada e interativa de KT organizada em duas fases (fase de preparação e fase de identificação e implementação) que enfatizam a participação voluntária, o domínio e a responsabilidade dos profissionais nas atividades de KT com a finalidade de minimizar os desafios tão complexos e multifatoriais de amamentar um prematuro. Reúne evidência na literatura científica publicada (ex.: revisões

sistemáticas, etc.), identifica práticas específicas e de potenciais mudanças utilizando dados e informações do contexto local (ex.: dados basais em base de dados), e envolve a colaboração de profissionais de saúde, que facilitam a implementação de estratégias específicas utilizando técnicas de melhoria da qualidade (LEE et al., 2009; CRONIN et al., 2011).

Sendo assim, diante da proposta para a implementação de uma intervenção complexa como a IHAC-Neo, a EPIC foi uma das estratégias de escolha para a presente pesquisa.

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

- **fase de preparação** que enfatizam a participação voluntária, domínio e responsabilidade dos profissionais nas atividades de KT. Reúne evidência (ex.: revisões sistemáticas, etc.), identifica práticas potenciais de mudanças utilizando informação do contexto local (ex.: dados basais em base de dados), e envolve a colaboração de profissionais de saúde, que facilitam a implementação de estratégias específicas utilizando técnicas de melhoria da qualidade. Permite a customização de uma estratégia para melhorar a assistência, baseado em dados locais, evidência e envolvendo um pequeno grupo de líderes locais implementando estratégias, tais como sessões educativas interativas, lembretes e visitas educativas de sensibilização; decide-se pela mudança da prática. A fase de preparação envolve a formação voluntária do Conselho de Pesquisa e Prática (CPP), que estabelece um consenso sobre as práticas que requerem mudança, baseado nos dados basais das práticas atuais relacionadas à amamentação da unidade e melhor evidência científica, aqui sintetizada na IHAC-Neo;

- **fase de implementação e mudança** cujas principais ações resumem-se em: verificar o plano da mudança de prática – determinação e planejamento dos processos de intervenção e cronogramas para as metas (mudanças de práticas) estabelecidas; implementar a mudança desenvolvendo as ações planejadas e avaliação das estratégias da KT para melhorar as práticas do cuidado, monitorando a mudança dos processos ao longo do tempo.

O conhecimento científico de enfermagem tem potencial para melhorar os resultados de saúde e para avançar em tecnologias inovadoras no cuidado,

por isso é necessário acelerar a utilização dos resultados de pesquisa na prática e na formulação de políticas de saúde. Embora haja um crescente reconhecimento da necessidade de tornar os resultados de pesquisa acessíveis aos potenciais usuários, barreiras como a falta de tempo e a abundância de novas informações foram descritas (STRAUS et al., 2010; PEREIRA, 2013). Essa tendência é evidente em investigações de enfermagem e de serviços da saúde, nos quais não se tem medido esforços para disseminar achados científicos de forma mais efetiva e para adotar tomada de decisão baseada em evidência na prática clínica e na formulação de políticas (PEREIRA, 2013).

A intervenção da EPIC inclui o ciclo PDCA que é uma estratégia para melhoria contínua da qualidade que tem como objetivo garantir o alcance das metas necessárias à sobrevivência e ao crescimento das organizações. Abrange quatro etapas bem definidas, que expressam as ações a serem desenvolvidas para o alcance da melhoria contínua dos processos de trabalho, em que P, do inglês *plan*, significa planejar, definir metas e objetivos, documentar o que deve ser feito; D, do inglês *do*, significa desenvolver, fazer, executar as tarefas definidas; C, do inglês *check*, significa checar, verificar, conferir os resultados mediante o que fora planejado; e A, do inglês *act*, significa agir, viabilizar ações para corrigir ou prevenir possíveis problemas no alcance dos resultados planejados (Figura 2). Este método permite tornarem mais claros e mais ágeis os processos envolvidos na execução da gestão (BERNARDI et al., 2010).

Figura 2 – Ciclo PDCA (*Plan, Do, Check, Act*).

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

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

A filosofia do modelo diz que a maneira mais eficaz de fazer mudanças nos processos e resultados de cuidados de saúde é testar uma mudança relativamente pequena em um processo, aprender com ela e depois fazer outras mudanças para que o efeito cumulativo ao longo do tempo possa ser de grandes mudanças e melhorias. Repetir o ciclo de PDCA pode trazer-nos mais perto do objeto, geralmente ao perfeito funcionamento e ao resultado correto no final (MOEN; NORMAN, 2006; MARCELLUS; HARRISON, 2012; TAYLOR et al.; 2014).

3.2.4 A Sustentabilidade das intervenções

Postula-se que, enquanto quase US\$ 300 bilhões são gastos em pesquisa global, muito disso é desperdiçado por causa da implementação deficiente (GLASZIOU et al., 2014; AL-SHAHI SALMAN et al., 2014; IOANNIDIS et al., 2014; MOHER et al., 2015). Estudos demonstram que isso ocorre devido à falta de reflexão sobre a sustentabilidade de intervenções eficazes (TRICCO et al., 2016).

Evidências de revisões sistemáticas sugerem que numerosas intervenções de KT são eficazes (GRIMSHAW et al., 2012). Uma intervenção de KT é aquela que facilita a compreensão da pesquisa na prática. Quando as intervenções da KT são direcionadas ao nível do clínico, da organização ou do sistema de saúde, elas também podem ser consideradas intervenções científicas de implementação (GREENHALGH et al., 2004; GLASGOW; CHAMBERS, 2012). No entanto, poucas pesquisas foram feitas para examinar a sustentabilidade de longo prazo das intervenções após o término das implementações (CHAMBERS; CLASGOW; STANGE, 2013; DOYLE et al., 2013; CHAMBERS, 2015; PROCTOR, et al., 2015).

A sustentabilidade das intervenções KT é primordial para garantir a qualidade em longo prazo dos cuidados aos pacientes (McGLYNN et al., 2003; WANG et al., 2005; SCHEIRER, 2005; WILTSEY STIRMAN et al., 2012).

Alguns estudos sugerem que as intervenções de KT que não são sustentadas em longo prazo podem resultar em piores resultados para os pacientes (HAM et al., 2003; SCHEIRER, 2005; WILTSEY STIRMAN et al., 2012), tais como diminuição da qualidade do atendimento e qualidade de vida. Como tal, avaliar a sustentabilidade é cada vez mais importante no campo da KT (CHAMBERS, 2015; PROCTOR et al., 2015).

Estruturas para implementar intervenções de sustentabilidade, bem como para medir a sustentabilidade foram propostas (SIMPSON, 2011; CHAMBERS; CLASGOW; STANGE, 2013; DOYLE et al., 2013; SCHELL et al., 2013).

Chambers e colaboradores (2013) desenvolveram uma “Estrutura de Sustentabilidade Dinâmica” para sustentabilidade envolvendo “aprendizado contínuo e resolução de problemas, adaptação contínua de intervenções com

foco principal na adequação entre intervenções e contextos de múltiplos níveis e expectativas de melhoria contínua em oposição a resultados decrescentes ao longo do tempo.

Em estudo conduzido por Doyle e colaboradores (2013) foi feita uma avaliação formativa do Instituto Nacional de Serviços de Saúde para o Modelo de Sustentabilidade Inovação e Melhoria (SM), que forneceu informações sobre 10 fatores que podem melhorar a sustentabilidade para as equipes que estão implementando novas práticas em sua organização. Já Schell et al. (2013) desenvolveu um quadro de sustentabilidade específico para intervenções de saúde pública que inclui nove domínios que são essenciais para o sucesso.

Em uma revisão realizada por Tricco et al. (2016) relataram que a sustentabilidade da KT é um conceito relativamente novo para a pesquisa; encontraram poucos estudos que testaram intervenções de KT, relacionaram este resultado com várias razões, como a falta de financiamento ou a crença de que a sustentabilidade da KT não é a principal prioridade. Além disso, não identificaram quaisquer estudos que utilizassem uma estrutura para desenvolver, implementar ou medir a sustentabilidade das intervenções da KT.

Para garantir a longevidade da implementação, sugere-se que o planejamento para a sustentabilidade seja feito antes, quando as intervenções da KT estiverem sendo planejadas (GRAHAM et al., 2006). Em particular, teorias, modelos de processos e estruturas devem ser considerados quando se tenta desenvolver, implementar ou avaliar intervenções KT e sua sustentabilidade (TRICCO et al., 2016).

É plausível postular que, dependendo da natureza e do público-alvo da intervenção, o tipo de esforço de sustentabilidade pode ser diferente. Por exemplo, uma intervenção simples de KT em um ambiente clínico direcionado aos pacientes (como lembretes de pacientes) pode não exigir grandes esforços de sustentabilidade. No entanto, intervenções de KT mais complexas no nível da organização ou do sistema de saúde, como incentivos financeiros, podem exigir iniciativas de sustentabilidade mais abrangentes (TRICCO et al., 2016).

3.3 Local do Estudo

Trata-se de um hospital universitário do Sudeste Brasileiro, instituição esta destinada ao atendimento dos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS constituindo-se, também, em excelente espaço para a formação de profissionais na área da saúde. Inserido no SUS como referência terciária/quaternária, abrange uma população de, cerca de, quatro milhões de habitantes, atendendo a demanda da Diretoria Regional de Saúde XIII (DRSXIII) de uma cidade do interior do Estado de São Paulo, além das Diretorias Regionais de Saúde de mais três cidades, bem como outras regiões do Estado de São Paulo e até mesmo, de outros Estados e de outros países. Dispõe de 877 leitos hospitalares, sendo referência regional na assistência ao parto e neonato de risco. Desde dezembro de 2002 possui o título de Hospital Amigo da Criança (SÃO PAULO, 2015).

Com relação ao atendimento materno-infantil, a instituição no período do estudo apresentava 28 leitos de obstetrícia, sendo destes, 18 leitos de Alojamento Conjunto, 27 leitos de UCIN, 17 leitos em UTIN. A equipe multidisciplinar que atua no serviço é composta por 20 médicos pediatras, 20 enfermeiros, 23 técnicos de enfermagem, 81 auxiliares de enfermagem, 02 fisioterapeutas, 02 psicólogos, 01 fonoaudiólogo, 01 assistente social e 04 oficiais administrativos.

Possui ambulatorios de pré-natal de alto risco e de seguimento do PT. E conta ainda com um BLH.

O BLH do hospital foi criado em maio de 1976 com o objetivo de incentivar e apoiar o AM. Por designação da Secretaria de Estado da Saúde e reconhecimento da Rede Nacional de Bancos de Leite Humano é um Centro de Referência para os Bancos de Leite do Interior de São Paulo. Executa atividades de triagem, seleção de doadoras e coleta do excedente láctico das nutrízes. Também realiza o controle de qualidade do leite doado, processado e distribuído aos PT e neonatos doentes internados na instituição. Diariamente, em média, 30 RN recebem leite humano do BLH.

Como Centro de Referência também é responsável pelo treinamento, orientação e capacitação de recursos humanos. Dispondo de laboratório credenciado pelo Ministério da Saúde, desenvolve ainda pesquisas operacionais com prestação de consultoria técnica.

Como Centro de Incentivo ao AM, além de oferecer orientações preventivas e curativas na assistência às intercorrências mamárias do período lactacional, auxilia as mães no acerto das práticas para os períodos de amamentação. Em 2013, 2014 e 2015 o BLH do hospital recebeu o certificado de excelência em BLH "Categoria Ouro". Essa iniciativa é resultante de um convênio com a área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde.

Em 2009, o hospital recebeu o Selo de Qualidade Hospitalar do Programa de Qualidade Hospitalar (CQH). Em 2017, o programa Compromisso com a Qualidade Hospitalar conferiu a recertificação do selo de conformidade do programa "Compromisso com a Qualidade Hospitalar". O Programa CQH, mantido pela Associação Paulista de Medicina tem o objetivo de contribuir para a melhoria contínua da qualidade hospitalar. Estimula a participação e a autoavaliação e contém um componente educacional muito importante, que é o incentivo à mudança de atitudes e de comportamentos. Incentiva o trabalho coletivo, principalmente o de grupos multidisciplinares, no aprimoramento dos processos de atendimento. Para conquistar a recertificação, o hospital teve que mostrar que realiza todos os seus processos com o rigor e a segurança exigida pelas normas sanitárias e técnicas e pelas boas práticas assistenciais.

Em 2017, este hospital contabilizou uma média de 140,9 nascimentos/mês, totalizando 1691 nascimentos no ano, 28,2% deles PT. O número médio de partos normais foi de 71,6 por mês e um total de 860 no ano; com relação ao parto cesáreo a média de ocorrência mensal foi de 67,6, perfazendo um total de 812 no ano; já o parto fórceps teve uma média de 1,58 por mês perfazendo um total de 19 ao ano. O alto número de partos cesáreos e partos prematuros realizados pela instituição pode ser justificado pela característica do atendimento prestado. O hospital é referência das DRS, acima citadas, para o atendimento de gestantes e RN de alto risco, oferecendo assistência de alta complexidade.

O MC está implantado desde 2012, na 2ª etapa.

Na UCIN a entrada dos pais é permitida, sem restrições, já para os avós e irmãos acima de 10 anos a visita acontece às quartas-feiras e aos sábados das 16h às 17h, para os irmãos menores de 10 anos a visita é permitida, porém ela é agendada e acompanhada pela psicóloga da unidade.

Assim como na UCIN, na UTIN a entrada dos pais também é irrestrita, aos avós, a visita é permitida às quartas-feiras e sábados durante uma hora (das 16h - 17h). Já para os irmãos as visitas são programadas, sendo que para os menores de 12 anos a primeira visita é acompanhada pela psicóloga da unidade.

Os nascidos neste hospital contam com o Projeto Floresce uma Vida. Este projeto é o resultado do esforço de diferentes grupos de trabalho dentro da Secretaria Municipal da Saúde (Programa de Saúde da Criança, Saúde da Mulher, AM, Assistência Domiciliar, Divisão de Enfermagem, Divisão de Informática) em parceria com outras entidades (USP e hospitais), no sentido de direcionar atenção especial à saúde do RN.

O Floresce Uma Vida é um conjunto de ações desenvolvidas em várias instâncias, voltadas para o atendimento materno-infantil. Tem por objetivos: reduzir a mortalidade infantil no município e diminuir a incidência e a gravidade de deficiências em crianças menores de 1 ano; incentivar o AM e reduzir o desmame precoce; garantir e melhorar o atendimento de puericultura dos RN; identificar e viabilizar a busca ativa de RN de risco residentes no município; identificar distúrbios de desenvolvimento infantil.

No próprio hospital, as auxiliares de enfermagem do Projeto Floresce uma Vida, cadastram os RN no sistema de informatização da Rede Básica de Saúde da cidade, através dos dados contidos na Declaração de Nascidos Vivos; também já fazem o agendamento da criança para consulta médica e/ou de enfermagem na Unidade Básica de Saúde (UBS) mais próxima da residência da mãe, para no máximo 10 dias após o parto. Entregam para as mães o cartão de vacina da criança, contendo os dados do parto, o número de cadastro da criança e a data do agendamento na UBS.

Para todas as crianças que forem identificadas como sendo de risco, a auxiliar telefona para a UBS e informa sobre o nascimento e as condições desta, promovendo assim a vigilância e o acompanhamento da criança de risco o mais precocemente possível.

3.4 População e Amostra

- Equipe de Saúde / Corpo Clínico

Para avaliar o nível de adesão dos profissionais de saúde à estratégia IHAC-Neo e seus conhecimentos sobre práticas para a promoção, proteção e apoio ao AM do PT, foram estabelecidos como critérios de inclusão: vínculo efetivo com a instituição, atuação direta na assistência ao PT nas unidades neonatais, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, psicólogo, médicos residentes, terapeuta ocupacional, excluindo-se aqueles que estavam de férias ou licença.

Para os profissionais, a amostra foi calculada em 30% dos membros de cada equipe, com exceção as categorias profissionais existentes em número muito reduzido, as quais foram sorteadas 02 profissionais para participação no período anterior à implementação da IHAC-Neo (P1), um mês após o término da implementação (P2) e um ano após esse processo (P3). Assim, obteve-se um tamanho amostral de 41 profissionais distribuídos da seguinte forma: 22 auxiliares e técnicos de enfermagem, sendo que 12 exerciam suas atividades na UTIN, 09 na UCIN e 01 no BLH; 07 enfermeiras; sendo 04 da UTIN, 02 da UCIN e 01 do BLH, seis médicos contratados ou docentes, sendo 03 da UTIN, 01 da UCIN e 01 do Alojamento Conjunto (AC); quatro médicos residentes de pediatria e neonatologia, 01 fonoaudióloga e 01 assistente social.

Para a coleta dos dados basais (P1) a amostra foi sorteada dentre os profissionais existentes que atenderam aos critérios de inclusão, exceto as categorias profissionais existentes em número muito reduzidos das quais foram sorteadas 02 profissionais para participação nos três períodos da pesquisa.

No P2, um mês após intervenção, dos 41 integrantes da equipe entrevistados no P1, 09 foram substituídos, sendo eles: 02 enfermeiras, uma delas a gerente da equipe de enfermagem da UTIN, que foram transferidas para outros setores, 3 residentes que no momento do P2 já atuavam em áreas fora das unidades neonatais, 4 técnicos de enfermagem que 3 foram transferidos para outras áreas e 01 aposentou-se. Assim sendo, estes profissionais foram substituídos por seus pares, através de sorteios, obedecendo aos critérios de inclusão do P1, exceto a enfermeira gerente de equipe, que voluntariamente, aceitou participar.

No P3, um ano após a intervenção, dos 41 integrantes da equipe entrevistados no P2, somente 2 foram substituídos, sendo 01 enfermeira que

também era a gerente da equipe de enfermagem da UTIN que fora transferida para outra área e 01 técnica de enfermagem que aposentou-se, como no P2, estes profissionais foram substituídos por seus pares, através de sorteios, com exceção da gerente de equipe voluntariamente aceitou participar da pesquisa respondendo às questões específicas a ela realizadas pela entrevistadora a partir do instrumento de coleta.

- Mães dos prematuros

Para a coleta de dados o cálculo amostral do número de mães entrevistadas foi obtido através do programa de computador denominado *G Power analysis* 3.1, disponível gratuitamente no site <http://www.pscho.uni-duesseldorf.de/aap/projects/gpower/>. Utilizou-se um tamanho de efeito de 0,3, α : 5%, β : 80%, três grupos, com realização de três medidas e cinco variáveis controladas, obtendo-se assim um tamanho amostral de 21 mães de PT. Para avaliação da certificação da IHAC convencional, o Ministério da Saúde, (BRASIL, 2008) recomenda que sejam entrevistadas de 15 a 30 mães cujos filhos estejam internados em unidades neonatais. Sendo assim, a amostra do estudo atendeu tal recomendação.

Os **critérios de inclusão** das mães que foram entrevistadas para avaliar a percepção sobre a assistência oferecida pela equipe com base no cuidado centrado na família foram: ter capacidade cognitiva para responder aos questionários, desejo de amamentar e filho internado na unidade neonatal, com pelo menos 7 dias de internação de seu filho PT na UTIN e/ou UCIN e cujo bebê atendessem aos seguintes critérios: idade gestacional menor do que 37 semanas, internação na unidade neonatal nas primeiras 48 horas de vida; excluindo-se aquelas mães com contraindicação temporária ou definitiva para amamentar (ex.: HIV positivo/AIDS, Vírus linfotrópico da célula humana, sífilis e tuberculose sem tratamento etc.), e bebês com contraindicação para AM (ex.: fístula gastroesofágica, fenilcetonúria, galactosemia, etc.).

Para contemplar a diversidade de assistência e vivência materna, foram sorteadas 21 mães em cada um dos três períodos da pesquisa, assim distribuídas: 11 mães cujos filhos PT foram hospitalizados na UTIN e/ou UCIN cujas entrevistas foram ser realizadas preferencialmente na semana da alta do bebê; e 10 mães cujos bebês já receberam alta da unidade neonatal e as

entrevistas foram realizadas no ambulatório ou por telefone, em até 30 dias após a alta do PT. Em cada um dos períodos foram entrevistadas 21 mães.

3.5 Técnicas e instrumentos de coleta de dados

O nível de adesão é o resultado de como as mães veem a assistência recebida, como os profissionais entendem e executam as práticas de apoio, promoção e proteção ao AM e do que é observado no ambiente das unidades neonatais que apoiam, promovem e protegem o AM.

Para avaliar a adesão aos Dez Passos e Três Princípios do IHAC-Neo foi utilizado o instrumento *Neo-BFHI Assessment Toll*, originalmente desenvolvido no Canadá, contemplando as peculiaridades do PT e/ou RN gravemente doente e o contexto das unidades neonatais.

Sendo assim, foram realizadas entrevistas estruturadas com as mães dos PT, com os profissionais, observação não participante nas unidades neonatais e análise documental.

Também conhecida como entrevista diretiva, a entrevista estruturada, padronizada ou fechada, pode ser definida como aquela que contém perguntas fechadas, com um roteiro prévio e sem apresentar flexibilidade (MARCONI; LAKATOS, 2003; MANZINI, 2012). O roteiro é usado pelo entrevistador na mesma sequência em que foi elaborado (MANZINI, 2012). Busca-se obter dos entrevistados respostas às mesmas perguntas, permitindo que todas elas sejam comparadas e que as diferenças existentes reflitam as diferenças entre os respondentes e não nas perguntas (MARCONI; LAKATOS, 2003).

Na observação não participante, o pesquisador entra em contato com o grupo ou realidade a ser estudada, mas não se integra a ela. O observador tem o papel de espectador, presenciando os fatos, mas sem participar deles e sem se deixar envolver pelas situações. Porém, a observação é consciente, dirigida e ordenada para um fim determinado, com caráter sistemático (MARCONI; LAKATOS, 2003).

A análise documental é caracterizada pela fonte da coleta de dados, que inclui restritamente documentos, escritos ou não, constituindo-se fontes primárias de dados. Podem ser desde arquivos públicos, publicações administrativas, estatísticas, documentos de arquivos privados, ilustrações,

relatórios de pesquisas, protocolos, entre inúmeras outras fontes (MARCONI; LAKATOS, 2003).

O instrumento *Neo-BFHI Assessment Toll* é composto por questionários para as mães, para a equipe, os gerentes das unidades e o roteiro da observação. Este instrumento passou por teste-piloto em diversos países no mundo inclusive no Brasil, sendo também traduzido e adaptado transculturalmente para a língua portuguesa e, depois, transcrito para a plataforma *IForm e droidSurvei*, a fim de permitir que toda a coleta fosse realizada eletronicamente em um *tablete* ou celular. O projeto multicêntrico, que integra essa pesquisa, participou do teste piloto internacional para avaliar a versão deste instrumento e obteve-se a autorização do grupo de pesquisa para utilizá-lo na avaliação da implementação da IHAC-Neo nos hospitais brasileiros, incluindo o do presente estudo. Todos os instrumentos foram preenchidos pelos entrevistadores e todos aqueles que entraram em contato com o instrumento assinaram um acordo de confidencialidade, conforme solicitado pela autora do mesmo.

O instrumento possui de um a sete indicadores para cada um dos passos e princípios, sendo que cada indicador é mensurado por meio de uma ou duas questões (aberta ou semiestruturada) avaliada por profissionais da unidade (61 questões), mães de bebês internados em unidades neonatais (80 questões) e observador externo (21 questões) e documentação relacionada ao AM (46 questões); totalizando 230 questões. Há também um espaço para o entrevistador/observador anotar informações adicionais relevantes (HAIEK, 2012).

Esta ferramenta de avaliação é composta por quatro formulários, sendo: formulário para mães de bebês internados em unidades neonatais (80 questões); formulário para integrantes da equipe de saúde (61 questões); formulário para diretor/responsável pela unidade neonatal (22 questões); e formulário para observação da unidade neonatal (21 questões) e documentação relacionada ao AM (46 questões); totalizando 230 questões.

Consta de um arquivo no Excel com nove abas, sendo as duas primeiras introdutórias, as próximas três são de coleta de dados para cada perspectiva (equipe/mães/observação) e as outras três com os resultados. Para melhorar a comparabilidade, a formulação de perguntas que medem uma

determinada prática é similar para cada perspectiva. Cada pergunta e observação é seguida por um código de cores, sendo o verde para respostas compatíveis e amarelo para repostas incompatíveis, há também uma linha destinada a comentários que permite ao entrevistador / observador gravar respostas não listados, bem como registrar outra informação oferecida pelos entrevistados. Este procedimento resulta em cálculos de dados rápidos e representações gráficas.

Como citado anteriormente, para esta pesquisa foi criado um aplicativo para a coleta de dados, do qual durante a entrevista o entrevistador realiza as perguntas e seleciona o campo com a resposta fornecida pelo entrevistador. A entrevista pode ser realizada com o dispositivo móvel não conectado à internet, e após ser enviado via internet para um banco de dados, no qual as repostas são reenviadas ao pesquisador através das planilhas do Excel em modo de segurança - somente leitura.

Para caracterizar a amostra a equipe de saúde também foi utilizado um instrumento de coleta (Apêndice 1), no qual constavam informações sobre o sexo, estado civil, categoria profissional, tempo de formação, tempo de contratação na unidade e local de trabalho além do hospital estudado.

3.6 Coleta de dados

3.6.1 Entrevistas estruturadas com os profissionais e as mães dos PT

A coleta de dados realizou-se em três períodos distintos, P1 – antes da intervenção (coleta dos dados basais), P2 após a intervenção com a implementação da estratégia IHAC-Neo e P3 que se deu um ano após o término da intervenção, descritas a seguir.

Período 1 (P1) - antes da Implementação da IHAC-Neo

A coleta dos dados basais, antes da implementação da intervenção IHAC-Neo foi realizada no período de 11 de julho a 19 de setembro de 2014, este procedimento foi realizado pela pesquisadora responsável por este estudo e por uma doutoranda da área de enfermagem neonatal. Todas as perguntas

dirigidas aos profissionais, diretores e mães foram feitas pelo entrevistador, quem também preenchia o instrumento eletrônico no tablete, não permitindo acesso do participante às respostas do instrumento confidencial.

Os profissionais da equipe das unidades neonatais e BLH entrevistados foram previamente selecionados. A seleção ocorreu através do registro de frequência dos profissionais que foram disponibilizados pelos gestores de cada equipe após solicitação da pesquisadora, e a partir do registro de frequência em mãos foram excluídos os que estavam de férias e os que estavam afastados, e após foi procedido à randomização da amostra. Foram sorteados os membros das equipes médicas e de enfermagem. As categorias profissionais existentes em número muito reduzido foram sorteadas, com pelo menos um profissional de cada categoria para participação da coleta dos dados nos três períodos. Após a seleção os profissionais foram convidados a participar da entrevista, informados sobre os objetivos da pesquisa e os procedimentos de coleta de dados, risco e benefícios pela participação na pesquisa, confidencialidade e sigilo dos dados e a divulgações dos resultados, assim logo pós o esclarecimento, conforme a disponibilidade de cada um, a entrevista foi realizada após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 2). O profissional era entrevistado durante seu período de trabalho, em um local reservado. Caso o profissional não pudesse ser entrevistado naquele momento, o entrevistador combinava dia e horário mais adequados para sua realização. Caso algum sorteado não aceitasse participar, novo sorteio com reposição era realizado. As entrevistas ocorreram em sala reservada, com duração média de 30 minutos.

Para a coleta de dados com as mães que estavam com seus filhos internados em uma Unidade Neonatal, estas foram sorteadas entre as que fizeram parte da população e estavam mais próximas da alta hospitalar.

A pesquisadora fez um primeiro contato com a mãe, explicou os objetivos do projeto, os procedimentos de coleta de dados, risco e benefícios pela participação na pesquisa, confidencialidade e sigilo dos dados e a divulgações dos resultados, e marcou o melhor horário para que pudesse ser realizada a entrevista; pois muitas vezes essa mãe não estava internada para acompanhar seu filho e o momento em que estava na unidade neonatal geralmente o binômio estava em canguru, ou a mãe estava amamentando, vale

ressaltar neste momento que a maioria das mães faziam uso de transporte do município, e que no período da manhã chegavam às unidades por volta das 9 horas e ficam na unidade até às 11h30min quando então saiam para realizar suas refeições em um refeitório no mesmo andar. Após aceitar participar da pesquisa a mãe foi encaminhada para uma sala reservada, lhe foi esclarecido o TCLE (Apêndice3) e após a assinatura do mesmo deu-se início à entrevista que durou em média 40 minutos.

A coleta dos dados no pós-alta, ou seja, a entrevista das mães com filhos que nasceram PT e tiveram alta em até 30 dias efetuou-se por duas formas: presencialmente, no retorno no ambulatório do hospital (preferencialmente) ou por telefone.

Através do livro de registros de alta das unidades neonatais, foi possível ter acesso ao número do prontuário do RN e com o número do prontuário em mão, através do sistema informatizado do hospital pôde-se visualizar os retornos deste bebê. Como não se podia prever o número de altas que ocorreriam em determinado período, quando se iniciou o período de coleta de dados também se iniciou contato com as mães que atendiam aos critérios de inclusão e que seus filhos tinham tido alta hospitalar no máximo 30 dias antes da data do retorno no ambulatório.

Quando então no ambulatório a mãe foi localizada anunciando-se o nome da criança, foi feita a identificação da pesquisadora, e explicado para a mãe os objetivos da pesquisa, assim a mesma foi convidada a participar, após a leitura e assinatura do TCLE (Apêndice 3) a entrevista foi iniciada em um local mais reservado do ambulatório com duração média de 40 minutos.

No entanto, como não foi possível realizar as 10 entrevistas no ambulatório, por diversos motivos como mães que preferiam fazer acompanhamento no convênio, mães que residiam em outro domicílio e fariam o acompanhamento nas suas cidades e também por faltar no dia da consulta, e mães cujo retorno da criança estava marcado para um período maior que 30 dias após a alta hospitalar, foi necessária então a entrevista ser realizada via telefone. Pelo cadastro da criança tínhamos o telefone da mãe e optou-se por fazer a entrevista por telefone, da mãe que a criança teria o retorno em um período maior que 30 dias. Desta forma, após o contato telefônico foi feito a identificação da pesquisadora e explicado os objetivos da pesquisa seguido da

leitura do TCLE (Apêndice 3), após o aceite foi explicado à mãe que no próximo retorno que a criança tivesse no ambulatório a mãe seria procurada pela pesquisadora para que ela pudesse assinar o TCLE, assim posteriormente tivemos a assinatura de 100% dos TCLE. Iniciou-se então a entrevista com duração média de 30 minutos. Em caso de mães adolescentes, foi solicitada também a anuência do responsável legal.

Período 2 (P2) - um mês após a Implementação da IHAC-Neo

A coleta de dados no P2 foi iniciada um mês após a implementação da intervenção IHAC-Neo no período de 18 de maio a 09 de outubro de 2016.

Os profissionais da equipe das unidades neonatais e BLH que foram selecionados no P1 foram entrevistados no P2, no entanto, como já citado anteriormente dos 41 integrantes da equipe entrevistados no P1, 9 foram substituídos. Após novo sorteio entre seus pares, os novos selecionados foram convidados a participar da entrevista, informados sobre os objetivos da pesquisa e conforme a disponibilidade de cada um foi realizada a entrevista após a assinatura do TCLE (Apêndice 2). As entrevistas ocorreram em sala reservada, com duração média de 30 minutos.

Para a coleta de dados com as mães que estavam com seus filhos internados em uma Unidade Neonatal, procedeu-se como no P1, ou seja, estas foram sorteadas entre as que fizeram parte da população e estavam mais próximas da alta hospitalar.

Período 3 (P3) - um ano após a Implementação da IHAC-Neo

A coleta de dados no P3 foi realizada um ano após a implementação da intervenção IHAC-Neo no período de 06 de abril a 19 de julho de 2017.

No P3, um ano após a intervenção, como já relatado anteriormente, dos 41 integrantes da equipe entrevistados no P2, somente 2 foram substituídos, a novo sorteio entre seus pares, os novos selecionados foram convidados a participar da entrevista, informados sobre os objetivos da pesquisa e conforme a disponibilidade de cada um, foi realizada a entrevista após a assinatura do TCLE (Apêndice 2) As entrevistas ocorreram em sala reservada, com duração média de 35 minutos.

Para a coleta de dados com as mães que estavam com seus filhos internados em uma Unidade Neonatal, utilizamos o mesmo método de P1 e P2.

3.6.2 Observação não participante nas unidades neonatais

Foram realizadas observações nos três períodos nas UTIN, UCIN, Centro-Obstétrico e AC a fim de analisar a mudança do ambiente e das práticas de apoio ao AM do prematuro. Este levantamento foi realizado pela autora desta pesquisa e mais dois avaliadores externos (no P1) e um avaliador externo no P2 e P3, e todos receberam treinamento quanto à técnica de observação.

Em cada período da pesquisa foram realizadas três visitas às unidades neonatais em períodos diversos e as observadoras entraram em consenso para o preenchimento do instrumento da observação.

Verificou-se durante a observação das unidades, a exposição do resumo da política de AM para os integrantes da equipe e mães, redigida com linguagem de fácil entendimento, a permanência das mães, pais e/ou pessoas significativas da família na unidade, cadeiras perto de seus bebês, iluminação e ruídos do setor, existência (ou não) de instalações/espço e equipamentos adequados para fazer demonstrações do preparo de fórmulas infantis e outras opções alimentares fora das vistas de mães lactantes e a assistência prestada aos prematuros em aleitamento livre demanda e semidemanda.

No P1 as observações das unidades foram realizadas por três observadores externos, sendo que um dos observadores era avaliador da IHAC original, o que preservou a metodologia dessa coleta e garantiu a fidedignidade da avaliação, para esta observação foi utilizado o instrumento de observação da IHAC-Neo, que fora impresso e posteriormente digitado no instrumento eletrônico. Estas observações foram agendadas com a equipe com pelo menos 12 horas de antecedência. As observações foram realizadas por um tempo médio de 50 minutos.

As observações das unidades neonatais no P2 e P3 foram realizadas por dois observadores externos, preservando a metodologia da IHAC original, para esta observação como no P1 foi utilizado o instrumento de observação da IHAC-Neo, que fora impresso e posteriormente digitado no instrumento

eletrônico; as visitas para as observações também foram agendadas com a equipe com pelo menos 12 horas de antecedência. As observações foram realizadas por um tempo médio de 45 minutos.

3.6.3 Análise documental

A análise documental nos três períodos foi realizada pela pesquisadora principal auxiliada por uma doutoranda da área. Ocorreu em três dias, incluindo o contato com enfermeiras, médicos, residentes, gerentes das unidades e escriturários a fim de ter acesso a todos os documentos presentes nas unidades neonatais; a leitura e avaliação de todos os materiais identificados e o preenchimento do instrumento eletrônico conforme critérios estabelecidos por Haiek (2012).

Para a análise documental, foram levantados os documentos existentes e utilizados nesses locais como a política de AM da unidade e os protocolos vigentes, normas e rotinas, no P1, P2 e P3.

A política de AM vigente no P2 e P3 foi avaliada sobre a inclusão de orientações sobre como cada um dos Três Princípios Norteadores e Dez Passos e o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno. Os registros dos treinamentos realizados foram avaliados quanto ao seu conteúdo e número de participantes, os protocolos e rotinas foram avaliados segundo os princípios e critérios propostos na IHAC-Neo.

Outros materiais de orientações para gestantes e puérperas, como cartilhas de orientação sobre AM do prematuro, aleitamento materno, amamentação, lactação, incluindo ordenha manual e por bomba; também foram considerados informações por escrito disponíveis na unidade.

3.7 Análise dos dados coletados

Para avaliar a adesão e a manutenção às diretrizes da IHAC-Neo foram comparados os níveis de adesão geral aos Princípios Norteadores, por Passo, aos Dez Passos e ao Código, nos três períodos P1 (antes da implementação), P2 (após a implementação) e P3 (um ano após o término da implementação).

O método utilizado para compor o nível de adesão em cada período foi a triangulação dos dados, uma vez que se fez avaliação da mesma realidade por três grupos diferentes: equipe de saúde, mães e observação externa com análise documental, o que permite identificar discordâncias pelas diferentes perspectivas. O escore global dos Dez Passos é a somatória dos escores parciais; e o escore global dos Três Princípios também é a somatória dos escores dos Princípios 1, 2 e 3. Para obter-se o percentual de adesão multiplicou-se o escore obtido por 100, enquanto que o percentual de adesão global foi calculado pela média desses percentuais parciais. Os escores de adesão parcial e global dos Dez Passos, escores de adesão parciais e global dos Três Princípios Norteadores e o escore de adesão ao Código são fornecidos pela própria ferramenta de coleta eletrônica (HAIEK, 2012).

A tipologia da triangulação apresentada permite vislumbrar a realidade a partir de vários ângulos, com uma dinâmica de investigação que permite confluências, perguntas, dúvidas, numa discussão interativa e intersubjetiva na construção e análise dos dados (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005). Isto é relevante, porque os resultados são suscetíveis à parcialidade quando dependem de uma única fonte (HAIEK, 2012).

O escore final se dá após a triangulação dos dados, para tanto utilizaram-se os seguintes questionários: na perspectiva dos profissionais de saúde, foram dois questionários, sendo um para entrevistas com integrantes da equipe de saúde/corpo clínico, com 61 questões, e outro para entrevista com o diretor/responsável pelo estabelecimento de saúde com 22 questões; na perspectiva das mães de bebês internados em unidades neonatais, um questionário com 80 questões e, na perspectiva do avaliador externo, fez-se uso do questionário de observação da unidade neonatal, com 21 questões, e análise documental, com 47 questões, totalizando 231 questões.

Para construir o Índice de cumprimento parcial para cada um dos Dez Passos, um valor de 0 ou 1 ponto é atribuído a cada indicador com base no seu grau de execução, sendo que um valor de 0 mostra que o indicador não está completamente implementado e um valor de 1 aponta que o indicador está implementado. A pontuação é então calculada pela soma de todos os pontos atribuídos a cada indicador da etapa específica dividida pela quantidade

máxima de pontos que será acumulada se todos os indicadores da etapa forem completamente implementados (HAIEK, 2012).

O Quadro 1 expõe como é realizado o cálculo para o atingir o escore global de conformidade com a IHAC-Neo. O Escore Parcial de Conformidade é calculado através da relação do Total de cada condição / Máximo de pontos para aquela condição.

Para a construção dos escores parciais leva-se em consideração a perspectiva materna, da equipe de saúde e as perspectivas de observação e análise documental. Para cada escore tanto dos Passos quanto dos PN ou Código, cada uma das perspectivas tem peso diferente. Vale salientar também que em alguns passos e nos PN1 e PN2 considera-se apenas a perspectiva materna ou da equipe de saúde.

Quadro 1. Cálculo do escore global de conformidade para a IHAC-Neo.

	Score Parcial de Conformidade (Total de cada condição / Máximo de pontos)	Pontuação parcial máxima para cada PN	Total para cada PN	Máximo de pontos por cada PN	Pontos para a perspectiva da equipe de saúde	Máximo de pontos para a perspectiva da equipe de saúde	Pontos para a perspectiva materna	Máximo de pontos para a perspectiva materna	Pontos para as perspectivas de observação e análise documental	Máximo de pontos para as perspectivas de observação e análise documental
PN 1		1,00		6,00	NA	NA		5,00 (83%)		1,00 (17%)
PN 2		1,00		10,00	NA	NA		4,00 (40%)		6,00 (60%)
PN 3		1,00		8,00		3,00 (37,5%)		2,00 (25%)		3,00 (37,5%)
3 PN	Score de Conformidade para os Três PN (somatória dos escores parciais)					Pontuação Máxima para os Três PN				
						3,00				
	Score Parcial de Conformidade (Total de cada condição / Máximo de pontos)	Pontuação parcial máxima para cada condição	Total para cada condição	Máximo de ponto para cada condição	Pontos para a perspectiva da equipe de saúde	Máximo de pontos para a perspectiva da equipe de saúde	Pontos para a perspectiva materna	Máximo de pontos para a perspectiva materna	Pontos para as perspectivas de observação e revisão documental	Máximo de pontos para as perspectivas de observação e revisão documental
Passo 1		1,00		5,00	N/A	N/A	N/A	N/A		5,00 (100%)
Passo 2		1,00		14,00		5,00 (35,7%)	N/A	N/A		9,00 (64,3%)
Passo 3		1,00		5,00		2,00 (40%)	N/A	N/A		3,00 (60%)
Passo 4		1,00		10,00		3,00 (30%)		4,00 (40%)		3,00 (30%)
Passo 5		1,00		18,00		7,00 (38,9%)		7,00 (38,9%)		4,00 (22,2%)

Passo 6		1,00		9,00	N/A	N/A		4,00 (44,4%)		5,00 (55,6%)
Passo 7		1,00		8,00	N/A	N/A		4,00 (50%)		4,00 (50%)
Passo 8		1,00		7,00	N/A	N/A		2,00 (28,6%)		5,00 (71,4%)
Passo 9		1,00		13,00		4,00 (30,8%)		4,00 (30,8%)		5,00 (38,4%)
Passo 10		1,00		10,00		4,00 (40%)		3,00 (30%)		3,00 (30%)
10 Passos	Score de Conformidade para os 10 Passos (somatória dos escores parciais)					Pontuação Máxima para os Dez Passos				
						3,00				
	Score de conformidade para o Código (Pontos totais obtidos/ Total Máximo de Pontos)	Score Global Máximo para o Código	Total de Pontos para o Código	Máximo de pontos para o Código	Pontos para a perspectiva da equipe de saúde	Máximo de pontos para a perspectiva da equipe de saúde	Pontos para a perspectiva materna	Máximo de pontos para a perspectiva materna	Pontos para as perspectivas de observação e revisão documental	Máximo de pontos para as perspectivas de observação e revisão documental
Código		1,00		16,00		4,00 (25%)		3,00 (18,75%)		9,00 (56,25%)

O Princípio Norteador 1 (PN1) **“a atitude da equipe deve focar e responder às necessidades individuais de cada mãe no seu contexto”** - tem um valor máximo de pontos de 6,0, que 5,0 (83%) referem-se à perspectiva materna e 1,0 (17%) às perspectivas de observação e revisão documental, neste PN a não se aplica a perspectiva da equipe de saúde.

O Princípio Norteador 2 (PN2) **“todas as ações devem facilitar a abordagem do cuidado centrado na família”** - tem um valor máximo de pontos de 10,0 dos quais 4,0 (40%) consideram a perspectiva materna e 6,0 (60%) as perspectivas de observação e revisão documental. Como no PN1, o PN2 também não aplica a perspectiva da equipe de saúde.

O valor máximo de pontos para o Princípio Norteador 3 (PN3) **“assegurar a continuidade do cuidado entre os períodos pré, peri e pós-natal, bem como após a alta hospitalar”** - é de 8,0, neste PN 3,0 (37,5%) refere-se à perspectiva da equipe de saúde, 2,0 (25%) à perspectiva materna e 3,0 às perspectivas da observação e revisão documental.

O Passo 1 **“Ter uma política escrita que é rotineiramente comunicada para todos os profissionais de saúde”** - recebe uma pontuação máxima de 5,0, sendo que a totalidade de pontos consideram às perspectivas da revisão documental e observação.

O Passo 2 **“Educar e treinar todos os profissionais de saúde em conhecimentos específicos e nas habilidades necessárias para implementar essa política”** - por sua vez, tem uma pontuação máxima de 14,0, para este passo não foi considerado a perspectiva materna, sendo 5,0 (35,7%) referente à perspectiva da equipe de saúde e 9,0 (64,3%) às perspectiva de observação e revisão documental.

Por sua vez, o Passo 3 **“Informar todas as gestantes hospitalizadas com risco de nascimento PT ou criança doente sobre o manejo da lactação e amamentação, e os benefícios do AM”** - tem um valor máximo de pontos de 5,0, dos quais 2,0 (40%) correspondem à perspectiva da equipe de saúde e 3,0 (60%) às perspectivas da observação e revisão documental, neste passo para o calculo do valor máximo de pontos não se aplicou a perspectiva materna.

Já o Passo 4 **“Encorajar precocemente o contato pele-a-pele mãe-bebê de maneira contínua e prolongada (Cuidado Canguru)”** - o máximo de

pontos para esta condição é de 10,0 dos quais 3,0 (30%) referem-se à perspectiva da equipe de saúde, 4,0 (40%) referem-se à perspectiva materna e os 3,0 pontos restantes (30%) referem-se às perspectivas de observação e a revisão documental.

O Passo 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”** - tem um máximo de 18,0 pontos, dos quais as perspectivas da equipe de saúde e maternas recebem 7,0 pontos (38,9%) cada e as perspectivas da observação e revisão documental recebe 4,0 pontos (22,2%).

Aos Passos 6, 7 e 8 não se aplica a perspectiva da equipe de saúde, e seus pesos estão divididos da seguinte forma:

O Passo 6 **“Não oferecer alimentos ou outras bebidas que não seja leite humano aos RN, exceto se forem expressamente prescritas”** - tem um máximo de pontos de 9,0, destes 4,0 pontos (44,4%) referem-se à perspectiva materna e 5,0 pontos (55,6%) às perspectivas da observação e revisão documental.

Por sua vez o Passo 7 **“Permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia”** - possui uma pontuação máxima de 8,0 pontos, destes a perspectiva materna e observação e revisão documental recebem 4,0 pontos (50%) cada.

O Passo 8 **“Encorajar livre demanda ou, quando necessário, semidemanda de amamentação como uma estratégia transicional para PT ou bebês doentes”** - tem um máximo de pontos de 7,0, sendo que destes, 2,0 (28,6%) referem-se à perspectiva materna e 5,0 (71,4%) às perspectivas de observação e revisão documental.

A pontuação máxima para o Passo 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”** - é de 13 pontos, dos quais as perspectivas da equipe de saúde e materna recebem 4,0 pontos (30,8%) cada e as perspectivas da observação e revisão documental 5,0 pontos (38,4%).

O Passo 10 **“Preparar os pais para a continuidade do AM e assegurar acesso a grupos/serviços de apoio após a alta hospitalar”** - tem

um máximo de 10,0 pontos, destes 4,0 pontos (40%) referem-se à perspectiva da equipe de saúde, 3,0 pontos (30%) à perspectiva materna e 3,0 pontos (30%) às perspectivas da observação e revisão documental.

O **Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno** possui uma pontuação máxima de 16,0 pontos, assim distribuídos: 4,0 pontos (25%) para perspectiva da equipe de saúde, 3,0 pontos (18,75%) para perspectiva materna e 9,0 pontos (56,25%) para as perspectivas de observação e revisão documental.

O escore global de conformidade para os 3PN é a somatória dos Escores Parciais de Conformidade dos PN1, PN2 e PN3 e pode ter um valor máximo de 3,0 pontos.

Desta mesma forma é calculado o Escore Global para os Dez Passos, ou seja, ele é a somatória dos escores parciais de cada um dos 10 passos, e seu valor máximo pode chegar a 10,0 pontos.

Cada um dos PN, cada um dos Passos e o Código possuem critérios, que variam de 5 a 18, sendo que cada critério foi mensurado por meio de uma ou mais questões avaliadas de acordo com a pertinência, na perspectiva dos profissionais, das mães e do avaliador externo (HAIEK, 2012).

O instrumento apresenta um total de 144 critérios respondidos entre profissionais de saúde (21 indicadores), gerentes das unidades neonatais (10 indicadores), mãe de prematuros (45 indicadores, sendo três deles não obrigatórios) e os observadores externos, referindo-se à observação das unidades (21 indicadores) e revisão documental (47 indicadores, sendo dois deles não obrigatórios). Destes, 104 critérios compunham a adesão aos Dez Passos, sendo cinco deles não obrigatórios para pontuar a adesão; 24 critérios compunham a adesão aos Três Princípios Norteadores; e 16 critérios compunham o Código. Para a avaliação dos escores de adesão aos Dez Passos, Princípios Norteadores e Código, as perspectivas dos profissionais, mães e observador apresentam pesos diferentes e em alguns deles nem todos os critérios são pontuados, assim como demonstrado no quadro anexo (Anexo 1).

3.8 Aspectos éticos

Esta pesquisa é parte integrante do projeto multicêntrico, intitulado “Aleitamento materno em prematuros: impacto da IHAC para unidades neonatais”, financiado pelo Ministério da Saúde/Decit/CNPq/Fundação Bill & Melinda Gates, processo nº 401628/2013-2, coordenado pela Profa. Dra. Carmen Gracinda Silvan Scochi, projeto este que foi submetido à análise e à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente e foi aprovado sob parecer nº 553.935 e CAAE nº 23975813.7.1001.5393 (Anexo 2), atendendo aos aspectos éticos previstos na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012b).

Está e será mantido o sigilo e anonimato dos participantes, o esclarecimento dos objetivos do estudo, respeitando o desejo de participar e informando a possibilidade de desistência, sem qualquer ônus na assistência recebida. Foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para todos os participantes - profissionais de saúde e mães de PT internados nas unidades neonatais e, em todas as etapas. Em caso de mães adolescentes, foi também solicitada autorização e assinatura do responsável, em todas as etapas de coleta de dados.

4. Resultados

Os resultados estão apresentados da seguinte forma:

- 1) O processo de implementação da IHAC-Neo;
- 2) Caracterização dos profissionais, das mães e dos prematuros do estudo;
- 3) Adesão à IHAC-Neo antes, um mês após e um ano após a Implementação.

4.1 O processo de implementação da IHAC-Neo

O processo de implementação da IHAC-Neo foi complexo e por ser guiado pela estratégia *EPIC* se deu em duas fases.

A estratégia *EPIC* é organizada em duas fases que enfatizam a participação voluntária, domínio e responsabilidade dos profissionais de saúde nas atividades de KT (LEE et al., 2009). A fase de preparação envolve a formação voluntária do CPP, que estabelece um consenso sobre as práticas que requerem mudança, baseado nos dados basais das práticas atuais relacionadas à amamentação da unidade e melhor evidência científica, aqui sintetizada na IHAC-Neo.

Os membros do Conselho são aqueles que tomam a liderança e podem influenciar a mudança na prática (agentes de mudança), e possuem uma visão comum para a mudança. Na fase de Identificação e Implementação, os membros do conselho elaboram um plano para uma mudança da prática baseada no que foi acordado com a equipe, testam a mudança utilizando estratégias de KT (ex.: lembretes, intervenções educativas etc.), analisam os resultados e elaboraram um plano de ação baseado em um processo iterativo.

4.1.1 Fase 1 - Preparação

O estudo contou com uma equipe de cinco enfermeiras, sendo que destas duas eram docentes da EERP-USP, duas eram doutorandas da EERP-USP e um apoio técnico que, participaram de um *workshop*, no centro responsável pela pesquisa, juntamente com os demais centros participantes do projeto multicêntrico.

Ocorreram oficinas para capacitação das pesquisadoras do projeto em março de 2014, na EERP-USP, com carga horária total de 40 horas e o objetivo de apropriar as pesquisadoras sobre a intervenção IHAC-Neo e o marco teórico-metodológico KT. Também foram coordenadas capacitações específicas sobre a utilização dos instrumentos de coleta de dados, experiências foram trocadas e os objetivos da pesquisa foram alinhados.

Posteriormente, em novembro de 2014, recebemos a visita de enfermeiras estrangeiras, também pesquisadoras participantes da presente pesquisa, que tinham a *expertise* no marco teórico-metodológico adotado e na IHAC-Neo. Além de corrigir dúvidas referentes aos projetos, as enfermeiras convidadas puderam participar de uma reunião do CPP e também realizar duas capacitações *in loco* com a equipe sobre o manejo do início precoce da amamentação do prematuro e o uso de malhas específicas para o favorecimento do MC.

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

4.1.1.1 Formação do Conselho de Pesquisa Prática (CPP)

Para a formação do Conselho de Pesquisa Prática (CPP), nos meses de agosto e setembro de 2014 foram convidados os profissionais após indicação das chefias de Enfermagem e Neonatologia, dentre os profissionais que atuam na assistência neonatal (enfermeiros, médicos, fonoaudiólogos, psicólogos, auxiliares e técnicos de enfermagem, assistente social, terapeuta ocupacional e biomédicos) dos diferentes serviços: UTIN, UCIN, Ambulatório de Neonatologia e BLH. O convite para a participação na pesquisa foi oficializado pessoalmente, sempre por um dos pesquisadores. Além disso, foi encorajada a indicação voluntária de um membro da equipe de enfermagem que representasse a unidade, por turno, de acordo com a disponibilidade e interesse.

O CPP foi formado inicialmente por três médicos neonatologistas que atuam no AC, UTIN e UCIN; quatro enfermeiras que atuam na UTIN, UCIN, AC e Ambulatório de Neonatologia respectivamente, dois auxiliares de

enfermagem que atuam uma na UTIN e a outra na UCIN, uma fonoaudióloga que exerce suas atividades tanto na UTIN quanto na UCIN e uma biomédica que atua no BLH.

No decorrer do processo de implementação da intervenção, devido mudanças ocorridas dentro das Unidades Neonatais e na estrutura do hospital, surgiu a necessidade do CPP de convidar novos membros da equipe, bem como motivos externos fizeram com que a configuração do CPP alterasse, ficando o CPP constituído com os seguintes profissionais: três médicos neonatologistas (2 UTIN e 1 AC), sete enfermeiras (3 UCIN, 1 AC, 1 UTIN, 1 BLH, 1 Ambulatório), duas técnicas de enfermagem (1 UTIN, 1 UCIN), uma fonoaudióloga (UCIN), uma terapeuta ocupacional (UTIN) e uma biomédica (BLH).

Todos os integrantes do CPP foram capacitados para desenvolver as metas, localizar e interpretar as evidências disponíveis para basear as decisões na melhor evidência, além do método EPIC e das estratégias de KT. Para a capacitação do CPP foram realizados treinamentos em grupo e individuais quando houve necessidade. Os treinamentos foram conduzidos pelas pesquisadoras, realizados dentro do hospital, próximo às unidades neonatais; também foi realizado um curso de capacitação e sensibilização quanto aos Princípios e Passos da IHAC-Neo para os profissionais e os diretores das UN. Os participantes do CPP estavam dentro do seu período de trabalho, no entanto foram autorizados pelas suas chefias para saírem das unidades para a realização do treinamento. O treinamento teve uma duração de 6 horas, sendo estas divididas em quatro reuniões com duração média de 1 hora e 30 minutos cada.

4.1.1.2 Coleta de dados basais

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

- a) Prevalência de AM;

- b) Avaliação da adesão aos Dez Passos e Três Princípios Norteadores da IHAC-Neo com equipe, mãe, gestores, observadores e análise documental;
- c) Avaliação do contexto organizacional;
- d) Barreiras e facilitadores para a implementação da IHAC-Neo.

Os dados de prevalência foram objeto de estudo de outra pesquisa que avaliará os dados de todos os centros participantes e, portanto, não serão aqui apresentados.

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

- a) Maslah Burnout Inventory (MBI) – instrumento de 20 questões com respostas por grau de concordância (MASLACH; JACKSON; SCHWAB, 1996) (Anexo 3);
- b) Inventário de Valores Organizacionais (IVO) – questionário de 30 itens, com respostas por grau de concordância (TAMAYO; MENDES; PAZ, 2000) (Anexo 4).

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

Assim, o contexto foi avaliado a partir das anotações no diário de campo, cujos apontamentos eram resgatados a cada reunião do CPP.

4.1.1.3 Barreiras e facilitadores para a implementação da IHAC-Neo

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

Após os membros do CPP terem tomado conhecimento sobre as evidências da IHAC-Neo, do marco teórico-metodológico KT e serem

informados acerca dos dados basais da prática do AM e do contexto organizacional local, a próxima etapa proposta foi a aplicação do questionário que com base no estudo de Benoit e Semenik (2014) as categorias estrutura física ambiente, particularidades dos PT, recursos humanos, conhecimento e atitude da equipe, conhecimento e atitude dos pais, continuidade no apoio à amamentação e lactação, capacitação e educação da equipe, cuidado centrado na família foram analisadas pelos os integrantes do CPP e após eles descreveram as barreiras e facilitadores para cada dimensão para incentivar o AM na unidade neonatal. Tal construção está apresentada no Quadro2.

Quadro 2 – Barreiras e facilitadores para implementação da IHAC-Neo nas unidades neonatais. Hospital Universitário do Sudeste Brasileiro, Novembro, 2014.

CATEGORIAS	BARREIRAS	FACILITADORES
ESTRUTURA FÍSICA E AMBIENTE	<ul style="list-style-type: none"> Falta de sala específica para orientações às mães e à equipe; Espaço físico da unidade pequeno, não comporta mãe/pai adequadamente 24h; Ambiente altamente tecnológico – gera medo nos pais; Não ter local adequado para as mães dos prematuros ficarem e cadeira para o profissional acompanhar a mamada; Não respeito ao número de leitos, ficando muitas vezes, acima da capacidade da unidade; Excesso de luminosidade; Excesso de ruído; Falta de espaço físico e acompanhamento 24h para a realização de cuidado canguru; Inexistência de uma estrutura na UCIN e UTIN, que facilite e incentive o contato pele a pele para o prematuro; poltronas confortáveis ou um local com melhor acomodação; Sala de ordenha pequena, diante da demanda de mães; Porta da UTIN com acesso restrito às mães (só entra quem tem crachá). 	<ul style="list-style-type: none"> Livre acesso das mães (pais) às unidades (facilita a interação com a equipe que pode sempre reforçar as orientações; Com equipe humanizada o ambiente se torna acolhedor; Visitas não limitadas da mãe; Poltrona adequada e confortável para mães e pais; Estabelecer a hora do sono em um período da manhã e um período da tarde fechando janelas e diminuindo a quantidade de luminosidade; Encapar as tampas dos lixos com tecido ou borracha nas bordas; Sensibilização da equipe na tentativa dos próprios profissionais monitorarem uns aos outros com relação ao ruído / Estímulos visuais para reforço; Utilizar cadeiras confortáveis e reclináveis para realização do método canguru para maior acomodação dos pais; (Não acontecem no momento, mas se acontecessem seria um facilitador);

		<ul style="list-style-type: none"> Sala de coleta do BLH.
PARTICULARIDADES DOS PT	<ul style="list-style-type: none"> Prematuros extremos, de muito baixo peso ao nascer, instáveis, com dificuldade na evolução da dieta; Labilidade à manipulação; Instabilidade e falta de maturidade; Necessidade de uso de cateteres centrais, ventilação mecânica e muitas vezes drenos torácicos; Alta precoce das unidades neonatais (UTIN e UCIN) para liberar leitos; Na falta de LNO cru, nem sempre é possível oferecer LNO, sendo algumas vezes necessário oferecer fórmulas; Instabilidade limita o cuidado canguru. 	<ul style="list-style-type: none"> Visível necessidade de evolução da dieta e ganho de peso; Bebês recebem muito estímulo e ficam irritados e carentes, necessitando de contato pele-a-pele; Paciência e dar o tempo dele; Boa capacidade de adaptação ao colo dos pais.
RECURSOS HUMANOS	<ul style="list-style-type: none"> Relação enfermagem/paciente inadequado; Equipe de enfermagem com número defasado de profissionais; Equipe com funcionários com muitos anos de prática que são resistentes à mudança; Rotatividade dos funcionários (necessidade de treinamento constante); Rotatividade constante da equipe médica; Adequação do nº de funcionários no dia a dia; Número reduzido de funcionários para o cuidado do prematuro; Falta de tempo para colocar os pais no cuidado canguru; Funcionário do BLH 24h/dia; 7 dias da semana; Fonoaudiólogas em período integral; 7 dias/semana; Falta de pessoal e deste pessoal com experiência em AM; Número excessivo de pessoas em determinados períodos na unidade. 	<ul style="list-style-type: none"> Apoio Multidisciplinar; Envolver todos no apoio e continuidade da amamentação.
CONHECIMENTO E ATITUDE DA EQUIPE	<ul style="list-style-type: none"> Rotina extenuante do dia-a-dia; Falta de treinamento com 	<ul style="list-style-type: none"> Existência de funcionários envolvidos com a amamentação;

	<p>relação ao aleitamento materno para os funcionários novos;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pouco conhecimento de amamentação de prematuros; • Necessidade de treinamento de toda equipe com relação habilidades, apoio, promoção e proteção ao aleitamento materno de PT; • Não há equipe hábil nos cuidados técnicos; • Falta de conhecimento profundo dos benefícios do aleitamento materno para os prematuros; • Falta de conhecimento dos benefícios do cuidado-canguru com atitudes muitas vezes de colocação de empecilho; • Falta de humanização da equipe; • Dificuldade da equipe, tendo em vista a falta de consenso nas práticas relacionadas ao AM, em saber como manejar o AM, quando iniciar, qual a técnica; • Falta de conhecimento do corpo clínico relacionado às patologias e uso de drogas pelas mães dos RNs, e falta de comunicação para dizer se pode ou não haver o AM; • Falta de uma política ou um protocolo de AM que pudesse trazer uma independência no manejo do AM para toda a equipe; • Falta de apoio dos docentes para a real existência do manejo do aleitamento materno; • Falta de treinamento para todos os funcionários da UTIN, UCIN e AC com relação às rotinas da sala de ordenha; • Falta de tempo para orientações específicas AM, cuidado canguru. 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipe acolhedora; • Desde o médico e enfermagem estarem atentos e apoiar essa mãe perguntando como está a produção, se ela está tirando o leite e encaminhar para orientação; • Carinho pela família e pelo bebê, associado a um pouco de conhecimento.
CONHECIMENTO E ATITUDE DOS PAIS	<ul style="list-style-type: none"> • Baixo nível de escolaridade dos pais; • Influência negativa de 	<ul style="list-style-type: none"> • Poder participar do cuidado e exercer papel de pais;

	<ul style="list-style-type: none"> mitos; Falta de conhecimento relacionado à saúde do PT; Insegurança para exercer seu papel; Medo do desconhecido; Não ter área de conforto para os pais, residir fora de Ribeirão Preto; Medo de prejudicar o bebê; Nível de compreensão reduzido por parte de alguns pais; Complexidade das mães: possuem diferentes patologias, ingerem diversas drogas (medicamentos ou não). 	<ul style="list-style-type: none"> Confiança plena na equipe; Necessidade de obter informações / conhecimento, sobre os diversos assuntos que permeiam a vida de seus filhos; Conscientizar os pais sobre a evolução do PT e a importância de manter a lactação, toda a equipe; Vínculo com o bebê; Orientar os pais por meio de palestras com material lúdico; (Não acontecem no momento, mas se acontecessem seria um facilitador).
CONTINUIDADE NO APOIO À AMAMENTAÇÃO E LACTAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> Necessidade de leitos (alta precoce materna); Falta de casa de apoio; Achar que este papel cabe somente ao Banco de Leite; Dificuldade da mãe em manter a ordenha em casa; Falta de seguimento específico no pós-alta com relação à amamentação; Falta de consenso de todas as unidades com relação às orientações de lactação e amamentação; Falta de integração de todos os setores: ambulatório, alojamento conjunto, unidades neonatais e centro-obstétrico; Falta de um consenso nas práticas relacionadas ao aleitamento materno do PT entre o próprio corpo clínico e nas condutas escolhidas; Não há comunicação entre os diferentes locais por onde a mãe do PT percorre (ambulatório, CO, UTIN, UCIN e AC); Falta de informação durante o pré-natal com o grupo de gestantes; Falta de informação / apoio durante internação de gestantes de risco e durante seu período de permanência no CO e recuperação anestésica; Apoio precário da puérpera 	<ul style="list-style-type: none"> Diferentes equipes em cada unidade engajadas na amamentação; Se toda equipe estiver envolvida e consciente que este é o papel da enfermagem em geral, neste processo da amamentação; Presença do BLH e de pessoas aptas para orientar com vontade de ajudar na amamentação; Criar um ambulatório de seguimento voltado para a amamentação (Não acontece no momento, mas se acontecesse seria um facilitador); Presença de profissionais comprometidos em todo o percurso da gestante: CO, AC, UTIN, UCIN, para auxílio da puérpera e estímulo constante a manutenção de lactação e AM.

	durante o período inicial do pós-parto em relação a notícias do seu RN, ordenha e manutenção da lactação até que o RN possa iniciar ao seio materno.	
CAPACITAÇÃO E EDUCAÇÃO DA EQUIPE	<ul style="list-style-type: none"> • Indisponibilidade de tempo para deixar a unidade para participar de treinamentos devido falta de quantidade adequada de funcionários; • Nem todas participam de treinamentos. Deve ser obrigatório o treinamento quando é admitido na unidade. Treinamento composto por aulas teóricas e práticas; • Envolver desde o 1º escalão na conscientização e treinamento do processo de amamentação; • Treinamento deve ser um foco do processo de enfermagem; • Falta de tempo; • Insatisfação com o serviço; • Falta de treinamento continuado com o tema "Aleitamento Materno"; • Falta de treinamento da equipe com relação ao IHAC-Neo; • Falta de treinamento de pessoal, capacitação para saber lidar com a mãe e as questões do AM; • Haver consenso entre as equipes da UTIN e UCIN no que diz respeito ao uso de dedos de luva, sacarose e chupetas, no sentido de banalização ou real necessidade; • Falta de Educação Permanente e Treinamento contínuo da equipe de trabalho. 	<ul style="list-style-type: none"> • Possibilidade de reunir quantidade significativa de funcionários na unidade se treinamento no ambiente de trabalho; • Incentivo e reconhecimento para os profissionais que fazem a diferença; (Não acontece no momento, mas se acontecesse seria um facilitador); • Capacitação da equipe.
CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de soluções adequadas para problemas como transporte, outros filhos; • Não ter conforto para a família. Falta de alimentação, centrado só no almoço; • Falta de condições físicas para apoio à mãe e família 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio multidisciplinar; • Visitas são permitidas durante a visita médica; • Unidades abertas para os pais 24h/dia,

	durante o período de internação,	
--	-------------------------------------	--

Tendo em mãos as informações adquiridas durante a fase 1, os integrantes do CPP estavam preparados para iniciar a fase 2, quando começariam a estabelecer as estratégias potenciais para implementar a mudança das práticas para a realidade local.

4.1.2 Fase 2 - Implementação e Mudanças

Nesta fase os membros do CPP executavam um planeamento para uma mudança de prática baseado em evidências científicas para o AME do PT, de acordo com o contexto das unidades neonatais, testavam estas mudanças utilizando estratégias de KT, analisavam os resultados e efetuavam um plano de ação baseado em um processo iterativo com mudanças práticas conforme prioridade das unidades articuladas com uma meta coerente, factível e mensurável.

Somaram-se 48 encontros do CPP ao final do projeto, finalizado em abril de 2016. Todos os ciclos da EPIC em geral seguiram o mesmo processo, mas nem sempre o mesmo cronograma. Algumas práticas da IHAC-Neo foram determinadas e planeadas (Etapa *plan*), desenvolvidas e implementadas (Etapa *do*), avaliadas e monitoradas (Etapa *study*) e aprimoradas, revisadas ou, por algum forte motivo abandonadas (Etapa *act*).

4.1.2.1 Estabelecimento de metas e estratégias

Em dezembro de 2014 tiveram início os encontros periódicos com o CPP para estabelecimento de estratégias, visando à implementação da IHAC-Neo.

Foi proposto pelos membros que os encontros aconteceriam a cada 15 dias, e se houvesse necessidade poderiam acontecer semanalmente, com datas pré-agendadas, duração de 1h30min a no máximo 2 h, sempre no mesmo local, e que a cada encontro fosse enviado *e-mail* com antecedência de até 24 h para lembrete dos participantes. Contando com auxílio, benefícios e facilidades da mídia, formou-se um grupo para comunicação rápida e eficiente

por aplicativo no celular e na grande maioria das vezes a comunicação se dava via rede social. Esta estratégia tecnológica foi essencial para a adesão do grupo nos encontros presenciais. Durante todas as reuniões era servido um café da manhã para os integrantes do CPP, oferecido pelas pesquisadoras. O registro dos encontros era realizado por ata e as tomadas de decisões como as estratégias eram dispostas em quadros estruturados para melhor visualização.

Baseado na estratégia EPIC adotada no projeto, o CPP facilitou as mudanças desejadas na prática em quatro ciclo de intervenção, os ciclos tiveram duração média de 4 meses, totalizando quarenta e sete encontros, e no final de cada ciclo realizava-se a auditoria e *feedback*.

Destaca-se que em cada ciclo rápido foram implementados de um a três passos da IHAC-Neo, sendo a ordem de prioridade estabelecida pelo próprio CPP (Figura 3).

Figura 3 – Ciclos rápidos para implementação da IHAC-Neo em unidades neonatais de um hospital universitário da Região Sudeste do Brasil.

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

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

Destaca-se que as metas do CPP eram compartilhadas com os profissionais em cada turno, validando com os mesmos a possibilidade de atingir o que fora proposto.

Diversos canais de divulgação da intervenção foram utilizados: *banners*, *folders*, folhetos informativos, bótons e gráficos.

Para a implementação da intervenção IHAC-Neo nas unidades neonatais foram necessários quatro ciclos, que duraram de três a quatro meses cada um dos ciclos, sendo que alguns passos se estenderam pelos próximos ciclos. Os passos trabalhados em cada ciclo foram analisados e escolhidos pelos membros do CPP que assumiu a liderança no cumprimento dos passos para a implementação das mudanças. As reuniões presenciais do CPP ocorreram sempre no período de trabalho dos profissionais, com duração média de uma hora e trinta minutos. A pesquisadora e os facilitadores participaram das reuniões presenciais do CPP realizadas semanalmente ou quinzenalmente ao longo de 16 meses desta fase de implementação, para assessoria, treinamentos, *feedback* e recursos (facilitação).

Além das reuniões presenciais semanais ou quinzenais, o CPP e os facilitadores se comunicavam por meio de tecnologias virtuais a fim de agilizar o processo de implementação dos passos, tirar dúvidas e como meio de comunicação de novas atividades e notícias. A presença dos membros do CPP nas reuniões durante o processo de implementação foi variável uma vez que dependia diretamente do processo de trabalho nas unidades neonatais, vale ressaltar que apesar de chefias e equipes estarem cientes do processo de implementação, muitas vezes os membros do CPP não podiam deixar as unidades, pois a escala de trabalho ficaria desfalcada.

Assim sendo o primeiro ciclo teve início em dezembro de 2014 e o CPP decidiu, em consenso, trabalhar com os passos 1 (Ter uma política escrita de aleitamento materno que seja rotineiramente comunicada a todos da equipe de cuidados em saúde), 2 (Educação e treinamento de toda a equipe em conhecimentos e habilidades específicas necessários para implementar esta política) e 7 (Permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia). O Passo 1 foi discutido num total de seis reuniões e o Passo 2 foi trabalhado em 14 reuniões, as quais o CPP discutiu as metas, estratégias e planos de ação, prazos, indicadores e auditorias/*feedback* para o cumprimento da

implementação desses passos. O Passo 7 foi discutido em dez reuniões e transcorreu também durante os ciclos 2, 3 e 4 para a definição das metas e estratégias a serem implementadas no contexto das unidades neonatais.

O segundo ciclo começou em março de 2015 com a inclusão dos passos 3 (Informar todas as gestantes hospitalizadas em risco de um parto prematuro ou nascimento de bebê doente sobre o manejo da lactação e amamentação e os benefícios do AM), 4 (Encorajar o contato pele a pele mãe-bebê – método canguru – precoce, contínuo e prolongado sem restrições injustificáveis) e 9 (Usar alternativas que não a mamadeira até a amamentação estar bem estabelecida e somente usar chupetas e protetores de mamilos com razões justificáveis), além do *feedback* ao CPP das auditorias do Passo 2. Houve também a continuidade das discussões do Passo 7 neste ciclo pelo fato de o CPP não finalizar as discussões das metas e estratégias para a implementação desse passo. Cinco reuniões foram necessárias para as discussões do Passo 3, 17 reuniões para o Passos 4 e 18 reuniões para o Passo 9.

No terceiro ciclo, iniciado em setembro de 2015, houve a necessidade de continuar trabalhando os passos 7 e 9 que ainda não haviam atingido as metas pactuada e iniciar as discussões sobre os passos 5 (Apresentar às mães como iniciar e manter a lactação e estabelecer precocemente a amamentação com a estabilidade do bebê como único critério) e 8 (Encorajar a amamentação por livre demanda ou, quando necessária, a alimentação em semidemanda como estratégia de transição para prematuros e bebês doentes). O Passo 5 foi discutido em oito reuniões, o Passo 8 em onze reuniões, além dos *feedbacks* aos membros do CPP das auditorias dos passos 2 e 4.

O quarto e último ciclo iniciou em outubro de 2015 com a inclusão dos passos 6 (Não oferecer ao RN nenhum outro alimento ou líquido a não ser o leite materno, ao menos que indicado pelo médico) e 10 (Preparar os pais para continuar a amamentação e assegurar acesso aos serviços/grupos de apoio após a alta hospitalar). Os passos que não foram pactuados metas nos ciclos anteriores, também foram trabalhados neste ciclo, bem como as auditorias e *feedbacks*. Assim, o Passo 6 foi discutido em três reuniões e o Passo 10 em oito reuniões.

O término do processo de implementação se deu em 07 de abril de 2016, com todos os Dez Passos discutidos, pactuados metas e estratégias para sua implementação e ações concluídas ou em andamento para a implementação nas unidades neonatais. Após esta data, foram realizadas auditorias para a finalização dos indicadores preestabelecidos e para analisar o cumprimento ou não da implementação dos passos.

Durante as reuniões, os passos menos trabalhados pelo CPP foram o Passo 6, com apenas três reuniões sobre este tema, o Passo 3 com cinco reuniões e o Passo 1 com seis reuniões em que foi discutido as políticas escritas sobre a IHAC-Neo. A maioria dos Passos: 9, 4, 2 e 8 foram os mais discutidos durante a implementação da IHAC-Neo, os quais foram trabalhados com maior regularidade em 18, 17, 14 e 11 reuniões, respectivamente discutidos várias vezes durante os ciclos ou até mesmo após finalizar o ciclo nele contido. O Passo 7 foi discutido em dez reuniões e os Passos 5 e 10 foram discutidos num total de oito reuniões.

4.1.2.2 Auditoria e *feedback*

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

Após cada meta definida nos ciclos determinados, os pesquisadores/facilitadores coletaram os indicadores de qualidade previamente pactuados e os resultados foram analisados e compartilhados com o CPP, que decidiram se permaneciam com a mesma meta ou elaboravam uma nova meta, bem como aprimoravam estratégias, até que os objetivos fossem atingidos. As metas estabelecidas precisavam especificar as variáveis de interesse, os resultados esperados, os prazos correspondentes e as abordagens/formas de mensuração e avaliação.

Em alguns passos foi possível realizar várias auditorias durante e após a implementação do passo. Outros apenas uma vez ao final da implementação para verificação se a meta havia sido atingida. A duração de cada auditoria variava de acordo com o indicador escolhido. Como a auditoria ocorria no curso da implementação do passo, se necessário, novos direcionamentos eram

estabelecidos e condutas tomadas. Após dois meses do fim das atividades do CPP (junho de 2016), os facilitadores do processo coletaram novamente todos os indicadores das metas pactuadas dos Dez Passos a fim de analisar o cumprimento final das metas estabelecidas.

A seguir nos Quadros 3, 4,5 e 6 apresentamos os quatro ciclos e respectivos passos que foram sendo construídos no CPP ao longo da implementação, contendo as metas, estratégias e os resultados das auditorias de cada passo.

Quadro 3 – Descrição detalhada das metas, ações de mudança para a prática, indicadores e resultados no Ciclo 1 (passos 1, 2 e 7) para implementação da IHAC-Neo nas unidades neonatais. Hospital Universitário do Sudeste Brasileiro, Julho 2016.

PASSO	METAS	AÇÕES	INDICADOR	RESULTADO
1	Meta: Escrever, aprovar e divulgar uma política baseada nos três princípios e 10 passos da IHAC-Neo.	<ul style="list-style-type: none"> - Reuniões extraordinárias com todo o grupo fora dos encontros do CPP para a redação desta política. - Cartazes com o resumo da política anexado no AC, UCIN, UTIN, CO, BLH em locais visíveis e de grande circulação de pessoas. 	<p>Indicador Visualização da política resumida nas UN.</p> <p>Como foi coletado? Visualização da política no CO, UCIN, UTIN, AL e BLH.</p>	Meta 100% atingida
2	<p>Meta 1: Treinar 50% dos funcionários (equipe médica e residentes, incluindo a Ginecologia e Obstetrícia (GO), enfermagem, fisioterapeutas, fonoaudiólogas, psicólogos, terapeuta ocupacional, equipe do BLH e escriturários) para a IHAC-Neo.</p> <p>Nova meta após cumprir Meta 1:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sessão didática individual e grupal com apresentação dos princípios, passos e política pronta para a equipe multiprofissional por meio de um treinamento presencial. - Confecção de um folheto impresso para distribuir aos funcionários durante o treinamento, contendo os Três princípios, os Dez passos e um breve histórico da IHAC-Neo. - Confecção e distribuição dos bôtons do projeto IHAC-Neo para os funcionários <p>Nova meta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apresentação de dados sobre as categorias menos treinadas para os membros do C PP e divisão de tarefas entre eles para o treinamento. 	<p>Porcentagem atingida de pessoas treinadas a partir da análise da porcentagem do número de funcionários que assinaram a lista de realização do treinamento:</p> <p>Nº pessoas que receberam o treinamento IHAC-Neo (assinatura) / Nº total de pessoas que deveriam receber o treinamento X 100.</p> <p>% de funcionários que receberam o folder (idem nº pessoas treinadas).</p> <p>Como foi coletado? Assinatura dos profissionais presentes na lista de presença.</p>	<p>1ª Auditoria (A1): 55 (14,7n%)</p> <p>2ª Auditoria (A2): 126 (33,8%)</p> <p>3ª Auditoria (A3): 160 (42,9%)</p> <p>4ª Auditoria (A4): 189 (50,7%)</p> <p>A1: 54,9%</p> <p>A2: 60,9%</p>

	Aumentar em 5% o número de treinados em 01 mês, ou seja, treinar 55% de todos os funcionários para a IHAC-Neo no prazo de 01 mês.	- Enfermeira do ambulatório ajudará no treinamento dos residentes que passarem no ambulatório.		
7	Meta 1: 100% das mães entrevistadas com seus prematuros internados em uma unidade neonatal informam que foram orientadas quanto a permanência irrestrita nas unidades 24h/dia, 7 dias/semana.	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar todas as mães quanto a permanência irrestrita nas unidades 24h/dia, 7 dias/semana, preferencialmente no momento da admissão do bebê na unidade. - Reforçar estas orientações durante grupo de mães realizado pelas alunas do projeto de extensão da EERP-USP. 	<p>Nº mães de PT internados nas unidades neonatais que relataram terem sido informadas quanto sua permanência irrestrita / nº total de mães de PT internados entrevistadas x 100.</p> <p>Como o dado foi coletado? Dados coletados perguntando às mães de PT internados, em um dia qualquer, quantas foram orientadas sobre sua permanência irrestrita.</p>	<p>A1: 100%</p> <p>A2: 100%</p> <p>A3: 100%</p>
	Meta 2: Aumentar a permanência dos pais no hospital em 1h/dia	<ul style="list-style-type: none"> - Fazer diagnóstico situacional para verificar média da permanência dos pais no hospital (h/dia). - Ter local adequado para mãe permanecer/descansar no hospital - Oferecer cadeira confortável para mãe/pai, durante sua permanência na unidade neonatal. - Garantir alimentação para as mães durante todo o período de permanência nas unidades neonatais. 	<p>Somatória do nº de horas da permanência de alguns pais no hospital em um mês/ nº de dias do mês.</p> <p>Como o dado foi coletado? Dados de quatro bebês aleatórios, coletados no sistema de controle de visitas – entrada e saída da catraca.</p>	<p>Diagnóstico situacional: 4h5min</p> <p>A1: 5h23min Meta atingida</p> <p>A2: 5h40min</p>
	Meta 3: 80% das mães entrevistadas com seus filhos PT internados em unidades neonatais informam que	- Inclusão das mães, principalmente as que estão com bebês na UCIN, nos cuidados com seus filhos.	Nº mães de prematuros internados nas unidades neonatais que foram informadas	<p>A1: 90%</p> <p>A2: 83,3%</p>

foram orientadas que podem oferecer algum cuidado aos seus bebês.	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar todas as mães quanto à importância e a possibilidade de oferecer cuidados aos seus filhos durante toda a internação (trocar fralda, higiene oral, ocular, do períneo, administração de dieta, entre outros). - Reforçar estas orientações durante grupo de mães realizado pelas alunas do projeto de extensão da EERP-USP. 	<p>quanto possibilidade de oferecer cuidados / n° total de mães de PT internados entrevistadas x 100.</p> <p>Como o dado foi coletado? Dados coletados perguntando às mães de PT internados, em um dia qualquer, quantas foram orientadas sobre possibilidade de oferecer cuidados ao seu filho.</p>	A3: 100%
---	--	---	-----------------

Quadro 4 – Descrição detalhada das metas, ações de mudança para a prática, indicadores e resultados no Ciclo 2 (passos 3, 4 e 9) para implementação da IHAC-Neo nas unidades neonatais. Hospital Universitário do Sudeste Brasileiro, Julho 2016.

PASSO	METAS	AÇÕES	INDICADOR	RESULTADO
3	Meta: 80% das gestantes de alto risco internadas sejam informadas sobre AM e lactação	<ul style="list-style-type: none"> - Adequação das orientações realizadas pela enfermeira no ambulatório, com o conteúdo da IHAC-Neo (AM em PT e bebês doentes). - Sessão educativa (individual ou em grupo) para gestantes de alto risco sobre aleitamento materno durante internação de maneira mais individualizada. 	<p>Nº gestantes internadas que foram informadas sobre AM e lactação / n° total de gestantes internadas x 100.</p> <p>Como o dado foi coletado? Dados coletados perguntando às gestantes internadas na enfermaria, em um dia qualquer, quantas foram orientadas sobre AM e lactação.</p>	<p>A1: 85,7%</p> <p>A2: 90%</p> <p>A3: 100%</p> <p>A4: 100%</p>
4	Meta 1: Aumentar em 10% o número de PT colocados em contato pele-a-pele dentre aqueles com indicação e que as mães estejam presentes.	- Diagnóstico situacional sobre a quantidade de cangurus realizados quando as mães de PT estão presentes nas UN. Foi realizado na UTIN e UCIN por cerca de duas	Nº mães de PT com indicação fazendo contato pele a pele / n° total de mães de PT com indicação presentes nas unidades neonatais em um	<p>Diagnóstico situacional: 70%</p> <p>A1: UTIN: 83,9%</p>

	<p>semanas a fim de estabelecer meta mais factível.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensibilização dos funcionários de todas as categorias profissionais para a importância e realização do método canguru (2 capacitações realizadas em outubro 2015). - Confecção de lembretes com desenho de canguru para identificar bebês internados que tem indicação do contato pele a pele (fixados nas incubadoras e berços). - Orientação das mães sensibilizando sobre a importância do método canguru. Foi feito individualmente para cada mãe e através de um banner na UTIN e um na UCIN encorajando o método canguru. - Reforço das orientações e importância do contato pele a pele com as mães pelas alunas do projeto de extensão da EERP-USP. - Início da rotina de incluir dados sobre a realização do método canguru durante as passagens de plantão médicas, de enfermagem e de outros profissionais. - Eleger uma funcionária da unidade neonatal para ser a “motivadora” da realização do método canguru dentro da equipe. 	<p>determinado período x 100</p> <p>Como o dado foi coletado?</p> <p>Dados coletados em vários períodos aleatórios contabilizando apenas mães presentes nas unidades neonatais e de PT que tinham indicação de contato pele a pele – estáveis.</p>	<p>UCIN: 21,6%</p> <p>UTIN + UCIN: 52,7%</p> <p>A2:</p> <p>UTIN: 83,9%</p> <p>UCIN: 88,7%</p> <p>UTIN + UCIN: 86,3%</p> <p>A3:</p> <p>UTIN: 29,6%</p> <p>UCIN: não registrado dados</p> <p>A4:</p> <p>UTIN: 46,5%</p> <p>UCIN: 50%</p> <p>UTIN+UCIN: 48,25%</p>
--	---	---	--

	<p>Meta 2: Facilitar o registro no prontuário eletrônico da realização MC nas UN.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Incluir uma coluna no sistema eletrônico de monitorização de sinais vitais dos bebês para facilitar registro - Informação a toda equipe de saúde da UTIN e UCIN sobre a nova maneira de registro do contato pele a pele pelo sistema através de boletim informativo. 	<p>Verificar a existência do sistema eletrônico de registro do hospital.</p>	<p>A1: Inclusão do registro eletrônico do MC.</p> <p>A2: Manutenção do sistema eletrônico para registro do MC.</p>
9	<p>Meta 1: Abolir o uso do dedo de luva nas unidades neonatais e usar chupetas apenas em casos com indicação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Articulação com grupo de estudos da neonatologia para tomada de decisão em conjunto com a equipe médica sobre a proibição do dedo de luva e o uso da chupeta em PT. - Elaboração e aprovação de um protocolo e fluxograma para a tomada de decisão para o uso da chupeta em PT. 	<p>Número de PT internados que usaram dedo de luva em determinado turno/ Número total de PT internados x 100</p> <p>Como o dado foi coletado?</p> <p>Realizado visitas surpresas na UTIN e UCIN durante vários dias e em todos os turnos a fim de identificar o uso de dedos de luvas.</p>	<p>A1: 1 caso.</p> <p>A2: 1 caso</p> <p>A3: 0 casos.</p> <p>A4: 0 casos.</p>
	<p>Meta 2: Capacitar 60% da equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem) das unidades neonatais (UCIN e AC) quanto à translactação/relactação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Escrever um protocolo para a translactação - Aplicar questionário para identificar conhecimentos da equipe sobre a translactação antes da capacitação. - Realizar a capacitação para funcionários da UCIN e AC sobre translactação/relactação. 	<p>Nº profissionais de enfermagem capacitados em translactação / nº total de profissionais de enfermagem da UCIN e AC x 100.</p> <p>Como o dado foi coletado?</p> <p>Dados coletados conforme lista de assinatura dos profissionais que fizeram o treinamento.</p>	<p>A1: 76%</p> <p>A2: 78%</p> <p>A3: 86,3%</p>

Quadro 5 – Descrição detalhada das metas, ações de mudança para a prática, indicadores e resultados no Ciclo 3 (passos 5 e 8) para implementação da IHAC-Neo nas unidades neonatais. Hospital Universitário do Sudeste Brasileiro, Julho 2016.

PASSO	METAS	AÇÕES	INDICADOR	RESULTADO
5	<p>Meta 1: 80% das mães entrevistadas com filhos internados em uma unidade neonatal e sem contraindicação ao AM informarem que foram orientadas quanto à manutenção da lactação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar todas as mães quanto a importância da manutenção da lactação até seu filho começar a sugar efetivamente. - Reforçar estas orientações durante grupo de mães realizado pelas alunas do projeto de extensão da EERP-USP. 	<p>Nº de mãe entrevistadas com filhos internados e sem contraindicação ao AM que informam estar orientadas quanto à manutenção da lactação / Nº total de mães entrevistadas com filhos internados e sem contraindicação ao AM x 100.</p> <p>Como o dado foi coletado? Coleta realizada em dias e períodos aleatórios, perguntando às mães presentes sobre orientações recebidas.</p>	<p>A1: 100%</p> <p>A2: 100%</p> <p>A3: 100%</p>
	<p>Meta 2: 80% das mães entrevistadas com filhos internados em UN, sem contraindicação ao AM, informem que alguém da equipe se ofereceu para ensiná-la a extrair o leite com as próprias mãos (seis ou mais vezes em 24 horas) para manter a lactação em algum momento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar todas as mães quanto à importância da extração manual do leite. - Encaminhar todas as mães que irão amamentar ao banco de leite humano para estas orientações práticas. - Reforçar estas orientações durante grupo de mães realizado pelas alunas do projeto de extensão da EERP-USP. 	<p>Nº de mãe entrevistadas com filhos internados e sem contraindicação ao AM que informam que alguém ensinou a extrair o leite / Nº total de mães entrevistadas com filhos internados e sem contraindicação ao AM x 100.</p> <p>Como o dado foi coletado? Coleta realizada em dias e períodos aleatórios, perguntando às mães presentes sobre a</p>	<p>A1: 94%</p> <p>A2: 100%</p> <p>A3: 87,5%</p>

<p>Meta 3: Diminuir em 1 semana o início da amamentação em RN nascidos com IG$\geq$30 e estáveis .</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico situacional sobre a idade gestacional corrigida em que o PT inicia a alimentação em seio materno. - Discussão do protocolo CMV de acordo com dados de início da amamentação para estabelecer meta. - Reunião com fonoaudiólogas e enfermeiras da UCIN para entrar em consenso sobre início da amamentação em PTs. <p>Meta focada nos RN nascidos com IGC $\geq$ 30 semanas devido protocolo do CMV.</p>	<p>orientação da extração do leite.</p> <p>A somatória da IGC do prematuro (nascido com $\geq$ 30 semanas e estáveis) no primeiro contato com o peito / número total de PTs $\geq$30 semanas estáveis.</p> <p>Como o dado foi coletado? Média de idade gestacional corrigida do primeiro contato ao peito.</p>	<p>Diagnóstico situacional: 34s</p> <p>A1: 35s 1d</p> <p>A2: 35s2d</p> <p>Meta não atingida</p>
<p>Meta: 60% dos bebês internados na UCIN em livre demanda e/ou semidemanda</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Discussão do protocolo CMV de acordo com dados de início da amamentação para estabelecer meta. 	<p>Nº de PT fora do protocolo do CMV e em livre demanda ou semidemanda / nº total de PT fora do protocolo do CMV (excluindo aqueles em jejum).</p> <p>Como o dado foi coletado: avaliar em um dia aleatório a alimentação dos prematuros internados na UCIN e que estejam fora do protocolo do CMV, de acordo com os registros de enfermagem (tipo e técnica de alimentação).</p>	<p>A1: 28,6%</p> <p>A2: 62,5%</p>

Quadro 6 – Descrição detalhada das metas, ações de mudança para a prática, indicadores e resultados no Ciclo 4 (passos 6 e 10) para implementação da IHAC-Neo nas unidades neonatais. Hospital Universitário do Sudeste Brasileiro, Julho 2016.

PASSO	METAS	AÇÕES	INDICADOR	RESULTADO
6	Meta: 60% das complementações com leite artificial no AC sejam prescritas por razões justificáveis.	<ul style="list-style-type: none"> - Discussão de ações que diminuiriam a visualização/exposição de mamadeiras nas UN, quando são necessárias. - Discutir com chefia médica a retomada da construção de protocolo de complementação - Estabelecer no sistema de prescrição médica, campo de justificativa da complementação para ser liberada a prescrição do complemento. - Estabelecer com equipe multidisciplinar, as razões justificáveis para complementação. - Divulgar protocolo de complementação com toda equipe. 	<p>Nº de prescrições médicas de complemento com leite artificial no AC com razões justificáveis / Nº total de prescrições médicas de complemento com leite artificial no AC.</p> <p>Como o dado foi coletado: analisado alguns dias as prescrições médicas e avaliado razões justificáveis da complementação conforme critérios estabelecidos.</p>	<p>A1: 100%</p> <p>A2: 100%</p> <p>A3: 100%</p>
10	Meta 1: Estabelecer um ambulatório de amamentação para atendimento do PT após a alta hospitalar.	<ul style="list-style-type: none"> - Articulação com equipe médica e do ambulatório para conseguir estabelecer um ambulatório de amamentação no HC Criança. - Obtenção de espaço físico e recursos humanos para o 	Ocorrer atendimentos no ambulatório de amamentação de prematuros.	A1: Meta não atingida. Devido ao não funcionamento do ambulatório.

Meta 2: 80% dos prematuros que foram internados em uma unidade neonatal e saíram em AME ou AM, serem atendidos em até 72 horas após sua alta hospitalar no ambulatório de amamentação.	<p>ambulatório de amamentação no HC Criança.</p> <p>-Estabelecer fluxo de atendimento dos prematuros após a alta hospitalar.</p> <p>- Agendamento da primeira consulta no ambulatório de amamentação pela equipe da UCIN e AC no período de, no máximo, 72 h após a alta hospitalar.</p> <p>- Construção de protocolos para atendimento de enfermagem no ambulatório de amamentação.</p>	<p>Nº prematuros atendidos no ambulatório de amamentação até 72 horas após sua alta hospitalar / Nº total de prematuros atendidos no ambulatório de amamentação.</p> <p>Como o dado será coletado: dado coletado com enfermeira do ambulatório que atenderá estes prematuros.</p>	<p>A1: Meta não atingida. Devido ao não funcionamento do ambulatório.</p>
---	--	--	--

4.2 Caracterização dos profissionais, das mães e dos prematuros do estudo

Foram entrevistados 42 profissionais de saúde nos P1, P2 e P3. Do total, foram vinte e dois (52,4%) auxiliares e técnicos de enfermagem, nove (21,4%) médicos, sete (16,6%) enfermeiros, um (2,4%) assistente social, um (2,4%) fonoaudiólogo, um (2,4%) enfermeiro chefe da unidade neonatal e um (2,4%) médico chefe da unidade neonatal. A maioria (52,4%) relatou o nível de escolaridade como ensino médio, oito (19,1%) com especialidade na área materno-infantil ou em outras áreas, treze com mestrado, um com doutorado e um com pós-doutorado.

Durante o P1, com relação ao turno de trabalho, 66,7% trabalhava no turno manhã/dia, 21,4% no turno da noite e 11,9% no turno da tarde. No P2 54,8% exerciam suas funções no turno manhã/dia, 35,7% no turno da noite e 9,5% no turno da tarde; já no P3 52,4% trabalhava no turno manhã/dia, 40,5% no turno da noite e 7,1% no turno da tarde. A minoria dos entrevistados possuía mais que um vínculo de trabalho, sendo nove (21,4%) no P1, seis (14,3%) no P2 e sete (16,6%) no P3.

O tempo de trabalho na unidade neonatal variou no P1 de um a 38 anos com média de 8,99 anos com desvio padrão (DP) 9,21 anos. Para o P2 a variação foi de um a 39 anos com média de 11,16 anos e DP: 8,44 anos e no P3 o tempo de trabalho variou de um a 40 anos com média de 11,98 anos e DP: 8,58 anos. Quando questionados sobre terem recebido treinamento sobre a política de AM a resposta foi afirmativa em 76,2% no P1 e 83,3% no P2 e P3. No P1, com relação a realização de curso prático em AM 71,4% afirmaram terem realizado, 95,2% no P2 e 92,9% no P3.

Tabela 1 – Caracterização dos membros da equipe de saúde das unidades neonatais em estudo nas fases pré, pós e um ano após a intervenção. Hospital Universitário do Sudeste Brasileiro, 2014-2017.

Variáveis	P1 (N=42)		P2 (N=42)		P3 (N=42)		Valor P
	N	%	N	%	N	%	
Cargo que ocupa							0,79*

Aux ou Tec	22	52,4	22	52,4	22	52,4	
Enfermagem							
Chefe da Seção/ Turno e Enfermeira	1	2,4	1	2,4	1	2,4	
Chefe da Unidade e Médico	1	2,4	1	2,4	1	2,4	
Enfermeira	7	16,6	7	16,6	7	16,6	
Médico	9	21,4	9	21,4	9	21,4	
Fono/Ass Social	2	4,8	2	2,4	2	4,8	
Formação							
profissional							0,96*
Nível médio	22	52,4	22	52,4	22	52,4	
Graduação	8	19,1	4	9,5	4	9,5	
Especialista em outras áreas	0	0,0	1	2,4	1	2,4	
Especialista na área materno infantil	8	19,1	7	16,7	8	19,1	
Mestrado	2	4,8	6	14,3	5	11,9	
Doutorado	1	2,4	1	2,4	1	2,4	
Pós-doutorado	1	2,4	1	2,4	1	2,4	
Turno de trabalho							0,41*
Manhã / Dia	28	66,7	23	54,8	22	52,4	
Noite	9	21,4	15	35,7	17	40,5	
Tarde	5	11,9	4	9,5	3	7,1	
Recebeu							
treinamento quanto							0,74*
a política de AM							
Não	10	23,8	7	16,7	7	16,7	
Sim	32	76,2	35	83,3	35	83,3	
Cursos ou							
treinamento prático							<0,01*
em AM							
Não	12	28,6	2	4,8	3	7,1	
Sim	30	71,4	40	95,2	39	92,9	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	
Anos no serviço	8,99	9,21	11,16	8,44	11,98	8,58	0,02**

*Teste Exato de Fischer **ANOVA. Fonte: O autor.

Com relação às 63 mães entrevistadas, sendo 21 em cada fase do estudo, assim foram suas caracterizações: média da idade materna ao

nascimento foi de 26,76 anos no P1, 26,67 anos no P2 e 24,67 anos no P3. Quanto ao estado civil no P1 dezessete (81%) se declararam casadas ou em união estável e quatro (19%) solteiras, no P2 oito (38,1%) relataram estar casadas ou em união estável no momento do parto, três (14,3%) estavam separadas ou divorciadas e dez (47,6%) solteiras. Com relação ao nível de escolaridade no P1 duas (9,5%) tinham fundamental incompleto, sete (33,3%) fundamental completo, oito (38,1%) ensino médio e quatro (19,1%) nível superior. Já no P2 seis (28,6%) fundamental completo, quatorze (66,7%) ensino médio e uma (4,8%) nível superior. No P3 dez (47,6%) fundamental completo, oito (38,1%) ensino médio e três (14,3%) nível superior. Com relação à paridade eram primíparas no P1 quatorze (66,7%), no P2 oito (38,1%) e no P3 doze (57,1%). Com relação ao tipo de gestação (gemelaridade) tivemos no P1 duas (9,5%) e nos P2 e P3 três em cada (14,3%). Quanto ao tipo de parto no P1 tivemos dez (47,6%) partos normais, três (14,3%) cesariana com anestesia geral e oito (38,1%) cesariana sem anestesia geral; no P2 tivemos nove (42,9%) partos normais e doze (57,1%) cesariana sem anestesia geral; já no P3 tivemos sete (33,3%) partos normais, duas (9,53%) cesariana com anestesia geral e como no P2 doze (57,1%) cesarianas sem anestesia geral.

Caracterizados os prematuros das mães entrevistadas, cuja amostra foi de 23 no P1, 24 nos P2e P3, em razão de gemelaridade. Quanto ao sexo no P1 10 RNs (43,5%) eram do sexo feminino e treze (56,5%) masculino, no P2 oito (33,3%) eram do sexo feminino e dezesseis (66,7%) do sexo masculino, já no P3 dezoito (75%) do sexo feminino e seis (25%) do sexo masculino. A média da Idade Gestacional ao nascer foi de 31,33 semanas no P1, 31,29 semanas no P2 e 30,67 semanas no P3. Já com relação ao peso de nascimento no P1 a média foi de 1520g, no P2 1612g e no P3 1431g.

Tabela 2 – Caracterização das mães entrevistadas e seus recém-nascidos prematuros internados nas unidades neonatais em estudo, nas fases pré, pós e um ano após a intervenção. Hospital Universitário do Sudeste Brasileiro, 2014-2017.

Variáveis	Tempo					
	P1 (N=21)		P2 (N=21)		P3 (N=21)	
	N	%	N	%	N	%
Sexo RN*						
Feminino	10	43,5	8	33,3	18	75,0

Masculino	13	56,5	16	66,7	6	25,0
Tipo de gestação						
Gemelar	2	9,5	3	14,3	3	14,3
Única	19	90,5	18	85,7	18	85,7
Tipo de parto						
Cesariana com anestesia geral	3	14,3	0	0,0	2	9,5
Cesariana sem anestesia geral	8	38,1	12	57,1	12	57,1
Vaginal	10	47,6	9	42,9	7	33,3
Escolaridade						
Fundamental incompleto	2	9,5	0	0,0	0	0,0
Fundamental	7	33,3	6	28,6	10	47,6
Médio	8	38,1	14	66,7	8	38,1
Superior	4	19,1	1	4,8	3	14,3
Estado civil						
Casada / União estável	17	81,0	8	38,1	5	23,8
Divorciada /Separada	0	0,0	3	14,3	1	4,8
Solteira (nunca casou)	4	19,0	10	47,6	15	71,4
Primípara						
Não	7	33,3	13	61,9	9	42,9
Sim	14	66,7	8	38,1	12	57,1
	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Idade Gestacional ao nascer	31,33	2,97	31,29	3,24	30,67	2,96
Peso de nascimento	1520,00	401,81	1612,86	754,35	1431,67	425,59
Idade Materna (em anos)	26,76	8,94	26,67	7,19	24,67	8,35

Fonte: O autor.

4.3 A IHAC-Neo antes, um mês após e um ano após a Implementação.

O Quadro 7 apresenta o Escore global de conformidade para a IHAC-Neo, os escores parciais para os Dez Passos, os Três Princípios Norteadores e o Código Internacional para a Comercialização dos Substitutos do Leite Materno, bem como os pontos nas perspectivas da equipe de saúde, das mães e de observação e análise documental antes da implementação (Período 1).

Quadro 7 – Escore global de conformidade para a IHAC-Neo antes da implementação (Período 1). Hospital Universitário do Sudeste Brasileiro, 2014-2017.

	Escore Parcial de Conformidade (Total de cada condição / Máximo de pontos)	Pontuação parcial máxima para cada PN	Total para cada PN	Máximo de pontos por cada PN	Pontos para a perspectiva da equipe de saúde	Máximo de pontos para a perspectiva da equipe de saúde	Pontos para a perspectiva materna	Máximo de pontos para a perspectiva materna	Pontos para as perspectivas de observação e revisão documental	Máximo de pontos para as perspectivas de observação e revisão documental
PN 1	0,50	1,00	3,00	6,00	NA	NA	3,00	5,00	0,00	1,00
PN 2	0,30	1,00	3,00	10,00	NA	NA	2,00	4,00	1,00	6,00
PN 3	0,50	1,00	4,00	8,00	1,00	3,00	2,00	2,00	1,00	3,00
3 PN	1,30	3,00								
Passo 1	0,40	1,00	2,00	5,00	N/A	N/A	N/A	N/A	2,00	5,00
Passo 2	0,36	1,00	5,00	14,00	0,00	5,00	N/A	N/A	5,00	9,00
Passo 3	0,80	1,00	4,00	5,00	1,00	2,00	N/A	N/A	3,00	3,00
Passo 4	0,20	1,00	2,00	10,00	1,00	3,00	0,00	4,00	1,00	3,00
Passo 5	0,33	1,00	6,00	18,00	3,00	7,00	3,00	7,00	0,00	4,00
Passo 6	0,33	1,00	3,00	9,00	N/A	N/A	1,00	4,00	2,00	5,00
Passo 7	0,25	1,00	2,00	8,00	N/A	N/A	2,00	4,00	0,00	4,00
Passo 8	0,14	1,00	1,00	7,00	N/A	N/A	0,00	2,00	1,00	5,00
Passo 9	0,15	1,00	2,00	13,00	0,00	4,00	1,00	4,00	1,00	5,00
Passo 10	0,30	1,00	3,00	10,00	2,00	4,00	0,00	3,00	1,00	3,00
10 Passos	3,27	10,00								
Código	0,56	1,00	9,00	16,00	1,00	4,00	2,00	3,00	6,00	9,00

Fonte: O autor.

No Período 1 (P1) - antes da implementação da IHAC-Neo, a adesão aos Três Princípios Norteadores foi de 1,30 do total de 3,0, sendo que no PN1 a adesão foi de 0,50, o cálculo do escore deste PN foi realizado por meio da somatória dos pontos perspectiva materna que recebeu um total de 3,0 dos 5,0 pontos possíveis e da perspectiva da observação e análise documental que não teve pontuação. O PN2 teve uma adesão de 0,30, o cálculo do escore para este PN como no PN1 também foi a somatória dos pontos da perspectiva materna, um total de 2,0 dos 4,0 pontos possíveis; o PN3 obteve uma adesão de 0,50, o cálculo deste PN foi a somatória dos pontos da perspectiva da equipe de saúde - 1,0 pontos dos 3,0 possíveis; da perspectiva materna que recebeu 2,0 pontos sendo este o total de pontos possíveis e da perspectiva da observação e análise documental que recebeu 1,0 pontos dos 3,0 possíveis.

O escore global de adesão para os Dez Passos foi de 3,27 do total de 10 pontos possíveis, para o cálculo deste escore foi realizado a somatória dos escores individuais de cada um dos Dez Passos, que por sua vez poderia receber um escore de 1,0 cada no total.

O **Passo 1** - Ter uma política escrita que é rotineiramente comunicada para todos os profissionais de saúde - teve um escore de 0,4 do total de 1,0 pontos possíveis, sendo que para este passo somente verificou-se a perspectiva da observação e análise documental que recebeu um total de 2,0 pontos dos 5,0 possíveis.

O **Passo 2** - Educar e treinar todos os profissionais de saúde em conhecimentos específicos e nas habilidades necessárias para implementar essa política - recebeu um escore de 0,36, para a composição deste escore eram necessários 14 pontos sendo eles 5,0 referentes a perspectiva da equipe de saúde e 9,0 referentes a perspectiva da observação e análise documental. No P1 não houve pontos para a perspectiva da equipe de saúde e a perspectiva da observação e análise documental recebeu 5,0 pontos.

Já o **Passo 3** - Informar todas as gestantes hospitalizadas com risco de nascimento PT ou criança doente sobre o manejo da lactação e amamentação - recebeu um escore de 0,80. Para a composição deste escore eram necessários 5,0 pontos sendo que 2,0 eram referentes a perspectiva da equipe de saúde e 3,0 referentes a perspectiva da observação e análise documental.

Nesta fase a perspectiva da equipe recebeu 1,0 ponto e a perspectiva da observação e revisão documental recebeu 3,0 pontos.

O **Passo 4** - Encorajar precocemente o contato pele a pele mãe-bebê de maneira contínua e prolongada - recebeu um escore de 0,2. Para a totalização deste escore eram necessários 10 pontos sendo que neste passo foram 1,0 do total de 3,0 pontos para a perspectiva equipe de saúde e 1,0 do total de 3,0 da perspectiva da observação e análise documental.

O **Passo 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 - recebeu um escore de 0,33. Para este escore eram necessários 18 pontos dos quais recebeu somente 6,0 pontos, sendo eles 3,0 pontos dos 7,0 possíveis para a perspectiva equipe de saúde, 3,0 pontos também dos 7,0 pontos possíveis para a perspectiva materna e a perspectiva da observação e análise documental que teria um máximo de 4,0 pontos não recebeu nenhum ponto.

O **Passo 6** - Não oferecer alimentos ou outras bebidas que não seja leite humano aos PT exceto se forem expressamente prescritas - recebeu um escore de 0,33. Para a formação deste escore eram necessários 9 pontos sendo 4,0 pontos da perspectiva materna e 5,0 pontos da perspectiva da observação e análise documental, nesta fase a perspectiva materna recebeu um total de 2,0 pontos e a perspectiva da observação e análise documental recebeu 2,0 pontos.

O **Passo 7** - Permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia - recebeu um escore de 0,25. Para a formação deste escore eram necessários 8,0 pontos sendo que 4,0 pontos eram referente a perspectiva materna e os outros 4,0 pontos referentes à perspectiva da observação e análise documental. Nesta fase somente a perspectiva materna recebera 2,0 pontos.

O **Passo 8** - Encorajar livre demanda ou, quando necessário, semidemanda de amamentação como uma estratégia transicional para PT ou bebês doentes - recebeu um escore de 0,14. Para a formação deste escore eram necessários 7,0 pontos sendo eles 2,0 pontos referentes à perspectiva materna e 5,0 pontos referentes à perspectiva da observação e análise

documental; nesta fase somente a perspectiva da observação e análise documental recebeu 1,0 ponto.

O **Passo 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 - recebeu um escore de 0,15. Eram necessários 13,0 pontos para a formação deste escore, sendo eles 4,0 da perspectiva da equipe de saúde, que não recebeu nenhum ponto nesta fase, 4,0 da perspectiva materna que recebera 1,0 ponto e 5,0 pontos da perspectiva da observação e análise documental que recebeu 2,0 pontos.

O **Passo 10** - Preparar os pais para a continuidade do AM e assegurar acesso a grupos/serviços de apoio após a alta hospitalar - recebeu um escore de 0,3. Para a formação deste escore eram necessários 10,0 pontos, sendo eles: 4,0 referentes à perspectiva da equipe de saúde que neste momento recebeu 2,0 pontos; 3,0 pontos referentes à perspectiva materna que nesta fase não recebeu pontos e 3,0 referentes à perspectiva da observação e análise documental que nesta fase recebeu 1,0 ponto.

O Código Internacional para Comercialização dos Substitutos de Leite Materno recebeu um escore de 0,56. Para a formação deste escore eram necessários 16 pontos, sendo que nesta fase ficaram assim distribuídos: 1,0 pontos dos 4,0 pontos possíveis para a perspectiva da equipe de saúde, 2,0 pontos dos 3,0 pontos possíveis para a perspectiva materna e 6,0 pontos dos 9,0 pontos possíveis para a perspectiva da observação e análise documental.

No P1 somente o Passo 3 apresentou uma adesão maior que 50%, obtendo nesta fase uma adesão de 80%. Já os demais passos apresentaram uma adesão menor ou igual a 40%. O escore global de adesão para os Dez Passos foi de 3,27.

O Quadro 8 apresenta Escore global de conformidade para a IHAC-Neo, os escores parciais para os Dez Passos, os Três Princípios Norteadores e o Código Internacional para a Comercialização dos Substitutos do Leite Materno, bem como os pontos nas perspectivas da equipe de saúde, das mães e de observação e análise documental um mês após o término da implementação (Período 2).

Quadro 8 – Escore global de conformidade para a IHAC-Neo um mês após o término da intervenção (Período 2). Hospital Universitário do Sudeste Brasileiro, 2014-2017.

	Score Parcial de Conformidade (Total de cada condição / Máximo de pontos)	Pontuação parcial máxima para cada PN	Total para cada PN	Máximo de pontos por cada PN	Pontos para a perspectiva da equipe de saúde	Máximo de pontos para a perspectiva da equipe de saúde	Pontos para a perspectiva materna	Máximo de pontos para a perspectiva materna.	Pontos para as perspectivas de observação e revisão documental	Máximo de pontos para as perspectivas de observação e revisão documental
PN 1	1,0	1,0	6,0	6,0	NA	NA	5,0	5,0	1,0	1,0
PN 2	0,7	1,0	7,0	10,0	NA	NA	3,0	4,0	4,0	6,0
PN 3	0,88	1,0	7,0	8,0	2,0	3,0	2,0	2,0	3,0	3,0
3 PN	2,58	3,00								
Passo 1	0,8	1,00	6,0	5,00	N/A	N/A	N/A	N/A	4,00	5,00
Passo 2	0,79	1,00	7,0	14,00	2,00	5,00	N/A	N/A	9,00	9,00
Passo 3	1,00	1,00	7,0	5,00	2,00	2,00	N/A	N/A	3,00	3,00
Passo 4	0,60	1,00	4,0	10,00	2,00	3,00	1,00	4,00	3,00	3,00
Passo 5	0,72	1,00	11,0	18,00	6,00	7,00	4,00	7,00	3,00	4,00
Passo 6	0,22	1,00	5,0	9,00	N/A	N/A	0,00	4,00	2,00	5,00
Passo 7	0,50	1,00	6,0	8,00	N/A	N/A	1,00	4,00	3,00	4,00
Passo 8	0,86	1,00	13,0	7,00	N/A	N/A	1,00	2,00	5,00	5,00
Passo 9	0,62	1,00	2,0	13,00	1,00	4,00	2,00	4,00	5,00	5,00
Passo 10	0,60	1,00	4,0	10,00	3,00	4,00	0,00	3,00	3,00	3,00
10 Passos	3,27	10,00								
Code	0,81	1,00	13,00	16,00	2,00	4,00	2,00	3,00	9,00	9,00

Fonte: O autor.

Após um mês do processo de implementação da IHAC-Neo nas unidades neonatais (P2) a adesão geral aos Três PN ficou maior que 80% melhorando de 1,3 para 2,58. No PN1 a adesão foi de 1,0, o cálculo do escore deste PN foi realizado por meio da somatória dos pontos perspectiva materna que recebeu um total de 5,0 dos 5,0 pontos possíveis e da perspectiva da observação e análise documental que também recebeu 1,0 ponto do total de 1,0 ponto possível. O PN2 teve uma adesão de 0,70, o cálculo do escore para este PN como no PN1 também foi a somatória dos pontos da perspectiva materna, um total de 3,0 dos 4,0 pontos possíveis e os pontos da perspectiva da observação e revisão documental que recebeu 4,0 pontos dos 6,0 pontos possíveis; o PN3 obteve uma adesão de 0,88, o cálculo deste PN foi a somatória dos pontos da perspectiva da equipe de saúde - 2,0 pontos dos 3,0 possíveis; da perspectiva materna que recebeu 2,0 pontos sendo este o total de pontos possíveis e da perspectiva da observação e análise documental que recebeu 3,0 pontos dos 3,0 pontos possíveis.

O escore global de adesão para os Dez Passos foi de 6,70 do total de 10 pontos possíveis, para o cálculo deste escore foi realizado a somatória dos escores individuais de cada um dos Dez Passos, que por sua vez poderia receber um escore de 1,0 cada no total.

O **Passo 1** - Ter uma política escrita que é rotineiramente comunicada para todos os profissionais de saúde - teve um escore de 0,8, sendo que para este passo eram necessários 5,0 pontos referentes à perspectiva da observação e análise documental dos quais recebeu 4,0 pontos.

O **Passo 2** - Educar e treinar todos os profissionais de saúde em conhecimentos específicos e nas habilidades necessárias para implementar essa política - recebeu um escore de 0,79, para a composição deste escore eram necessários 14 pontos sendo eles 5,0 referentes a perspectiva da equipe de saúde, dos quais nesta fase recebera 2,0 pontos e 9,0 pontos eram referentes a perspectiva da observação e análise documental que no P2 recebeu os 9,0 pontos.

O **Passo 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 AM - recebeu um escore de 1,0. Totalizando

todos os pontos da perspectiva da equipe e da perspectiva da observação e análise documental.

O **Passo 4** - Encorajar precocemente o contato pele a pele mãe-bebê de maneira contínua e prolongada (Cuidado Canguru) - recebeu um escore de 0,6. Para a totalização deste escore eram necessários 10 pontos sendo que neste passo foram 2,0 do total de 3,0 pontos para a perspectiva equipe de saúde, 1,0 do total de 4,0 para a perspectiva materna e 3,0 do total de 3,0 da perspectiva da observação e análise documental.

O **Passo 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 - recebeu um escore de 0,72. Para este escore eram necessários 18 pontos, sendo eles 6,0 pontos dos 7,0 possíveis para a perspectiva equipe de saúde, 4,0 pontos também dos 7,0 pontos possíveis para a perspectiva materna e a perspectiva da observação e análise documental que teria um máximo de 4,0 pontos recebeu 3,0 pontos.

O **Passo 6** - Não oferecer alimentos ou outras bebidas que não seja leite humano aos RNs, exceto se houver indicação médica - recebeu um escore de 0,22 no P2. Nesta fase a perspectiva materna não recebeu pontos e a perspectiva da observação e análise documental recebeu 2,0 pontos dos 5,0 possíveis.

O **Passo 7** - Permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 h/d - recebeu um escore de 0,50. Nesta fase somente a perspectiva materna recebeu 1,0 pontos dos 4,0 possíveis e a perspectiva da observação e análise documental recebeu 3,0 pontos dos 4,0 pontos possíveis.

O **Passo 8** - Encorajar livre demanda ou, quando necessário, a semidemanda de amamentação como uma estratégia transicional para prematuros ou bebês doentes - recebeu um escore de 0,86. Nesta fase a perspectiva materna somou 1,0 ponto dos 2,0 pontos possíveis e perspectiva da observação e análise documental recebeu 5,0 pontos dos cinco possíveis.

O **Passo 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 - recebeu um escore de 0,62. Nesta fase para a formação deste escore recebeu 1,0 ponto dos 4,0 possíveis da perspectiva

da equipe de saúde, 2,0 pontos dos 4,0 possíveis da perspectiva materna e 5,0 pontos dos 5,0 possíveis da perspectiva da observação e análise documental.

No **Passo 10** - Preparar os pais para a continuidade do AM e assegurar acesso a grupos/serviços de apoio após a alta hospitalar, recebeu um escore de 0,60. Nesta fase a perspectiva da equipe de saúde recebeu 3,0 pontos dos 4,0 pontos possíveis, a perspectiva materna não recebeu nenhum ponto e a perspectiva da observação e análise documental recebeu 3,0 pontos dos 3,0 pontos possíveis.

O Código Internacional para Comercialização dos Substitutos de Leite Materno recebeu um escore de 0,81. Para a formação deste escore eram necessários 16 pontos, sendo que nesta fase ficaram assim distribuídos: 2,0 pontos dos 4,0 pontos possíveis para a perspectiva da equipe de saúde, 2,0 pontos dos 3,0 pontos possíveis para a perspectiva materna e 9,0 pontos dos 9,0 pontos possíveis para a perspectiva da observação e análise documental.

No P2 somente o Passo 6 teve uma adesão menor que 50%. Os Passos 1, 3, 8 e o Código obtiveram uma adesão maior que 80%. Já os demais passos apresentaram uma adesão maior que 50%.

O Quadro 9 apresenta Escore global de conformidade para a IHAC-Neo, os escores parciais para os Dez Passos, os Três Princípios Norteadores e o Código Internacional para a Comercialização dos Substitutos do Leite Materno, bem como os pontos nas perspectivas da equipe de saúde, das mães e de observação e análise documental um ano após o término da implementação (Período 3).

Quadro 9 – Escore global de conformidade para a IHAC-Neo um ano após o término da intervenção (P3). Hospital Universitário do Sudeste Brasileiro, 2014-2017.

	Score Parcial de Conformidade (Total de cada condição / Máximo de pontos)	Pontuação parcial máxima para cada PN	Total para cada PN	Máximo de pontos por cada PN	Pontos para a perspectiva da equipe de saúde	Máximo de pontos para a perspectiva da equipe de saúde	Pontos para a perspectiva materna	Máximo de pontos para a perspectiva materna	Pontos para as perspectivas de observação e revisão documental	Máximo de pontos para as perspectivas de observação e revisão documental
PN 1	1,0	1,0	6,0	6,0	NA	NA	5,0	5,0	1,0	1,0
PN 2	0,7	1,0	7,0	10,0	NA	NA	3,0	4,0	4,0	6,0
PN 3	0,88	1,0	7,0	8,0	2,0	3,0	2,0	2,0	3,0	3,0
3 PN	2,58	3,00								
Passo 1	0,8	1,00	6,0	5,00	N/A	N/A	N/A	N/A	4,00	5,00
Passo 2	0,79	1,00	7,0	14,00	2,00	5,00	N/A	N/A	9,00	9,00
Passo 3	1,00	1,00	7,0	5,00	2,00	2,00	N/A	N/A	3,00	3,00
Passo 4	0,60	1,00	4,0	10,00	2,00	3,00	1,00	4,00	3,00	3,00
Passo 5	0,72	1,00	11,0	18,00	6,00	7,00	4,00	7,00	3,00	4,00
Passo 6	0,22	1,00	5,0	9,00	N/A	N/A	0,00	4,00	2,00	5,00
Passo 7	0,50	1,00	6,0	8,00	N/A	N/A	1,00	4,00	3,00	4,00
Passo 8	0,86	1,00	13,0	7,00	N/A	N/A	1,00	2,00	5,00	5,00
Passo 9	0,62	1,00	2,0	13,00	1,00	4,00	2,00	4,00	5,00	5,00
Passo 10	0,60	1,00	4,0	10,00	3,00	4,00	0,00	3,00	3,00	3,00
10 Passos	3,27	10,00								
Code	0,81	1,00	13,00	16,00	2,00	4,00	2,00	3,00	9,00	9,00

Um ano após o processo de implementação da IHAC-Neo (P3) nas unidades neonatais, a adesão geral aos Três PN ficou maior que 80% mantendo-se 2,58. Os escores dos PN mantiveram-se os mesmos quando comparados com os escores de P2.

O escore global de adesão para os Dez Passos aumentou de 6,70 para 7,32 do total de 10 pontos possíveis.

O **Passo 1** - Ter uma política escrita que é rotineiramente comunicada para todos os profissionais de saúde - como no P2 manteve o escore de 0,8.

O **Passo 2** - Educar e treinar todos os profissionais de saúde em conhecimentos específicos e nas habilidades necessárias para implementar essa política - recebeu um escore de 0,86. Para a composição deste escore eram necessários 14 pontos; nesta fase recebeu 3,0 pontos dos 5,0 pontos possíveis para a perspectiva da equipe de saúde e 9,0 pontos do total de 9,0 pontos referentes à perspectiva da observação e análise documental.

O **Passo 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 AM - manteve o de 1,0, e o **Passo 4** - Encorajar precocemente o contato pele a pele mãe-bebê de maneira contínua e prolongada (Cuidado Canguru) - também conservou seu escore de 0,6 como no P2.

O **Passo 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 - apresentou um aumento de 0,72 para 0,78. Para tanto aumentou-se os pontos da perspectiva materna nesta fase de 4,0 pontos para 5,0 pontos dos 7,0 pontos possíveis, mantendo-se as pontuações das demais perspectivas.

O **Passo 6** - Não oferecer alimentos ou outras bebidas que não seja leite humano aos RNs, exceto se houver indicação médica - apresentou um aumento no escore de 0,22 para 0,33 no P3. Nesta fase a perspectiva materna não recebeu pontos e a perspectiva da observação e análise documental recebeu 3,0 pontos dos 5,0 possíveis.

O **Passo 7** - Permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 h/d - apresentou um aumento de 0,50 para 0,63. Nesta fase somente a perspectiva

materna recebeu 2,0 pontos dos 4,0 possíveis e a perspectiva da observação e análise documental manteve os 3,0 pontos dos 4,0 pontos possíveis.

O **Passo 8** - Encorajar livre demanda ou, quando necessário, a semidemanda de amamentação como uma estratégia transicional para prematuros ou bebês doentes manteve o escore de 0,86 como no P2, com as mesmas pontuações nas respectivas perspectivas.

O **Passo 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 - apresentou um aumento no escore de 0,62 para 0,77. Nesta fase para a formação deste escore recebeu 3,0 pontos dos 4,0 possíveis da perspectiva da equipe de saúde, e manteve os pontos das demais perspectivas.

O **Passo 10** - Preparar os pais para a continuidade do AM e assegurar acesso a grupos/serviços de apoio após a alta hospitalar - apresentou um aumento do escore de 0,6 para 0,7, sendo que nesta fase a perspectiva materna recebeu 1,0 ponto dos 3,0 pontos possíveis e as demais perspectivas mantiveram suas pontuações como no P2.

O Código Internacional para Comercialização dos Substitutos de Leite Materno também apresentou um aumento no escore de 0,81 para 0,88. Aumento este relacionado aos pontos da perspectiva da equipe de saúde que recebeu 3,0 pontos dos 4,0 pontos possíveis, as demais perspectivas mantiveram-se como no P2.

No P3 somente o Passo 6 teve uma adesão menor que 50%. Os Passos 1, 2, 3, 8 e o Código obtiveram uma adesão maior que 80%. Já os demais passos apresentaram uma adesão maior que 50%.

A Figura 4 apresenta a adesão aos Três Princípios Norteadores e aos Dez Passos da IHAC-Neo nos momentos pré, pós e um ano após a intervenção.

Figura 4 - Adesão aos Três Princípios Norteadores e aos Dez Passos da IHAC-Neo nos momentos pré, pós e um ano após a intervenção (P1, P2 e P3). Hospital Universitário do Sudeste Brasileiro, 2014-2017. Fonte: O autor.

A Figura 4 demonstra o aumento do escore global dos 3 PN de 1,3 para 2,58 quando comparado P2 com P1 e a manutenção do escore global dos 3 PN quando comparado P3 com P2. Já com relação ao escore global dos 10 Passos o Gráfico evidencia o aumento deste escore de 3,27 para 6,7 quando comparamos P1 com P2 e o aumento para 7,32 quando comparamos com P3.

A Figura 5 apresenta a adesão aos Três Princípios Norteadores da IHAC-Neo e adesão parcial na perspectiva da equipe de saúde, das mães e do avaliador externo nos momentos pré, pós e um ano após a intervenção.

Figura 5 – Adesão aos Três Princípios Norteadores da IHAC-Neo e adesão parcial na perspectiva da equipe de saúde, das mães e do avaliador externo nos momentos pré, pós e um ano após a intervenção.

ano após a intervenção (P1, P2 e P3). Hospital Universitário do Sudeste Brasileiro, 2014-2017.
Fonte: O autor.

A Figura 5 mostra que o PN1 aumentou de 50 para 100% no P2 e manteve-se no P3, o PN2 também apresentou um aumento de 30 para 70% e também manteve os resultados no P3. O PN3 aumentou de 50 para 88% no P2 e manteve-se no mesmo nível de adesão no P3. A adesão parcial na perspectiva da equipe de saúde apresentou um aumento de 33 para 67%, já na perspectiva materna o aumento foi de 78 para 91% e na perspectiva do avaliador externo e análise documental o aumento foi de 20 para 80%. Como pode ser evidenciado no gráfico a adesão nas três perspectivas mantiveram-se quando comparamos P3 com P2.

A Figura 6 expõe a adesão parcial aos Dez Passos da IHAC-Neo, nos momentos pré, pós e um ano após a intervenção (P1, P2 e P3).

Figura 6 – Adesão parcial aos Dez Passos da IHAC-Neo, nos momentos pré e pós e um ano após a intervenção (P1, P2 e P3). Hospital Universitário do Sudeste Brasileiro, 2014-2017.
Fonte: O autor.

No P1 somente o Passo 3 apresentou uma adesão maior que 50%, obtendo nesta fase uma adesão de 80%, o Passo 6 apresentou uma adesão de

50% e os demais passos apresentaram uma adesão menor ou igual a 40%. No P2 apenas o Passo 6 apresentou uma diminuição de 50 para 22% na adesão, os Passos 1, 3 e 8 apresentaram uma adesão maior ou igual a 80% e os demais passos apresentaram um aumento maior ou igual a 100% na adesão quando comparados com P1. No P3 somente o Passo 6 teve uma adesão menor que 50%. Os Passos 1, 2, 3, 8 e o Código obtiveram uma adesão maior que 80%. Já os demais passos apresentaram uma adesão maior que 50%.

A Tabela 3 mostra a diferença entre os escores entre P2 e P1 e P3 e P2.

Tabela 3 – Escores parciais e globais de adesão à IHAC-Neo e a diferença entre os escores nos momentos pré e pós e um ano após a intervenção (P1, P2 e P3). Hospital Universitário do Sudeste Brasileiro, 2014-2017.

Diretriz	P1	P2	Diferença	P2	P3	Diferença
Passo 1	0,40	0,80	+0,40	0,80	0,80	-
Passo 2	0,36	0,79	+0,43	0,79	0,86	+0,07
Passo 3	0,80	1,00	+0,20	1,00	1,00	-
Passo 4	0,20	0,60	+0,40	0,60	0,60	-
Passo 5	0,33	0,72	+0,39	0,72	0,78	+0,06
Passo 6	0,33	0,22	-0,11	0,22	0,33	+0,11
Passo 7	0,25	0,50	+0,25	0,50	0,63	+0,13
Passo 8	0,14	0,86	+0,72	0,86	0,86	-
Passo 9	0,15	0,62	+0,47	0,62	0,77	+0,15
Passo 10	0,30	0,60	+0,30	0,60	0,70	+0,10
Escore Global (Passos)	3,27	6,70	+3,43	6,70	7,32	+0,62
Código	0,56	0,81	+0,25	0,81	0,88	+0,07
PN1	0,50	1,00	+0,50	1,00	1,00	-
PN2	0,30	0,70	+0,40	0,70	0,70	-
PN3	0,50	0,88	+0,38	0,88	0,88	-
PN Global	1,30	2,58	+1,28	2,58	2,58	-

Fonte: O autor.

A Figura 7 demonstra a adesão aos Dez Passos da IHAC-Neo e adesão parcial na perspectiva da equipe de saúde, das mães e da observação e análise documental nos momentos pré, pós e um ano após a intervenção.

Figura 7 – Adesão ao Código Internacional para Comercialização dos Substitutos de Leite Materno e adesão na perspectiva da equipe de saúde, das mães e da observação e análise documental nos momentos pré, pós e um ano após a intervenção (P1, P2 e P3). Hospital Universitário do Sudeste Brasileiro, 2014-2017. Fonte: O autor.

A adesão aos Dez Passos da IHAC-Neo apresentou um aumento de 3,27 para 6,70 quando comparamos o P1 com P2 e no P3 a adesão aumenta para 7,32. Já com relação à adesão na perspectiva da equipe de saúde ainda com relação aos Dez Passos do total de 25 pontos possíveis no P1 recebeu 7 pontos, que aumentou para 16 pontos no P2 e para 19 no P3. O máximo de pontos para a perspectiva materna foi de 25, no P1 7, no P2 aumentou para 9 e no P3 chegou 12. No entanto, a perspectiva do observador externo e análise documental tem um máximo de 42 pontos e a adesão que no P1 foi de 16, aumentou para 40 no P2 e chegou a 41 no P3.

A Figura 8 demonstra a adesão aos Três Princípios Norteadores da IHAC-Neo e adesão parcial na perspectiva da equipe de saúde, das mães e da observação e análise documental nos momentos pré, pós e um ano após a intervenção.

Figura 8 – Adesão aos Três Princípios Norteadores da IHAC-Neo e adesão na perspectiva da equipe de saúde, das mães e da observação e análise documental nos momentos pré, pós e um ano após a intervenção (P1, P2 e P3). Hospital Universitário do Sudeste Brasileiro, 2014-2017. Fonte: O autor.

A adesão aos Três Princípios Norteadores foi de 1,3 no P1 aumentando para 2,58 no P2 e mantendo este valor no P3. A adesão na perspectiva da equipe dos 3 pontos possíveis apresentou 1 no P1 que aumentou para 2 no P2 e manteve no P3. A adesão na perspectiva materna do total de 11 pontos possíveis apresentou 7 no P1 que aumentou para 10 no P2 e não teve alteração no P3. A adesão perspectiva do observador externo e análise documental que tinha um máximo de 10 pontos no P1 foi de 2, no P2 aumentou para 8 e se susteve no P3.

A Figura 9 demonstra a adesão ao Código Internacional para Comercialização dos Substitutos de Leite Materno e adesão parcial na perspectiva da equipe de saúde, das mães e da observação e análise documental nos momentos pré, pós e um ano após a intervenção.

Figura 9 – Adesão ao Código Internacional para Comercialização dos Substitutos de Leite Materno e adesão na perspectiva da equipe de saúde, das mães e da observação e análise documental nos momentos pré, pós e um ano após a intervenção (P1, P2 e P3). Hospital Universitário do Sudeste Brasileiro, 2014-2017. Fonte: O autor.

A adesão ao Código Internacional para Comercialização dos Substitutos de Leite Materno apresentou um aumento de 0,56 para 0,81 quando comparamos P1 com P2 e no P3 a adesão aumenta para 0,88. Já com relação à adesão na perspectiva da equipe de saúde ainda com relação ao Código apresenta uma melhora de 1 para 2 no P2 e 3 no P3, a adesão na perspectiva materna se mantém em 2 durante todo o período do estudo, no entanto a perspectiva do observador externo e análise documental a adesão que no P1 é de 6 aumenta para 9 no P2 e mantém-se no P3.

5. Discussão

Este estudo apresentou todo o processo de implementação de uma estratégia inédita no Brasil – IHAC-Neo, com práticas de apoio, incentivo e promoção ao AM voltadas para unidades neonatais; associando a essa proposta uma forma de implementá-la de modo eficaz e sustentável, por saber que implicaria em mudança de práticas, valores, crenças e paradigmas. Para isso foi incorporada ao processo a utilização de uma metodologia para a mudança de prática, baseada em evidência, a *Knowledge Translation* (KT). Isso já seria um desafio por si só; porém o grupo de pesquisadores foi além, verificou a adesão e a sustentabilidade da IHAC-Neo guiada pela KT que foram mensuradas pelos escores de adesão dos Três Princípios Norteadores, aos Dez Passos e ao Código, com os dados colhidos e processados eletronicamente.

Há a necessidade de que todos da equipe de saúde envolvam-se de forma ativa no processo de mudança da prática, identificando estruturas e rotinas existentes na unidade que podem ser modificadas para corresponderem aos Dez Passos, além de controlar as práticas da IHAC-Neo para mensurar o impacto no serviço de saúde (SEMENIC et al., 2012).

As intervenções educativas de toda a equipe de cuidado, principalmente aquelas relacionadas à equipe de enfermagem, podem melhorar o conhecimento, mas não necessariamente conduzem a mudanças de atitudes satisfatórias (SIDDELL et al., 2003). Os desafios permanecem em manter práticas clínicas alinhadas com evidências; isso contribui para a melhoria da assistência em saúde (VILLENEUVE; MacDONALD, 2006; INSTITUTE OF MEDICINE, 2011).

Diretrizes de melhores práticas - sínteses das melhores evidências disponíveis - foram desenvolvidas para ajudar as organizações de saúde restringir lacunas entre a pesquisa e a prática (GRIMSHAW; ECCLES; TETROE, 2004; RICHENS et al., 2004). Desta forma, o sistema de mudança de práticas em ambientes de saúde, além de ser muito complexo, deve ser contínuo e dinâmico.

Em estudo realizado por Semenik e colaboradores (2012) sobre barreiras e facilitadores para a implementação da IHAC convencional, os autores recomendaram estratégias extra organizacionais e intra organizacionais a fim de superar essas barreiras e apoiar a iniciativa. Dentre as

recomendações extra organizacionais incluem a integração da IHAC nas prioridades de saúde nacional e regional, o estabelecimento de coordenadores nacionais, de sistemas formais de monitoramento para as taxas e práticas de AM e a implementação de estratégias de publicidade social para mudar as atitudes da população em relação ao AM. As recomendações intra organizacionais relacionam-se à adoção de estratégias de mudança eficazes que visem à cultura organizacional e as práticas clínicas como recursos dedicados ao processo de implementação, plano estratégico reforçando o compromisso do administrador e equipe multidisciplinar, líderes qualificados, implementação flexível de mudança de práticas, abordagem de melhoria contínua da qualidade, entre muitos outros.

Ser Hospital Amigo da Criança já demonstrou ter efeitos positivos na prevalência do AM do RN saudável (HOWE-HEYMAN; LUTENBACHER, 2016; PÉREZ-ESCAMILLA; MARTINEZ; SEGURA-PÉREZ, 2016), porém no presente estudo, a baixa adesão encontrada antes da intervenção (P1) mostrou que a IHAC convencional não atende às particularidades e necessidades do complexo processo de amamentar prematuros internados em unidade neonatal.

O ambiente da UTIN pode ser identificado pelos pais como uma barreira à sua presença e isso precisa ser modificado de maneira que eles possam entender que o seu cuidado é importante para a recuperação do filho prematuro (O'BRIEN et al., 2013). Estudos apontam que o cuidado centrado na família está se tornando padrão de atendimento em que a família é compreendida como fonte primária de força e apoio do RN. (O'BRIEN et al., 2013; RAMEZANI et al., 2014). Essa perspectiva de cuidado incorpora conceitos como o acesso irrestrito ao filho, o respeito, a informação, a escolha, flexibilidade de atendimento, autonomia dos sujeitos envolvidos, colaboração e apoio em todos os níveis de prestação de serviços (RAMEZANI et al., 2014). Sendo assim, diferentemente da IHAC convencional, a expansão e adaptação dos Dez Passos para o sucesso do AM apoiam-se nos três PN, que propõem um cuidado centrado na família (NYQVIST et al., 2012, 2013).

Em vista disso, tão importante quanto a pesquisa para a produção primária de conhecimento, é a pesquisa sobre maneiras eficientes de implementá-las na prática diária. A ciência da implementação envolve a

investigação e a intervenção sobre os principais nós críticos que impedem a implementação eficaz das intervenções cientificamente comprovadas para o impacto na saúde pública por meio da identificação, compreensão e superação de barreiras (STURKE et al., 2014).

A implementação da estratégia IHAC-Neo, norteada pelo marco conceitual KT, trouxe uma impressão positiva quando comparado os dados coletados um mês após o término da intervenção (P2) com os dados coletados antes da intervenção (P1), e um impacto muito satisfatório quando comparado os dados coletados um ano após o término da intervenção (P3) com P2, considerando que já se tratava de uma instituição certificada como IHAC convencional desde o ano 2002.

A escolha do marco conceitual KT, guiado pelo modelo PARIHS e pela estratégia EPIC para promover e apoiar as mudanças necessárias, deu-se por ele estar fundamentado em três pilares - a natureza da evidência, o contexto em que a mudança é implementada e a forma em que a mudança é facilitada (RYCROFT-MALONE et al., 2002). Uma das definições da KT refere-se à garantia de que o público alvo esteja consciente e utilize as evidências de pesquisa para obter informações e realizar tomadas de decisões em saúde. O interesse na KT tem aumentado nos últimos anos pelo reconhecimento de que as abordagens tradicionais para transpor a pesquisa para a prática, predominantemente baseadas na educação, não tem levado ao ótimo atendimento (GRIMSHAW et al., 2012).

A KT surgiu com o objetivo de diminuir a lacuna entre o conhecimento produzido pelas pesquisas científicas e a aplicação desses conhecimentos na prática clínica, ou seja, resolver muitos dos desafios de traduzir as pesquisas para aqueles que realmente irão utilizar o conhecimento produzido na prática (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006). Com esta lacuna entre evidências e práticas presente, os pacientes muitas vezes deixam de se beneficiar de forma otimizada dos avanços na saúde e ficam expostos a riscos desnecessários, além das despesas desnecessárias do sistema de saúde resultando em custos significativos (GRIMSHAW et al., 2012).

A estratégia EPIC singulariza as intervenções e estratégias de implementação para potencializar a melhoria em cada serviço de saúde, enquanto fornece liderança e apoio dos pares para os esforços de melhoria

contínua, sempre reconhecendo a importância do contexto local; constitui método útil para alcançar a melhoria e se implementada efetivamente propicia grande oportunidade de aprendizagem. Ademais, esta estratégia permitiu mudar a prática dentro de um tempo muito curto e com ferramentas de auditoria simples (CRONIN et al., 2011).

Assim, foram utilizadas como método facilitador do modelo conceitual de PARIHS, a estratégia EPIC (LEE et al., 2009) e outras estratégias da KT selecionadas em ciclos rápidos baseados na estratégia PDCA (Planejar, Executar, Verificar e Atuar corretivamente), que visa garantir a melhoria contínua da qualidade (MARCELLUS; HARRISON, 2012).

O contexto da unidade estudada foi considerado um ponto forte, pois ter o título de Hospital Amigo da Criança facilitou a implementação da IHAC-Neo, considerando que a cultura de AM existente na instituição contribuiu de modo a requerer somente ajustes específicos relacionados à condição da prematuridade, não tendo sido necessário trabalhar a sensibilização a respeito da importância do tema para a equipe. Foi um processo construído coletivamente, com o comprometimento da equipe multidisciplinar para a implementação de inovações na prática clínica que fossem sustentadas por evidências científicas, considerando a realidade e o contexto do serviço. Estudo aponta que o envolvimento de toda a equipe multiprofissional é condição essencial para o sucesso das ações e a melhoria da qualidade da assistência (GRIMSHAW et al., 2012).

Presume-se que, a partir do momento em que as pessoas são levadas a refletir sobre o seu trabalho e o significado dele, a probabilidade de mudanças pessoais aumenta, repercutindo em transformações da sociedade e em conquistas de muitos desafios assistenciais (VANUCCHI et al., 2012).

De maneira geral, as facilidades que favoreceram todo o processo de implementação, independentemente do passo que estava sendo proposto estiveram relacionadas a alguns aspectos como: o fato de alguns membros da equipe de pesquisadores serem do serviço, conhecerem bem a unidade e a realidade/contexto do local de intervenção, além de possuírem vínculos bem estabelecidos com os demais membros da equipe.

A equipe clínica de docentes e chefia médica das unidades neonatais demonstraram interesse na proposta desde o início, apoiando, mas não

participando efetivamente da elaboração das estratégias de mudança; houve também apoio irrestrito da chefia de enfermagem da unidade neonatal.

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

Um grande desafio foi a apropriação da metodologia da KT. O próprio grupo de pesquisadores e os membros do CPP foram se apropriando aos poucos da forma de utilizar a EPIC; as estratégias eram pensadas com mais facilidade, mas pensar em metas e indicadores para as metas era menos natural para os participantes.

O contexto político durante a implementação do processo por vezes não foi favorável, principalmente no que se diz respeito a recursos humanos e rotatividade da equipe, peculiaridades essas expostas pelo CPP ao explanarem sobre as barreiras para a implementação, no entanto observou-se o envolvimento da equipe nas mudanças, apesar deste contexto.

A falta de profissionais treinados em métodos de melhoria da qualidade e lideranças visionárias, falta de equipamento e a disponibilidade restrita de recursos financeiros e equipamento pode tornar a mudança mais difícil, Assim como a alta rotatividade de funcionários, que prejudica a sustentabilidade das mudanças na prática. Às vezes a mudança pode ser considerada um fardo e ineficiente. Contextos que são direcionados para a realização de tarefas, com poucos recursos e estruturas ineficientes são menos receptivos à mudança (CRONIN et al., 2011; STEVENS et al., 2011).

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

No que tange ao método utilizado no presente estudo, vale ressaltar um aspecto relevante para a sua concretização, que se referiu à triangulação de dados, método utilizado para avaliar a efetividade da estratégia implantada. O nível de adesão a essas práticas foi dimensionado por meio da tipologia da triangulação apresentada, permitindo clarear a realidade a partir de vários

ângulos, com uma dinâmica de investigação que permite confluências, perguntas, dúvidas, numa discussão interativa e intersubjetiva na construção e análise dos dados. Considerar a perspectiva dos profissionais de saúde, das mães dos prematuros e ainda, dos avaliadores externos, que observaram a realidade da unidade e fizeram a análise documental, possibilitou atestar a coerência dos resultados pela associação de múltiplos pontos de vista complementares e ainda verificar o entrelaçamento entre o que se fala e o que se faz (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005). Isso é significativo, pois os resultados são propensos à parcialidade quando dependem de uma única fonte (HAIEK, 2012).

Soma-se ainda, que o *Neo-BFHI Assessment Tool* associa um conjunto vasto de critérios de qualidades dessas práticas relacionados aos Três Princípios Norteadores, aos Dez Passos da IHAC-Neo e ao Código, que além de fundamentados em evidências científicas, são coletados não somente sob a perspectiva de diferentes participantes (profissionais, mães e avaliadores externos), mas também por meio de diferentes técnicas (entrevista, observação e análise documental), e cujo escore de adesão é calculado mediante uso de métodos quantitativos (HAIEK, 2012).

Houve dificuldades enfrentadas em diversos momentos durante o processo de implementação, que precisaram ser superadas para que a proposta chegasse ao seu término. Entre elas, a equipe de pesquisadores presenciou momentos de desmotivação do CPP por ser um período muito longo de implementação, dificultando a participação nas reuniões agendadas, que inicialmente ocorriam semanalmente, mas que depois passaram a ser realizadas quinzenalmente, o que facilitou a motivação do CPP. Manter a motivação em um processo tão longo com tantas mudanças ao mesmo tempo foi um grande desafio. Enfrentamos também, no meio do processo, o remanejamento da equipe para outros setores do hospital, inclusive de membros do CPP, que tiveram que ser substituídos por novos membros da equipe.

Questões importantes da infraestrutura também contribuíram para o atraso no processo de implementação dos passos, como: local inadequado para a realização das práticas da IHAC-Neo (como a permanência das mães

durante a noite), dificuldades ainda de espaço para a permanência das mães para o cuidado canguru, estresse e sobrecarga da equipe, entre outros.

Considerando que o processo se deu estratégia EPIC em que as mudanças desejadas na prática foram trabalhadas pelo CPP em quatro ciclos de intervenção, passamos a discutir os passos da implantação a partir dos ciclos em ordem cronológica, ou seja, ciclo 1 que envolveu os passos 1, 2 e 7; ciclo 2 no qual foram trabalhados os passos 3, 4 e 9; ciclo 3, com os passos 5 e 8; e ciclo 4 envolvendo os passos 6 e 10, muito embora, por vezes, alguns passos voltavam a ser discutidos em ciclos que ocorriam posteriormente, uma vez que todos os passos se relacionam entre si.

Ao ser trabalhado o **Passo 1** - “Ter uma política escrita que é rotineiramente comunicada para todos os profissionais de saúde” do Ciclo 1, a primeira dificuldade encontrada se deu no tocante à elaboração da Política de AM para as unidades neonatais, pois a equipe sentia a necessidade de tê-la elaborada de forma completa e pormenorizada logo no início do processo. Aos poucos, o grupo foi compreendendo que neste momento apenas seria estabelecido um conjunto de políticas mais generalizadas sobre AM em PT para complementar a política de AM da IHAC convencional já existente na unidade e que, ao longo do processo, à medida que fôssemos construindo normas, rotinas, critérios e protocolos para as mudanças que seriam implantadas, estas iriam sendo incorporadas à política adotada.

Com relação ao escore de adesão neste Passo, este dobrou quando comparado P1 com P2 (0,4 para 0,8) e conservou este escore no P3. Assim, a política de AM para PT foi construída, e um resumo da mesma foi fixado na forma de cartazes nas unidades neonatais e alojamento conjunto, a fim de respaldar as ações de apoio ao AM do PT e sustentar as práticas de promoção e proteção em questão. O escore para este passo se dá pela perspectiva da observação e da análise documental.

No P1 o critério “A revisão da política confirma que inclui orientações de como cada um dos “Três Princípios Norteadores e Dez Passos” e o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno devem ser implementados, e para o aconselhamento de mães HIV-positivo na alimentação do bebê” não apresentava escore de adesão, já nos P2 e P3 apresentou 100% de implementação. O critério “A observação confirma que

uma cópia do resumo da política ou imagens visuais são exibidas em todas as áreas da unidade de saúde que atendam mulheres grávidas, mães, bebês e crianças pequenas” não apresentou escore de adesão nos P1 e P2 e no P3 obteve uma adesão de 33%. O critério “A observação confirma que os resumos da política são exibidos no idioma e escrito com redação mais comumente entendida pelas mães e pelo corpo clínico” apresentou um escore de adesão de 67% no P1 e 100% nos P2 e P3.

Segundo Taylor e colaboradores (2011), ter uma política que direcione e sustente a prática, respeitando as particularidades do serviço, considerando o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos, é essencial para o incentivo dos profissionais atuantes nas unidades neonatais, além de ser um requisito importante para a avaliação do programa.

Outra atividade realizada inúmeras vezes durante todo o processo da implementação foi a capacitação dos profissionais de saúde das unidades neonatais, alojamento conjunto e centro-obstétrico, referente ao **Passo 2** - “Educar e treinar todos os profissionais de saúde em conhecimentos específicos e nas habilidades necessárias para implementar essa política.” No Ciclo 1, essas capacitações iniciaram com a sensibilização de todos sobre os Dez Passos e Três Princípios Norteadores da IHAC-Neo, seguida de capacitações sobre cuidado canguru, relactação e translactação entre outras, que aconteceram no transcorrer do processo. As dificuldades encontradas ocorreram no agendamento das capacitações, em decorrência dos horários disponíveis entre os profissionais e viabilidade para a equipe. A maioria se deu nos horários de trabalho, dentro do setor, sendo por vezes, tumultuado pelas interrupções e ruídos, mas era a forma de conseguir alcançar toda a equipe.

Importante também foi o apoio da instituição, no sentido de oficializar para a equipe as horas de capacitação que foram creditadas como banco de horas. Essa estratégia impactou a motivação dos participantes que eram funcionários da instituição. Esse passo, porém, sobrecarregou a equipe de pesquisadores e equipes da unidade que realizavam as capacitações não tinham somente essa atividade para cumprir, pois eram muitas pessoas para treinar e uma diversidade de temas. Além disso, capacitações que já haviam sido realizadas precisaram ser repetidas, pois houve rotatividade de membros

da equipe de enfermagem e de médicos residentes exigindo novos treinamentos.

A rotatividade na equipe de enfermagem é um desafio significativo dentro da profissão, resultando em muitas consequências negativas para pacientes e organizações (INSTITUTE OF MEDICINE, 2011; HAYES et al., 2012). Davies et al. (2006) relataram consequências negativas significativas da rotatividade de pessoal de enfermagem. Uma vez que a sustentabilidade era sobre normas e diretrizes sendo incorporadas pelos indivíduos, a rotatividade na equipe resultou na evaporação gradual desse conhecimento e prática. O estudo conduzido por Benoit e Semenik (2014), em unidades neonatais do Canadá descreveu que a falta de conhecimentos e habilidades da equipe foi uma das principais barreiras contextuais para a implementação das diretrizes da IHAC-Neo.

Vale ressaltar que para as pessoas envolvidas no processo, a comunicação mostra-se essencial. Participantes de uma pesquisa referiram que gostariam de ser informados das mudanças por meio de diversos métodos de comunicação, mas especialmente face a face ou material atualizado, para que compreendessem por que a mudança é importante e não apenas ser inundados com informações (STEVENS et al., 2007). Isso também foi observado nas capacitações realizadas neste estudo, quando os participantes se sentiam envolvidos no processo e sentiam-se valorizados ao serem incluídos nas discussões dos temas. A informação sobre as evidências por meio das capacitações presenciais gerou motivação nos profissionais para as mudanças.

Desta forma o Passo 2 apresentou um escore que teve um aumento maior que 100% no P2 (de 0,36 para 0,79) e que quando avaliado no P3 ainda aumentou para 0,86. Destaca-se que no P2 mais de 80% dos entrevistados e no P3 mais de 90% relataram ter recebido treinamento teórico e prático sobre a política de AM para PT.

O escore para este passo se dá pela perspectiva da observação e da análise documental e da equipe de saúde. Os critérios “O material de treinamento abrange os Três Princípios Norteadores, os 10 Passos, o Código”; “O treinamento sobre como fornecer suporte para as mães que não amamentam também é fornecido pela equipe. Uma cópia da sessão do curso

apresentado para o treinamento em apoio às mães que não amamentam também está disponível para revisão”; “O treinamento abrange temas-chave, tais como: capacidade de comunicação, os riscos e benefícios das diversas opções de alimentação; ajudar a mãe que não amamenta escolher o que é aceitável, viável, acessível, sustentável e seguro nas suas circunstâncias; a forma segura e higiênica de preparação, alimentação e armazenamento de substitutos do leite materno; como ensinar a preparação das diversas opções de alimentação, e como minimizar a probabilidade das mães que amamentam serem influenciadas a usar fórmula” e “O tipo e a porcentagem da equipe que receberá o treinamento é adequado, dada as necessidades da instituição” não apresentaram escore de adesão no P1, já no P2 estes critérios estavam 100% implementados e mantiveram no P3.

No P1, 57% do corpo clínico entrevistado foi capaz de identificar pelo menos 5 fatores que são importantes para o início precoce da produção de leite: o início precoce (dentro de horas após o nascimento), ordenha frequente pelo menos 6 vezes nas 24 horas/dia, ordenha do leite materno também durante a noite, instrução inicial da ordenha manual, acesso fácil e gratuito a uma bomba de ordenha, e 61% deste corpo clínico entrevistado foi capaz de responder adequadamente, pelo menos, quatro das cinco respostas (para questões relacionadas ao apoio e promoção da amamentação) adequadamente”, e após a implementação da intervenção a adesão foi de 100% nos dois períodos verificados.

Com relação ao treinamento sobre a política de AM no P1 45% do corpo clínico entrevistado relatou que recebeu pelo menos 2 horas de treinamento ou, se estava no cargo há menos de 6 meses, pelo menos recebeu orientação sobre a política; no P2 este número aumentou para 51,2% e no P3 para 61%. No P1, apenas 19% do corpo clínico entrevistado pôde descrever “o que deve ser discutido com uma gestante se ela indicar que está pensando em dar ao seu bebê alguma coisa que não seja o leite materno antes dos seis meses”, no P2 este número apresentou uma melhora para 63,4% no P2 e no P3 a adesão foi de 90%.

As unidades neonatais necessitam ter um plano de educação permanente para todos os novos membros da equipe, independentemente da categoria profissional, para assegurar que toda a equipe tenha uma abordagem

adequada para o incentivo ao AM do PT (HANNULA; KAUNONEN; TARKKA, 2008).

É importante destacar que por se tratar de hospital universitário a rotatividade entre a equipe médica é bastante marcante na instituição na qual a pesquisa foi realizada.

O bebê prematuro e sua família carecem de uma equipe capacitada e experiente no manejo do AM, porém a alta rotatividade de profissionais e de pessoal de saúde em alguns hospitais principalmente nos hospitais universitários, nos quais existe alto fluxo de estudantes de medicina e enfermagem, pode prejudicar o andamento da unidade. O cumprimento constante desse passo é importante e desafiador para assegurar as mudanças nas práticas hospitalares que apontam à promoção, proteção e apoio à amamentação e garantir sua sustentação (ARAUJO; OTTO; SCHMITZ, 2003).

Em relação ao **Passo 7** - “Permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia” passo este também discutido no Ciclo 1, concordância de que os pais têm o direito a ficar 24 horas por dia na unidade, já se mostrava de certa forma presente nos profissionais, mas a estrutura física inadequada, exposta nas barreiras percebidas pelos profissionais, conforme exposto nos resultados no Quadro 3, sempre foi usada como justificativa para sua não permanência em tempo integral, sendo assim neste passo trabalhamos com metas para aumentar o tempo de permanência dos pais nas unidades neonatais, utilizando estratégias como oferecer alimentação durante o período que ali eles permaneciam e empoderando-os nos cuidados dos seus filhos. Algumas crenças ainda permeavam a equipe sobre a permanência integral dos pais. Vale ressaltar que alguns membros da equipe ainda consideraram que as mães não precisam dormir na unidade, que “precisam descansar para ter leite” ou, ainda, que os pais não entendem a importância da permanência 24 h e faz parte do planejamento deles ir para casa para dormir.

O escore para esse passo é calculado pela perspectiva das mães e da observação e análise documental; no critério “A política de amamentação confirma a prática de que a unidade é aberta às mães 24h/7d” no P1 não apresentou adesão e nos P2 e P3 foi totalmente implementado. Os critérios “A observação da unidade confirma a prática de que a unidade é aberta às mães 24h/7d” e “A observação da unidade confirma que não existem sinais ou

cartazes que transmitam restrições às mães de estarem junto com seus bebês” no P1 apresentaram uma adesão de 67% e nos P2 e P3 também foram totalmente implementados. No P1, 95% das mães entrevistadas relataram que a unidade neonatal estava aberta 24h/7d e nos P2 e P3 este número aumentou para 100%.

No P1, 71,4% das mães entrevistadas relatam que tiveram a oportunidade de estar no mesmo quarto em que seus bebês estavam internados na unidade neonatal sem separação ou, se não, existia uma razão justificável (procedimentos nos quais a mãe não poderia estar presente, como cirurgia do bebê, ressonância magnética etc.; doença/cirurgia/tratamento materno, necessidade da mãe de sair temporariamente da sua cama ou quarto pedindo para outra pessoa supervisionar o bebê, razões familiares, etc.) este número diminuiu para 28% no P2 e apresentou um pequeno aumento para 33% no P3. Este fato ocorreu, pois no P1 as mães que tinham seus filhos internados nas unidades neonatais, conseguiam permanecer internadas na enfermaria de puerpério até a alta do RN, no entanto com mudanças que ocorreram na gestão desta enfermaria ficou estabelecido que a mãe que estivesse com filho internado em uma unidade neonatal permaneceria internada sem razão obstétrica por até 3 dias após o parto, desta forma a adesão para este critério apresentou piora durante o processo de implementação da intervenção IHAC-Neo. Já a observação deste critério mostrou que no P1 nenhuma mãe permaneceu junto ao seu bebê, ou possuíam uma razão justificável para serem separados, este critério apresentou uma melhora após a implementação para 33% e no P3 permaneceu 33%.

No P1 100% das mães de bebês que estavam de alta para casa, que foram entrevistadas, confirmaram que tiveram a oportunidade de dormir no mesmo quarto dos seus bebês por um período de internação, este número diminuiu para 75% no P2 e aumentou para 100% no P3.

A política da unidade deve basear-se no respeito pelo direito dos bebês e dos pais à não separação. As mães devem ter a oportunidade de se alojarem, imediatamente após o parto, independentemente de como seus bebês são alimentados. Todos os esforços possíveis devem ser feitos para permitir que mães/pais estejam juntos com seus bebês dia e noite, a menos

que haja razões justificáveis. Quando o alojamento conjunto não é possível, deve-se oferecer às mães a oportunidade de dormir em outro quarto da unidade, ou pelo menos em uma sala a uma curta distância da UTIN (NYQVIST et al., 2013).

No entanto, estudo realizado por Maastrup e Haiek (2018) que por meio de autoaplicação de um questionário verificou a conformidade com a IHAC-Neo em 36 países, encontrou como resultado que muitos países têm restrições quanto à presença das mães ao lado da cama do bebê e não oferecem às mães a possibilidade de se alojarem na enfermaria ou em qualquer outro local do hospital. As mães puderam dormir de fato, no mesmo quarto que seus bebês durante toda a internação em apenas 18% das unidades neonatais.

Na ocasião da implementação do **Passo 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 AM” ocorrida no Ciclo 2, tivemos um facilitador de um dos membros da equipe de pesquisadores fazer parte da equipe do AC e de nesta unidade já haver uma rotina de orientações de gestantes sobre o manejo de manter a lactação na eventualidade de um parto prematuro. Foi também introduzida a prática de uma visita guiada nas UN, no entanto foi crescente a recusa das gestantes para a realização destas visitas, e quando questionadas sobre o porquê as mesmas informaram que era por medo de ter que viver aquela realidade, sendo assim, devido à recusa constante por parte das gestantes as visitas guiadas às unidades neonatais foram suspensas. O acolhimento da gestante pela equipe de saúde qualifica a assistência e possibilita o estabelecimento de vínculos, maior responsabilização pelo processo de cuidado, e o manejo sobre situações de vulnerabilidade relacionadas ao manejo da lactação, amamentação e benefícios do AM. Este Passo desde o P1 já apresentou um bom nível de adesão com um escore de 0,8 que teve uma adesão completa no P2 e sustentou-se no P3.

Pode-se supor que a maioria das mulheres que são confrontadas com parto prematuro duvide de sua capacidade de produzir leite materno e amamentar. O padrão inicial de sucção imatura, frequentemente descrito como desorganizado, pode ser incorretamente interpretado pelas mães e equipe como incapacidade de lidar com a sucção nutritiva (TÖRÖLÄ et al., 2012).

Em muitos contextos, as mães são separadas fisicamente de seus bebês, situação que requer intervenções especiais para que possam amamentar seus filhos. Além disso, o grau de prematuridade e gravidade da doença de um bebê pode afetar seu desenvolvimento de capacidade de sucção nutritiva. Para que a mãe esteja adequadamente preparada para isso, informações adequadas e oportunas são cruciais (NYQVIST et al., 2013).

A sugestão de mães sobre a adaptação da IHAC-Neo incluíam que a informação sobre amamentação dada às mulheres grávidas nas aulas de pré-natal deveria abordar a possibilidade de estabelecimento bem-sucedido da lactação após parto prematuro, usando expressão láctea (à mão ou bomba quando disponível) (NYQVIST; KYLBERG, 2008) e capacidade precoce de bebês prematuros para sucção nutritiva na mama, mas que pode levar algum tempo até que a amamentação seja possível (NYQVIST, 2008).

A informação pré-natal sobre os benefícios do leite materno e aspectos práticos da expressão do leite materno tem sido associada à maior duração da amamentação em prematuros (DALL'OGGIO et al., 2007). As intervenções para apoiar o AM que começam durante a gravidez e continuam durante o período intraparto e pós-natal são mais eficazes, em comparação com as intervenções que ocorrem durante um período mais curto (HANNULA; KAUNONEN; TARKKA, 2008).

É importante sinalizar que esse passo tem uma estreita relação com a primeira etapa do método canguru preconizado pelo Ministério da Saúde a qual é definida como o período que se inicia no pré-natal da gestação de alto-risco, em que devem ser dadas as orientações às gestantes de alto risco quanto às peculiaridades do nascimento de alto risco, apresentação das unidades neonatais às mesmas, início do método canguru e orientações de incentivo ao aleitamento materno, entre outras (BRASIL, 2011).

No Ciclo 2 trabalhamos ainda o **Passo 4** “Encorajar precocemente o contato pele a pele mãe-bebê de maneira contínua e prolongada (Cuidado Canguru)”, sendo que a busca de evidências para a discussão dos critérios de estabilidade do bebê para o contato pele a pele foi essencial para sua implementação.

As evidências sobre os benefícios do Cuidado Canguru entre mãe/pai e filho são crescentes e inclui efeitos positivos no desenvolvimento cerebral da

infantil (CHARPAK et al., 2001), na relação pais-bebê e no bem-estar psicológico dos pais (FLACKING et al., 2012). O tempo de internação (CHARPAK et al., 2001), a duração da amamentação (FLACKING; EWALD; WALLIN, 2011), a resposta a dor durante procedimentos dolorosos (JOHNSTON et al., 2014) e o crescimento físico (SUMAN; UDANI; NANAVATI, 2008) são melhorados quando o cuidado canguru é implementado. Além disso, o vínculo mãe-bebê e o desenvolvimento cognitivo, perceptivo e emocional dos bebês beneficiam-se do cuidado canguru (FELDMAN et al., 2002).

A diversidade de critérios na literatura sobre o que é estabilidade clínica para o cuidado canguru dificultou o consenso no CPP, este por sua vez propôs por considerar determinante para a segurança da equipe e do PT que a indicação do cuidado canguru estaria na prescrição médica e de enfermagem, e que seria um dos itens a ser ressaltados na passagem do plantão da equipe de enfermagem, para lembrar todos sobre a indicação do cuidado canguru para cada RN. Foram também, confeccionados imagens de canguru e estas eram fixadas nas incubadoras como lembrete sobre o estímulo e a indicação desse método de cuidado.

Outra questão levantada pelo CPP foi o fato de a equipe já realizar o cuidado canguru, porém não achar registros do mesmo no prontuário do PT. Para tanto foi solicitada a inserção da informação e registro deste cuidado ao setor de informática do hospital que prontamente inseriu no sistema de monitorização eletrônica do paciente o local para serem lançadas as horas de realização de cuidado canguru pelo PT.

Também foram desenvolvidas estratégias voltadas para a orientação e estimulação dos pais para a importância da permanência na UTIN e UCIN para o cuidado canguru com cartazes na entrada das unidades e no posto de coleta de BLH. Essas orientações também ocorriam durante reuniões semanais entre os pais e um grupo de alunas do curso de graduação da EERP-USP.

No entanto, ainda nos deparamos com justificativas da não realização desse cuidado, sendo essas relacionadas: à falta de tempo da equipe devido à sobrecarga de trabalho; à resistência da equipe para colocar o PT no contato pele a pele, crenças ainda por parte da equipe em não considerar necessário o contato pele a pele nos PT que não ficam mais nas incubadoras aquecidas. Mas houve um início de sensibilização da equipe por meio das capacitações

desta pesquisa. Acreditamos que possa ser melhorado até o ponto que todos os PT que tiverem critério favorável para o cuidado canguru possam usufruir desse benefício. É importante lembrar que o Passo 7 tem estreita relação com esse passo, uma vez que para que ocorra o cuidado canguru, faz-se necessária a presença da mãe na unidade o máximo de tempo possível. Assim, muitas das questões exploradas no ciclo 1 durante o trabalho com o passo 7, voltaram a ser discutidas na implementação desse passo.

O Passo 4 triplicou seu escore de adesão no P2 (aumentou de 0,2 para 0,6) e se manteve no P3. No P1 62,5% dos integrantes da equipe informaram que em geral os pais permaneciam com os seus filhos em contato pele a pele entre 1 e menos 2 h e 27,5% informaram que este tempo era entre 2 e 4 h. Já no P2, 27,5% informaram que o tempo que os pais permaneciam em contato pele-a-pele com seus filhos era entre 1 e menos que 2 horas, 47,5% informaram que este tempo era entre 2 e 4 h e 20% relataram que este tempo era superior a 5 h. No P3 o período entre 1 e menos que 2 horas foi informado por 25%, o período de 2 e 4 h por 42,5% e o tempo superior a 5 h por 30%. Apesar do escore do Passo 4 não ter apresentado alteração quando comparado P3 com P2 ao tempo em horas de contato pele a pele relatado pela equipe de saúde apresentou um aumento importante.

Separar-se e não conseguir realizar o cuidado canguru com seu RN foi percebido negativamente pelas mães entrevistadas em estudo de Norén e colaboradores (2018), no entanto, estas mães se adaptaram à situação e aceitaram a separação e até mesmo viram certas vantagens, como poder descansar e ganhar energia quando longe da criança. Isso pode ser interpretado como normalização da separação. Porém, é possível que limitações ambientais, como a falta de oportunidades para permanecer na UTIN 24 horas por dia, tenham influenciado a percepção de separação de algumas mães.

Com relação às mães entrevistadas 95% delas nos P1 e P2 e 100% no P3 informaram que seus bebês foram colocados em contato pele a pele pelo menos 1 vez na unidade neonatal. Quando questionadas sobre o tempo que duraria um típica sessão de Cuidado Canguru no P1 19% destas mães responderam que menos que 1 h, 57% entre 1 e menos que 2 h e 19% entre 2 e 4 h. No P2, 24% responderam que esta sessão duraria entre 2 e 4 h, 33%

entre 5 e 9 h, 14% entre 10 e 19 h e 24% continuamente. No P3, 24% das mães responderam que esta sessão duraria entre 2 e 4 h, 28,5% entre 5 e 9 h, 14% entre 10 e 19 h e 24% continuamente.

Em estudo realizado em duas UTINs na Suécia sobre a experiência das mães com o cuidado canguru, as mães que realizaram cuidado canguru durante a maior parte do dia relataram que sentiram que o contato pele-a-pele era desgastante, principalmente porque reduzia sua mobilidade. Algumas mães que realizaram cuidado canguru durante a noite descreveram como desgastante por causa da falta de conforto, além de ter que fazer pausas para adquirir algum descanso. Os fatores mencionados por estas mães como facilitadores do cuidado canguru foram o acesso a uma sala privada, um aparelho de televisão ou computador, um telefone celular e uma cozinha na qual eles poderiam preparar sua própria comida e socializar com outros pais. Outras circunstâncias mencionadas pelas mães como facilitadoras eram que eles recebiam café da manhã na enfermaria e podiam receber visitas (NORÉN et al., 2018).

Há evidências de que o Cuidado Canguru se concebe em uma intervenção eficaz na promoção do AM, produzindo prevalências mais altas que o cuidado convencional, pois o contato pele a pele estimula a produção láctea, aumenta a duração da amamentação, proporciona maior ganho de peso, diminui o tempo de hospitalização e favorece o vínculo afetivo (ALMEIDA et al., 2010; NYQVIST et al., 2010; BLOMQVIST et al., 2013; CONDE-AGUDELO; DÍAZ-ROSSELLO, 2014, NORÉN et al., 2018).

Com relação ao **Passo 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”, trabalhado também no Ciclo 2, tínhamos nas unidades neonatais uma situação estabelecida da transição da sonda ao peito através do uso do copinho, sendo que a translactação era uma prática utilizada porém não consolidada nas unidades neonatais. Com isso foram realizadas capacitações específicas para os profissionais da UCIN e alojamento conjunto. Como Hospital Amigo da Criança, a utilização de mamadeiras já não fazia parte da rotina e a sucção não nutritiva era admitida somente para procedimentos dolorosos. No entanto era claro para o CPP a prática da utilização de um “dedo de luva”, ou seja, preenchimento de um dedo

de luva de látex com algodão ou gaze em substituição à chupeta, com a justificativa de necessitar acalmar o bebê choroso.

Assim, os membros do CPP convidaram a equipe multiprofissional das unidades neonatais para uma reunião do grupo de neonatologia na qual se discutiu então as evidências sobre o uso de chupetas em PT sendo proposta então a construção de um protocolo para o uso da chupeta nas unidades neonatais. A construção do protocolo (Apêndice 4) foi um momento de união da equipe multiprofissional que trabalhou intensamente para que este fosse implementado nas unidades neonatais. A partir da implementação deste protocolo, a prática do “dedo de luva” foi extinta. As recomendações do protocolo para o uso de chupeta nas unidades neonatais defendem que esta só será oferecida em última instância, antes que todas as demais possibilidades que visem à diminuição do estresse do PT.

O uso de chupetas é uma prática antiga, mas muitas vezes torna-se um ponto de debate quando pais e profissionais pretendem proteger e promover o AM de forma mais apropriada para nutrir bebês. Lubre e Tem Ham-Baloyi (2017) discutem a literatura atual disponível sobre o uso de chupeta para permitir a tomada de decisão crítica sobre o uso justificável de chupetas, especialmente no contexto da IHAC. Pode ser benéfico usar chupetas no ambiente hospitalar nas circunstâncias resumidas abaixo, mas é extremamente importante que todos os possíveis esforços sejam feitos para evitar a separação mãe-bebê, e considerar o uso de chupeta somente quando a díade não puder ser mantida junta (PINELLI; SYMINGTON, 2005). Condições médicas justificáveis para o uso de chupetas incluem o seguinte: crianças com peso inferior a 1.500g e com idade gestacional inferior a 32 semanas, bebês com risco de hipoglicemia, doença grave da mãe impedindo-a de amamentar (temporária ou permanentemente), medicação materna que impede a mãe de amamentar, como sedação, drogas psicoterapêuticas e quimioterapia citotóxica (UNICEF, 2009); bebês com necessidade de estimulação oral precoce para manter e desenvolver o reflexo de sucção (HARDING; LAW; PRING, 2006); bebês em ambientes de UTIN com necessidade de acalmar, aliviar a dor e diminuir o estresse; bebês recebendo alimentação de tubo (CIGNACCO et al., 2007; NYQVIST et al., 2013).

Recomendações gerais para determinar a adequação do uso de chupeta para bebês PT incluem a determinação de um programa de alimentação individual por profissionais de saúde qualificados (UNICEF, 2009). Pais e cuidadores devem ser rotineiramente aconselhados por tais profissionais sobre o uso seguro e apropriado da chupeta (ADAIR, 2003; AMERICAN ASSOCIATION OF PEDIATRICS, 2005; PONTI, 2013), e as informações dadas aos pais devem incluir motivos justificáveis para o uso de chupeta no hospital (NYQVIST et al., 2013), bem como formas alternativas de acalmar antes de utilizar a chupeta, como o cuidado canguru (PINELLI; SYMINGTON, 2005) e recomendações para minimizar o uso de chupeta (NYQVIST et al., 2013).

A adesão deste passo foi construída por meio da somatória das perspectivas materna, da equipe de saúde e da observação e análise documental.

No P1 as observações nas unidades neonatais indicaram 67% dos bebês de mães que amamentavam e mães que possuíam a intenção de amamentar, não estavam usando mamadeira, este número aumentou para 100% no P2 e manteve-se no P3.

No P1 30,7% das mães entrevistadas as quais estavam amamentando, ou tinham a intenção de amamentar, relataram que, até onde elas sabiam, os seus bebês não tinham sido alimentados utilizando mamadeira com bico artificial, a menos que a mãe tenha solicitado explicitamente pelo uso; este número aumentou para 64,7% das mães no P2 e diminuiu para 58,8% no P3.

Já o corpo clínico no P1 16,6% dos entrevistados relatou que não é introduzida mamadeira para bebês amamentados a menos que existam razões justificáveis, e - quando a mãe quer introduzir mamadeira - eles informam os riscos a ela; no P2 este número aumentou para 60% dos entrevistados e no P3 para 97%. No P1 52,3% do corpo clínico entrevistado descreveu pelo menos duas razões justificáveis para o uso da chupeta (alívio da dor, estimulação da sucção, conforto, ajuda o bebê a dormir); este critério apresentou um aumento para 73% no P2 e 95% no P3.

Estudo realizado por Soares e colaboradores (2003) constatou associação estatisticamente significativa entre o desmame e o uso da chupeta e mamadeira. Crianças amamentadas até um mês de idade, que usavam

chupeta, tiveram chance 2,8 vezes maior de serem desmamadas até o sexto mês. Estudos também apontam o uso de chupeta e mamadeira como fatores culturais que levam ao desmame precoce (SOARES et al., 2003; ARAÚJO et al., 2008; FRANÇA et al., 2008; BUCCINI, 2017). Vale ressaltar que esses estudos foram realizados com RN a termo.

No P1, 85% das mães entrevistadas que estavam amamentando ou que pretendiam amamentar, relataram que lhes foi ensinado como alimentar seu bebê com sonda ou copo, se a suplementação fosse necessária; este número aumentou para 100% no P2 e susteve-se no P3.

Antes da implementação da intervenção IHAC-Neo nenhuma mãe que amamentava e foi entrevistada relatou que fora informada sobre as razões justificáveis para o uso de chupeta na unidade neonatal e as razões pelas quais a chupeta pode reduzir a produção láctea durante a lactação, já após o término da implementação este número aumentou para 38% e um ano após o término da implementação este número era de 42,8%. No P1, 33% destas mesmas mães relatam que foram informadas sobre formas alternativas de acalmar o bebê, e como minimizar o uso da chupeta após a alta da unidade neonatal este número aumentou para 90% no P2 e no P3, 85,7%.

No P1, 69% do corpo clínico entrevistado foi capaz de descrever como usar o protetor de mamilo de forma adequada ou descrever a quem referenciavam a mãe para receber esta instrução. No P2 eram 85% do corpo clínico e no P3 97%. Quando questionados sobre pelo menos duas razões justificáveis para o uso do protetor de mamilo nenhum membro da equipe foi capaz de responder no P1, 50% descreveram as razões justificáveis para o uso de protetores de mamilo no P2 e este número aumentou para 69% no P3.

Neste passo ao comparar P1 ao P2, notamos que a adesão aumentou de 0,15 para 0,62 e no P3 ainda apresentou um escore de 0,77. É importante salientar que a nova política de AM diferentemente da IHAC convencional afirma que a primeira experiência de sucção deve ser no peito, no entanto contempla métodos alternativos à alimentação e, se necessário, expõe formas apropriadas e seguras para utilizar esses métodos, além das razões justificáveis para o uso da chupeta e protetores de mamilos.

Vale destacar que uma contribuição para a adesão deste passo foi o treinamento da equipe de enfermagem com relação à relactação/translactação.

Embora não tenhamos os dados do aumento do número deste procedimento neste período este pode ter sido um fator que favoreceu esta prática.

Em estudo realizado por Mehta et al. (2018) que tinha como objetivo conhecer a taxa de sucesso de relactação por aconselhamento adequado e grupo de apoio positivo relatou que as chances de relactação completa foram menores quando a criança foi alimentada com mamadeira. A relactação foi possível em 100% das mães pelo apoio contínuo e positivo de familiares e profissionais de saúde treinados.

Sinalizamos mais uma vez o Passo 7 como primordial na implementação da IHAC-Neo, aqui, nesse passo, pelo fato de que a presença da mãe poderia facilitar na decisão e realização da técnica de translactação como um método alternativo e de transição até o completo estabelecimento da amamentação.

A implementação do **Passo 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”; foi realizada no Ciclo 3, pois, por já ser um hospital amigo da criança, o CPP acreditava que não haveria dificuldades na implementação deste passo, no entanto trabalhar com “estabelecer precocemente o AM com a estabilidade do bebê como único critério” foi um grande obstáculo, uma vez que concomitante à realização deste estudo tivemos nas unidades neonatais a implementação do protocolo “Oferta de leite materno cru para recém-nascidos pré-termo”, elaborado em março de 2015 após reunião clínica da equipe de neonatologia e baseado em um estudo sobre infecção pós-natal ao citomegalovírus (CMV) realizado por pesquisadores deste mesmo serviço. Esse protocolo também influenciou essencialmente o passo 6 que foi sendo adiado para ser discutido entre os ciclos, em razão dessa especificidade, sendo então trabalhado apenas no ciclo 4.

O CMV é um herpes vírus, não sazonal, específico da espécie humana. Após a primeira infecção, tal como os outros herpes vírus, fica latente nos monócitos e granulócitos (MOCARSKI; SHENK; PASSE, 2006) o que condiciona a possibilidade de reativação, podendo infectar fetos em gestações sucessivas. Aproximadamente 50% dos adultos e 58% das grávidas são soropositivas para CMV (CUNHA, 2009). Na cidade de Ribeirão Preto a prevalência da infecção congênita por CMV é de 1% em uma população com soro prevalência de 97% (MUSSI-PINHATA et al., 2009; YAMAMOTO et al.,

2013). Devido a esta alta soro prevalência, o serviço não realiza rotineiramente o teste laboratorial para avaliar infecção materna pelo CMV no pré-natal e nem no pós-parto.

Os efeitos da aquisição pós-natal de CMV é frequentemente assintomático e acredita-se que resulte em baixa morbidade (HAMPRECHT, et al., 2008). No entanto, estudos recentes relatando que as infecções por CMV pós-parto em prematuros causam sintomas clínicos sérios, incluindo comprometimento respiratório, neutropenia, trombocitopenia, hepatomegalia e síndromes sépticas, renovaram o interesse pelos efeitos desse patógeno no período pós-natal imediato. (HAMPRECHT et al., 2008; LUCK; SHARLAND, 2009; KURATH et al., 2010, MARTINS-CELINI et al., 2016).

O protocolo do CMV, elaborado e aplicado após a pesquisa realizada concomitantemente à implementação da IHAC-Neo e publicada por Martins-Celini et al. (2016) inclui as seguintes recomendações para a equipe multiprofissional das unidades neonatais:

- RN com idade gestacional <29 semanas: oferta de leite materno pasteurizado nas primeiras oito semanas. Após este período, este leite deverá ser substituído preferencialmente pelo leite materno cru.
- RN com idade gestacional ≥29 semanas e <31 semanas: oferta de leite materno pasteurizado até idade corrigida de 35 semanas, a partir de quando deverá ser iniciado o leite materno cru.
- RN com idade gestacional ≥31 semanas ou filhos de mães soronegativas para este vírus: oferta preferencialmente de leite materno cru.

Este protocolo foi colocado em prática nas unidades neonatais em maio de 2015, durante o processo de implementação da IHAC-Neo antes do CPP discutir metas e tomar decisões para mudanças práticas referentes ao Passo 5 (Apresentar às mães como iniciar e manter a lactação e estabelecer precocemente a amamentação com a estabilidade do bebê como único critério). Conforme observamos durante as reuniões do CPP a implantação deste protocolo nas unidades neonatais desestimulou os membros do CPP, assim como a equipe de enfermagem, de fonoaudiologia e do banco de leite humano, impedindo o início precoce da amamentação nos PT, diminuindo a oferta de leite materno cru para essa clientela e, indiretamente diminuindo os

estoques de leite humano que o BLH do hospital que recebia das mães dos bebês internados nas unidades neonatais (segundo relatos do representante do BLH nas reuniões do CPP), essas ações contrariavam as diretrizes da IHAC-Neo de estimular a amamentação precoce nessa população, as quais os membros do CPP estavam se empenhando para implementar nas unidades neonatais.

Com a implantação do protocolo do CMV foram realizadas inúmeras discussões sobre as divergências entre o protocolo da oferta de leite cru e as diretrizes da IHAC-Neo entre os membros do CPP e os pesquisadores responsáveis pelo referido protocolo, com a finalidade de reduzir a interferência negativa do mesmo no sucesso do AM em prematuros. Como resultado destas discussões obtivemos uma readequação e flexibilização relativa do protocolo, no qual passou a ser que os RN com idade gestacional maior ou igual a 30 semanas (e não mais 31 semanas), já pudessem receber leite materno cru e, portanto, a amamentação com mamadas em semidemanda diretamente no peito. Assim, o protocolo a ser seguido pelas unidades neonatais a partir de agosto de 2015 foi o seguinte:

- RN com idade gestacional <29 semanas: oferta de leite materno pasteurizado nas primeiras 8 semanas. Após este período, este leite deverá ser substituído preferencialmente pelo leite materno cru.
- RN com idade gestacional entre ≥29 semanas e <30 semanas: oferta de leite materno pasteurizado até idade corrigida de 35 semanas, a partir de quando deverá ser iniciado o leite materno cru.
- RN com idade gestacional ≥30 semanas ou filhos de mães soronegativas para este vírus: oferta preferencialmente leite materno cru.

A adesão deste passo foi construída através da somatória das perspectivas materna, da equipe de saúde e da observação e análise documental.

O escore de adesão **do Passo 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” aumentou de 0,33 no P1 para 0,72 no P2 e ainda apresentou uma melhora para 0,78 no P3.

No P1 73% das mães que amamentam e que foram entrevistadas relatam que tiveram acesso ao apoio à amamentação pela equipe durante a internação do bebê na unidade neonatal, este número aumentou para 83% no P2 e 94% no P3. No entanto somente 15% das mães entrevistadas que queriam proporcionar leite materno aos seus bebês relataram que receberam informações, apoio e ajuda prática com o início da produção de leite em até 6 horas após o nascimento ou chegada do bebê na unidade, e lhes foi mostrado como ordenhar o seu leite manualmente ou por bomba, este número aumentou para 22% no P2 e não apresentou alteração no P3.

Pelo menos 80% das mães que amamentavam ou tinham a intenção de amamentar e que foram entrevistadas nos três períodos relataram que elas foram inicialmente informadas que amamentar ou ordenhar seu leite pelo menos 6 vezes a cada 24 horas, mesmo durante a noite, é recomendado para manter a produção de leite.

No P1 30,9% do corpo clínico entrevistado descreveram a estabilidade do bebe como único critério para início precoce da amamentação, este número aumentou para 34,1% no P2 e para 63% e no P3, contrastando com o peso e/ou idade gestacional do prematuro, que tradicionalmente são utilizados como parâmetros indicativos. Modificar esse padrão tem sido, portanto um desafio para a equipe de saúde, que deve reconhecer o momento ideal e seguro para o início da amamentação entre os prematuros.

Estudo realizado por Nyqvist (2008) em que bebês muito prematuros têm capacidade de desenvolver precocemente a competência motora oral suficiente para o AME. Sendo assim, as mães devem ser encorajadas a iniciar a amamentação e amamentar seus bebês sem quaisquer limitações injustificadas. Para tanto os hospitais devem permitir que as mães estejam juntas com seus bebês, de preferência 24 horas por dia, e apoiá-las a assumir a responsabilidade pela alimentação e amamentação assim que estiverem dispostas e capazes de fazê-lo, seguindo um modelo de alimentação semidemanda.

No **Passo 8** - “Encorajar livre demanda ou, quando necessário, a semidemanda de amamentação como uma estratégia transicional para prematuros ou bebês doentes”, trabalhado também no ciclo 3; a literatura mostra que quando a criança que está internada na unidade neonatal e tem

condições para permanecer em alojamento conjunto e a mãe pode ser reinternada para acompanhar seu filho até a alta hospitalar, há o aumento da possibilidade de estabelecer a livre demanda e consequentemente o AME na alta.

Estudo prospectivo descritivo sueco realizado com mães de 15 prematuros nascidos com idade gestacional entre 26 e 31 semanas aplicou os conceitos de semidemanda com prescrição de um volume de leite total diário (e não por horários) durante a transição da alimentação programada para a livre demanda, guiada por sinais de fome e saciedade da criança. As mães foram encorajadas a amamentar diante da presença de qualquer sinal de fome, mesmo que discretos, de mudança de estado comportamental e interesse do prematuro na sucção; e quando o intervalo de tempo para a mamada havia ultrapassado (no final de um intervalo de 3h), a suplementação foi administrada, quando necessário, a fim de eventualmente alcançar uma frequência de amamentação diária suficiente para um crescimento adequado. A amamentação neste estudo foi iniciada a partir de 29 semanas de idade gestacional, confirmando a capacidade dos prematuros de desenvolver precocemente a competência motora oral suficiente para o estabelecimento da amamentação plena mesmo com pequena idade gestacional (NYQVIST, 2008).

O conceito da alimentação por semidemanda ainda não é difundido e praticado no Brasil. Davanzo et al. (2014) descreveram a prática da semidemanda como a alimentação de prematuros em resposta à fome e sugestões de saciedade demonstradas pelo próprio bebê, em vez de intervalos programados e com quantidade predefinida de leite. Profissionais da saúde devem reconhecer que a oferta frequente de volume muito pequeno de leite aos prematuros é considerada como um padrão de alimentação fisiológico e, portanto, a prática da alimentação por semidemanda deve ser adotada na rotina clínica.

Para viabilizar a semidemanda como estratégia de transição para o AME, é necessário que as mães estejam juntas com seus bebês, de preferência 24 horas por dia, e recebam apoio para assumir a responsabilidade pela alimentação e amamentação assim que estiverem dispostas e capazes de fazê-lo, sendo assim esta estratégia não pôde ser totalmente viabilizada, por motivos já contextualizados no Passo 7, como falta de estrutura para as mães

permanecerem nas unidades juntos aos seus filhos, no entanto quando a mãe estava presente na unidade esta estratégia era utilizada. Assim, notamos mais uma vez a importância do Passo 7 também na implementação desse passo.

Vale ressaltar aqui, que de acordo com o protocolo do CMV, muitos RN nascidos com IG menor que 30 semanas mesmo que com estabilidade clínica não poderiam ser colocados para sugar o seio materno até o término das 8 semanas, sendo assim, o protocolo do CMV também pode ter impactado negativamente na implementação deste passo.

Este passo apresentou um escore de 0,14 no P1 que aumentou para 0,86 no P2 e susteve-se no P3. Apesar deste aumento substancial no escore apenas 39% das mães entrevistadas nos P2 e P3 que pretendiam amamentar relataram que estiveram envolvidas na escolha da estratégia para o estabelecimento de seu objetivo para amamentação. Há uma diversidade de maneiras de realizar esta transição, em virtude da dificuldade de se manejar essa fase na prática; no entanto, estimular a amamentação o mais precocemente possível tem sido considerado o processo mais fisiológico e favorável para o desenvolvimento de todo o processo com eficácia e duração prolongada do AME em prematuros (NYQVIST; KYLBERG, 2008; NYQVIST et al., 2013).

No **Passo 6** - “Não oferecer alimentos ou outras bebidas que não seja leite humano aos RNs, exceto se houver indicação médica”, trabalhado no ciclo 4; as metas de diminuição de prescrição de complementação foram atingidas, isso foi possível com a elaboração do protocolo para complementação pela equipe médica.

No entanto este passo apresentou o mais baixo escore de adesão geral, com 0,33 no P1, diminuindo para 0,22 no P2 e voltando para o nível anterior de 0,33 no P3. Um dos critérios com pior adesão a este Passo referiu-se à falta de conhecimento das mães em relação ao tipo de leite que seus bebês estavam recebendo, no P1 57% das mães entrevistadas relatam que seus bebês receberam somente leite materno (no peito ou ordenhado) ou leite do banco de leite humano ou, se receberam algo mais, foi devido razões médicas aceitáveis. No P2 este número aumentou para 72,4% e no P3 diminuiu para 26%.

O baixo escore apresentado por este passo nos três períodos pode ser contextualizado pela falta de discussões e orientações da equipe para mães que não amamentam ou cujos bebês estavam recebendo fórmula infantil sobre os riscos e benefícios das várias opções de alimentação e sobre como decidir a alimentação mais adequada para seu filho, conforme os critérios da IHAC-Neo, pois no P1 apenas 16% mães entrevistadas que decidiram não amamentar ou cujos bebês estavam recebendo fórmula relataram que o corpo clínico discutiu com elas as várias opções disponíveis para alimentação, os riscos e benefícios das mesmas, e foram ajudadas a decidir qual a mais adequada nas suas situações. Houve um aumento quanto ao esse relato das mães para 48% no P2 e diminuição para 19% no P3. Observamos que, por mais que as práticas tenham se modificado, permanece, em paralelo, certa dificuldade de incluir a família de maneira mais profunda, com orientações mais detalhadas que lhe permitam cada vez mais estar inteirada de todo o processo e sentir-se capaz de participar das decisões clínicas e do encaminhamento de condutas.

É importante ressaltar que para a implementação deste passo houve a necessidade de se providenciar um local para a demonstração da técnica de preparo das fórmulas, para aquelas mães (famílias) cujos bebês receberam alta com prescrição de fórmula. Devido à falta de estrutura física da unidade, foram criadas alternativas pelas enfermeiras das unidades para a demonstração desta técnica, no entanto não foi permitido esta demonstração dentro das unidades devido às políticas sanitárias das instituições.

Além disso, a implantação do protocolo da oferta de leite materno cru para RN pré-termo para prevenção da infecção por CMV nas unidades neonatais que recomenda a não oferecer leite materno cru para prematuros nascidos com menos de 30 semanas, também pode ter contribuído indiretamente para uma diminuição da oferta de leite materno.

Chama-nos atenção que a aplicação do protocolo do CMV nesse passo pode ter interferido, mais do que nos passos 5 e 8, já percorridos anteriormente os quais puderam ter tido a influência do protocolo do CMV, mas se referiam a passos que não envolviam diretamente a oferta do leite materno, mas sim, atitudes da equipe relacionadas à demonstração às mães de como iniciar e ao encorajamento da livre demanda ou, da semidemanda na amamentação. Assim, percebemos que o estabelecimento do protocolo do CMV, pode ter

influenciado mais a equipe médica que prescrevia o leite, do que as equipes de enfermagem, de fonoaudiologia e do banco de leite humano que ofereceriam as orientações às mães dos prematuros.

Nesse sentido, acreditamos que a influência do CPP sob esse aspecto favoreceu as práticas da IHAC-Neo, uma vez que esse grupo se mostrou muito preocupado com as consequências da aplicação desse protocolo na amamentação dos prematuros e, embora o protocolo tenha sido implantado, o papel do CPP como multiplicador da equipe em relação às diretrizes e práticas da IHAC-Neo foi importante, pois os escores dos demais passos (5 e 8) que tinham estreita relação com o protocolo, mantiveram-se ou melhoraram nos P2 e P3.

Com relação ao **Passo 10** - “Preparar os pais para a continuidade do AM e assegurar acesso a grupos/serviços de apoio após a alta hospitalar”, trabalhado também no ciclo 4; Estudos demonstram que a continuidade dos cuidados na comunidade, também mostrou-se crucial para manter as melhores taxas de amamentação nos serviços de saúde que prestam cuidados materno e neonatais (PERÉZ-ESCAMILLA; MARTINEZ; SEGURA-PÉREZ, 2016).

O hospital estudado dispõe de BLH com atendimento a clientela egressa das unidades neonatais e apresenta ambulatório de seguimento do prematuro, facilitando a continuidade do cuidado conforme preconizado pela IHAC-Neo, vale ressaltar ainda que a população da cidade em que este serviço está situado ainda conta com o Programa Floresce Uma Vida, que no próprio hospital, os profissionais fazem o agendamento da criança para consulta médica e/ou de enfermagem na UBS mais próxima da residência da mãe, para no máximo 10 dias após o parto, para todas as crianças que forem identificadas como sendo de risco.

Porém, ainda são necessários mais esforços para que a assistência integral e contínua ao prematuro seja efetiva e com o olhar também voltado para a amamentação e lactação materna.

Durante a implementação da IHAC-Neo uma das metas do CPP era a criação de um ambulatório para atendimento precoce dos bebês prematuros que tivessem alta hospitalar, desta forma este grupo mobilizou e envolveu a equipe das unidades neonatais com a equipe do ambulatório para a criação deste ambulatório, com a finalidade de atender precocemente a díade mãe-

premature no pós-alta com foco na amamentação. Infelizmente, esta estratégia não se concretizou durante a execução da intervenção por falta de recursos humanos e questões burocráticas institucionais, mas a equipe de saúde continuou se empenhando para a criação deste ambulatório, o qual foi inaugurado em outubro de 2017.

A continuidade do AM é tratada no Passo 10 que também assegura o acesso a grupos/serviços de apoio após a alta hospitalar. Este passo também apresentou um aumento satisfatório nos escores que no P1 era 0,3 passou para 0,6 no P2 e aumentou para 0,7 no P3. Corroboraram para o aumento destes escores relatos de mães que no P1 20% das mães entrevistadas informaram que receberam informações de como elas podem iniciar a amamentação com suporte, se necessário, durante a hospitalização do bebê e após a alta. Este número aumentou para 72,7% no P2 e para 81,25% no P3. A tarefa da equipe da UTIN é tornar os pais confiantes nos problemas de alimentação antes da alta e preparar a mãe para desafios comuns na amamentação de bebês prematuros e onde encontrar apoio à lactação e à amamentação após a alta.

Com relação à alta do bebê no P1 30% das mães entrevistadas relatam que a alta do bebê era planejada em colaboração com a família; este número apresentou um aumento para 54,5% no P2 e 56,25% no P3. Tendo em vista que as mães enfrentam muitos obstáculos para continuar amamentando o filho prematuro após a alta hospitalar, é imprescindível que elas recebam o apoio necessário após a alta, uma vez que a transição para a casa costuma ser um desafio, mesmo quando a amamentação está bem estabelecida (BENGOZI et al., 2010).

No entanto no que se diz respeito à continuidade da assistência após a alta hospitalar, no P1 22,2% das mães entrevistadas relataram que foram vistas logo após a alta (de forma individualizada de acordo com as condições do bebê) na unidade de saúde, ou na comunidade por um profissional de apoio à amamentação o qual avaliou a alimentação e deu o apoio necessário, ou estimulou a ver uma pessoa como suporte, no P2 este número aumentou para 37,5% e manteve-se no P3.

Quando o bebê de uma mãe que pretende se alimentar exclusivamente na mama é liberado antes que esse objetivo seja estabelecido, o apoio à

amamentação exclusiva dada por um enfermeiro / profissional experiente tem sido associado a uma alimentação mais longa com leite materno e maior tempo de amamentação (MEERLO-HABING et al., 2009).

Se a mãe e a criança recebem alta antes que a amamentação exclusiva seja realizada, deve haver um plano a ser seguido por todos os profissionais envolvidos no cuidado (RENFREW; CRAIG; DYSON, 2009). As novas tecnologias oferecem várias possibilidades de suporte, como videoconferências, contato via celular etc., para facilitar a alta precoce e o acompanhamento após a alta (LINDBERG; AXELSSON; OHRLING, 2009).

No que se refere à adesão ao **Princípio Norteador 1** (PN1) - “A atitude da equipe deve focar e responder às necessidades individuais de cada mãe no seu contexto” aumentou de 0,5 no P1 para 1,0 no P2 e manteve-se no P3. Lembrando que o escore para o PN1 é formado pela somatória da perspectiva materna e pela perspectiva da observação e revisão documental, no P2 este princípio apresentou adesão parcial plena. É importante atingir e manter uma adesão plena quando se fala em tratar as mães com sensibilidade, empatia e respeito pelo papel materno e apoio na tomada de decisões informadas sobre produção de leite, amamentação e alimentação infantil.

As mães devem ser apoiadas na tomada de decisões conscientes sobre a produção de leite, amamentação e alimentação do bebê, e a equipe deve mostrar respeito às mães que decidem ou são aconselhadas a não amamentar, ou não conseguem alcançar seus objetivos de amamentação (NYQVIST et al., 2015). É necessário também, que os profissionais aceitem e respeitem a escolha materna e evitem a culpa da mãe se ela decidir não amamentar (BONET et al., 2015).

O **Princípio Norteador 2** (PN2) - “Todas as ações devem facilitar a abordagem do cuidado centrado na família” apresentou um escore de 0,3 no P1 e aumentou para 0,7 no P2 e susteve-se no P3. Os preceitos do cuidado centrado na família em unidades neonatais foram abordados em estudo qualitativo com mães e familiares de RN internados em hospital quaternário do município de São Paulo/SP. As dificuldades apontadas pelos participantes incluíram a percepção de que nem sempre são cuidados pela equipe e que suas necessidades não são atendidas plenamente nesse contexto de hospitalização do bebê; a falta de acolhimento na unidade; as condições de

estrutura física desfavoráveis; a divergência de conduta entre os profissionais, entre outras. Isto revela que esse modelo de cuidado está distante de ser alcançado na prática clínica dos profissionais da referida unidade neonatal, apesar de também relatarem a receptividade, carinho, atenção dispensada, disponibilidade de ouvir e oferecimento de informações e esclarecimento de dúvidas, como preconiza o cuidado centrado na família (BALBINO et al., 2016).

O escore tanto para o PN2 como o PN1 é formado pela somatória da perspectiva materna e pela perspectiva da observação e revisão documental, e no P2 e no P3 este princípio apresentou melhora nas duas perspectivas atingindo 75% da pontuação para a perspectiva materna e 66% da pontuação da perspectiva da observação e revisão documental.

O **Princípio Norteador 3 (PN3)** - “Assegurar a continuidade do cuidado entre os períodos pré, peri e pós-natal, bem como após a alta hospitalar” – apresentou uma adesão no P1 de 0,55 que aumentou para 0,88 no P2 e se manteve no P3. O escore para o PN3 é formado pela somatória dos pontos da perspectiva materna e da equipe e pela perspectiva da observação e revisão documental. No P1 estes pontos corresponderam a 33% da perspectiva da equipe de saúde, 100% da perspectiva materna e 33% da perspectiva da observação e análise documental, no P2 e no P3 este princípio apresentou melhora nas suas perspectivas atingindo 66% da pontuação para a perspectiva da equipe, e 100% para as perspectivas maternas e da observação e revisão documental.

A adesão geral aos Três PN pode ser considerada positiva, uma vez que os escores de adesão mais que dobraram quando comparados P2 com P1 e mantiveram-se iguais quando comparado P3 com P2. No entanto não podemos dizer que houve uma adesão geral aos Três Princípios Norteadores uma vez que o PN2 não atingiu os 80%. Para uma adequada adesão aos escores da IHAC-Neo e para considerar os Dez Passos e Três Princípios Norteadores completamente implementados, são recomendados escores de no mínimo 80%, conforme Haiek (2012).

No que se refere ao Código Internacional para Comercialização dos Substitutos de Leite Materno, este apresentou uma adesão de 0,56 no P1, 0,81 no P2 aumentando para 0,88 no P3. É encorajador que o cumprimento do Código tenha tido uma adesão maior que 80%.

Para Maastrup e Haiek (2018) esse achado ressalta o conceito de que a introdução da IHAC levou a mudanças positivas nas atitudes dos profissionais de saúde em relação à proteção da amamentação. Além do que aumentar a adesão de 0,51 para 0,81 e mantê-la em 0,88 mostra-nos a efetividade da implementação no Código.

É importante sinalizar aqui algumas questões que a literatura mostra acerca da sustentabilidade, uma vez que um dos objetivos do presente estudo foi verificar a manutenção dos escores da IHAC-Neo, um ano após a sua implementação.

As instituições de saúde tem investido grandes recursos no desenvolvimento e implementação de práticas de trabalho mais eficientes e eficazes. Isso levou a um foco crescente na pesquisa sobre implementação (McHUGH; BARLOW, 2010). No entanto, pouco se sabe sobre a sustentabilidade das intervenções, ou seja, a fase de implementação quando o apoio inicial foi retirado, os elementos centrais são mantidos e a capacidade para a continuação do desempenho dos elementos centrais é mantida (WILTSEY STIRMAN et al., 2012).

Há uma década, a sustentabilidade era descrita como “uma das mais sérias lacunas na literatura” (GREENHALGH et al., 2004) e, apesar do crescente interesse pela sustentabilidade nos últimos anos, a maioria das pesquisas de implementação concentra-se nas fases iniciais de implementação (PROCTOR et al., 2015). A implementação inicial bem sucedida não garante valor em longo prazo. A sustentabilidade das intervenções KT é primordial para garantir a qualidade em longo prazo na assistência aos pacientes (McGLYNN et al., 2003; SCHEIRER, 2005; WANG et al., 2005; WILTSEY STIRMAN et al., 2012;). A capacidade de sustentar os efeitos de uma determinada intervenção pode depender de quão bem uma intervenção é continuamente adaptada ao contexto (CHAMBERS et al., 2013; ROBERT; FULOP, 2014).

A efetividade de qualquer intervenção clínica, incluindo a IHAC-Neo, depende da implementação e utilização da intervenção pelos profissionais de saúde na prática, encorajando-os a voluntariamente tomar a responsabilidade em implementar e sustentar a inovação na prática clínica (CIRH, 2011). Assim a implementação dessa intervenção no presente estudo guiada pelo referencial teórico da KT, pôde facilitar a verificação da adesão e a sustentabilidade de

práticas inovadoras, norteada pelo modelo conceitual PARIHS (*Promoting Action on Research Implementation in Health Services*), e a aplicação das estratégias EPIC (*Evidence-Based Practice Identification & Change*) dentro de um processo coletivo e democrático, que convida os profissionais a se responsabilizarem voluntariamente pela implementação e sustentação da prática inovadora.

Ao analisarmos os escores do P3, período este que se deu um ano após o término da intervenção, os resultados apontam que não houve diminuição em nenhum dos escores aos compararmos com o P2, tanto para os escores globais dos passos, quanto para os princípios norteadores e código. Nos escores parciais dos passos, houve um aumento nos passos 3, 5, 7, 9 e 10 em relação ao P2, sendo que para os passos 1, 2, 4, e 8 os escores foram mantidos no P3. Quanto aos princípios norteadores, em todos eles (1, 2 e 3) foram mantidos os escores de P2 para o P3.

Inicialmente, previmos que a implementação das práticas da IHAC-Neo neste hospital fosse em 12 meses, porém, houve a necessidade de estender esse tempo para 16 meses, para finalizar a implementação de todos os Passos de uma maneira mais completa. Talvez essa prorrogação, pode ter auxiliado na implementação e manutenção das diretrizes e práticas da IHAC-Neo, uma vez que os membros das equipes das unidades neonatais estavam focados nas discussões das evidências sobre estas práticas, as auditorias eram constantes, evidenciando que as melhorias eram mantidas e que novas formas de trabalho tornavam-se rotineiras; mas pode ter sido também por fatores como a realização de um evento sobre aleitamento materno com foco na prematuridade cinco meses após o término da implementação da IHAC-Neo, evento este coordenado por integrantes da equipe das unidades neonatais e alguns membros do Conselho de Pesquisa e Prática (CPP), no qual discutiu-se questões sobre os cuidados com os prematuros e suas famílias no ambulatório, Centro-Obstétrico, Alojamento Conjunto e nas Unidades de Cuidados Intermediário e Intensivos Neonatais. Como este evento foi aberto para profissionais de outros serviços, tivemos inclusive a apresentação das diretrizes da IHAC-Neo.

Em pesquisa realizada por Cronin e colaboradores (2011) em UTIN canadenses utilizando o método EPIC para a melhoria da qualidade do

cuidado, os participantes da pesquisa obtiveram consenso de que a EPIC firmou-se como método útil para alcançar a melhoria e foi de fato implementada; possibilitou oportunidades de aprendizagem e a natureza colaborativa foi primordial para o sucesso da implementação. Além de que, esta estratégia propiciou mudar a prática dentro de um período curto e com ferramentas de auditoria simples. Em contrapartida, a falta de acesso aos resultados do *feedback* em tempo útil, a escassez de profissionais treinados em métodos de melhoria da qualidade e lideranças visionárias, e a disponibilidade restrita de recursos financeiros foram considerados barreiras, assim como a alta rotatividade de funcionários, que prejudica a sustentabilidade das mudanças na prática.

A busca de melhores práticas na área da saúde envolve implementar a evidência disponível na prática (DOGHERTY et al., 2013). Durante a implementação da IHAC-Neo neste estudo, foi possível vislumbrar o movimento dos enfermeiros das unidades neonatais em busca de aperfeiçoamento do conhecimento, durante o curso de especialização em cuidado intensivo pediátrico e neonatal que se deu durante o processo de implementação da IHAC-Neo. Alguns temas estudados pelas enfermeiras das unidades neonatais durante o curso foram escolhidos a partir da necessidade pela busca de novas evidências, e evidências essas relevantes para a prática, para os usuários e o contexto local, que estavam sendo trabalhados na implementação de alguns passos nos ciclos, como por exemplo, o tema referente à relactação/translactação, culminando na capacitação das equipes das unidades para o uso dessas técnicas, realizada por essas enfermeiras.

Estudo realizado por Dogherty e colaboradores (2013) descreveu o conhecimento de enfermeiros sobre facilitação para incorporar a evidência na prática. Alguns temas e subtemas foram relacionados com a facilitação da prática baseada em evidências, um dos três pilares do modelo conceitual de PARIHS, dentre eles, a importância de identificar questões de alta prioridade; evidências acessíveis, desenvolvimento de parcerias com a participação dos principais interessados e equipe envolvida; equipe multidisciplinar; plano estratégico exigido antecipadamente; garantia de recursos; utilização de diferentes estratégias; construção de consenso (manejo de conflitos);

acompanhamento, *feedback* e avaliação dos resultados; desenvolvimento de capacidades para a sustentabilidade e melhoria contínua.

Algumas ações focalizadas para atender as necessidades individuais das mães e familiares que até então não existiam, após a implementação da IHAC-Neo, foram implantadas na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal do hospital estudado. Reuniões com a participação multidisciplinar envolvendo enfermeiras, técnicas de enfermagem, psicólogas, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogas, passaram a ser sistematizadas duas vezes por semana nos períodos da manhã e da tarde, para estimular a participação de todos os membros da equipe. Nessas reuniões a equipe discute sobre situações difíceis que abrangem questões psicossociais que envolvem a internação dos recém-nascidos. A partir dessas discussões a equipe elabora planos de ações no sentido de facilitar a inserção da mãe e família nos cuidados dos prematuros.

Tem-se notado e relatado pela equipe, que essas ações têm favorecido um olhar diferente por parte dos profissionais de saúde para as mães, pais e família. Há relatos por parte da equipe, de que com essa nova abordagem, as mães têm se mostrado mais motivadas para os cuidados do filho, e que tem favorecido maior apoio por parte dos pais e família às mães, o que tem refletido em melhores resultados para o processo de amamentação do prematuro.

Tais aspectos nos mostram que de alguma forma, algo referente à filosofia de cuidado que envolve pelo menos dois dos princípios norteados da IHAC-Neo, como a atitude da equipe focalizando e respondendo as necessidades individuais de cada mãe no seu contexto e a necessidade de ações com vistas à abordagem do cuidado centrado na família, repercutiu de forma positiva na equipe após a implementação dessa intervenção.

Embora tenhamos tido resultados satisfatórios na sustentabilidade das práticas um ano posteriormente à implementação da IHAC-Neo, salientamos o quanto é importante a manutenção de auditorias e reavaliação das práticas. A OMS afirma que os países apresentam dificuldades em sustentar o programa da IHAC convencional, uma vez que esta implementação depende de recursos individuais e externos específicos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Nesse sentido, a falta de um sistema de monitoramento regular pode acarretar dificuldades em longo prazo para a sustentação das práticas para a promoção, proteção e apoio ao AM em PT nas unidades neonatais da

instituição estudada. Assim, enfatizamos a necessidade de avaliação contínua e sistemática das ações e práticas de promoção e suporte ao AM do PT a fim de aprimorar e assegurar a sustentabilidade das práticas assistenciais conquistadas.

6. Conclusão

Com a implementação da IHAC-Neo guiada pela KT, as práticas relacionadas às diretrizes da IHAC-Neo apresentaram importante melhora com aumento da adesão global aos Dez Passos, aos Três Princípios Norteadores e ao Código Internacional para Comercialização dos Substitutos do Leite Materno, do período anterior à intervenção para um mês e um ano após essa implementação. Assim a hipótese do estudo não foi rejeitada.

Apenas alguns passos cumpriram os critérios considerados satisfatórios pela IHAC-Neo no período de um mês após a intervenção (P2) e um ano após (P3), ou seja, no P2 os Princípios Norteadores (PN) 1 e 3, os Passos 1, 3, 8 e o Código apresentaram uma adesão maior que 80% e no P3 os PN 1 e 3, os Passos 1, 2, 3, 8 e o Código apresentaram uma adesão maior que 80%. Porém as práticas relacionadas às diretrizes da IHAC-Neo apresentaram importante melhora com aumento da adesão global aos Dez Passos, de 33% no período antes da intervenção (P1), para 67% um mês após (P2) e para 73% um ano após a implementação (P3); aos Três Princípios Norteadores (PN) de 43% no P1 para 86% no P2 e P3; e ao Código Internacional para Comercialização dos Substitutos do Leite Materno de 56% no P1 para 81% no P2 e 88% no P3.

Ao se avaliar a diferença entre os escores nos três períodos da avaliação das diretrizes da IHAC-Neo, foi possível afirmar que em todos os indicadores a diferença foi positiva, mostrando aumento nos escores de adesão, exceto no Passo 6 que foi de - 0,11 entre P1 e P2, mas que no P3 aumentou 0,11.

As barreiras e facilitadores constatados pelos profissionais no início da fase de preparação foram observados no decorrer da implementação, e é importante salientar que a busca pela superação das mesmas é que conferiu o sucesso ao processo de mudança.

Vale destacar conquistas importantes para a mudança das práticas das unidades neonatais para promoção, apoio e manejo do AM dos PT, resultantes do processo de implementação: elaboração de folder com orientações sobre as políticas para o AM em PT; aumento do número de refeições oferecidas aos pais para aumentar o tempo de permanência das famílias nas unidades neonatais; elaboração de diversas ações e protocolos clínicos baseados em evidência, uniformizando as condutas entre os membros da equipe

multiprofissional: protocolo para o uso da chupeta nas unidades neonatais, protocolo da complementação láctea; inclusão de local específico no prontuário eletrônico para o registro do contato pele a pele; confecção de folhetos de orientação sobre o uso da relactação/translactação; confecção de pôster para sensibilização das famílias para a realização do cuidado canguru.

No P2, os Passos 1 com 80%, 3 com 100% e 8 com 86%, bem como os Princípios Norteadores 1 com 100% e 3 com 88%, o escore global dos Três Princípios Norteadores com 86% e o Código com 81% alcançaram escore de adesão satisfatória e podem ser considerados implementados (adesão $\geq$ a 80%) após a implementação da IHAC-Neo.

O Passo 8 foi o que apresentou o maior aumento na adesão quando comparamos o P1 (14%) com o P2 (86%), este aumento pode estar relacionado com a inclusão da estabilidade clínica como único critério para amamentação dos prematuros e de estratégias para a alimentação em semidemanda na política de AM das unidades neonatais, apoio às mães para assumirem a responsabilidade pela amamentação, maior orientação das mães sobre a observação dos sinais de fome do bebê e mudanças do estado comportamental, para posicionar o bebê no peito, inclusão do protocolo de complementação do leite, e mudanças em algumas rotinas de cuidado (administração de medicamentos, trocas de fraldas, etc.) a fim de não interferirem na amamentação.

Os Passos 2, 4, 5, 7, 9, 10 e o Princípio Norteador 2 apesar de não atingirem a adesão de 80% apresentaram um aumento importante na adesão quando comparado o P1 com o P2 em alguns casos, mais que 100%. O Passo 2 no P1 era 36% aumentando para 79% no P2, o Passo 4 teve uma adesão de 20% no P1 melhorando para 60% no P2, o Passo 5 de 33% no P1 para 72% no P2, o Passo 7 de 25% no P1 para 50% no P2, o Passo 9 de 62% no P1 para 77% no P2 e o Passo 10 de 30% no P1 para 60% no P2; a adesão ao Princípio Norteador 2 no P1 foi de 30% e no P2 aumentou para 70%.

A adesão ao Passo 6, único que teve uma diminuição de 11 %, (de 33% no P1 para 22% no P2) após a implementação da IHAC-Neo, está relacionado às rotinas e práticas das unidades neonatais quanto à oferta de leite materno e/ou fórmula infantil. Esta baixa adesão pode ser contextualizada pela falta de discussões e orientações da equipe para mães que não amamentam ou cujos

bebês estavam recebendo fórmula infantil sobre os riscos e benefícios das várias opções de alimentação e sobre como decidir a alimentação mais adequada para seu filho; a baixa adesão deste passo nos faz refletir sobre a dificuldade que temos de incluir a família nas decisões clínicas e encaminhamentos de condutas.

Vale ressaltar também que a implantação do protocolo da oferta de leite materno cru para PT para prevenção da infecção por citomegalovírus nas unidades neonatais também pode ter contribuído indiretamente para uma diminuição da oferta de leite materno.

Na verificação da adesão no P3 os Passos 1 com 80%, 3 com 100% e 8 com 86%, bem como os Princípios Norteadores 1 com 100% e 3 com 88%, o escore global dos Três Princípios Norteadores com 86% e o Código com 81% mantiveram escore de adesão satisfatória, juntamente do Passo 2 com 86% que também alcançou adesão $\geq$ a 80% e podem ser considerados com intervenção sustentada um ano após a implementação da IHAC-Neo.

No P3, os Passos 4, 5, 6, 7, 9, 10 e o Princípio Norteador 2 também não atingiram a adesão de 80% no entanto todos sustentaram ou apresentaram aumento na adesão quando comparado o P2 com o P3. O Passo 4 teve uma adesão de 60% no P2 e manteve no P3, no Passo 5 a adesão no P2 foi de 72% e aumentou para 78% no P3, o Passo 6 que no P2 era de 22% no P3 aumentou para 33%, o Passo 7 apresentou um aumento na adesão de 50% no P2 para 63% no P3, o Passo 9 no P2 a adesão foi de 62% aumentando para 77% no P3 e o Passo 10 que no P2 a adesão era de 60% aumentou para 70% no P3. A adesão do Princípio Norteador 2 no P3 foi de 70% como no P2.

O Hospital deste estudo já contava com o título de Amigo da Criança e tinha o Método Canguru implantado na sua segunda fase, no entanto no P1 o Passo 4 apresentou uma adesão de 20%, mostrando uma melhora para 60% no P2 e sustentando este valor no P3, e desta forma como a adesão foi menor que 80% este passo não pode ser considerado como implementado. Mesmo com evidências de que o cuidado canguru precoce, contínuo, e prolongado estimula o AM e aumenta a produção láctea, melhora o vínculo mãe-bebê, proporciona a diminuição do estresse da mãe, deixando-a mais tranquila e confiante, a problemática observada para a colocação dessa evidência na prática é a resistência do profissional em promover o contato pele a pele

precoce, contínuo e prolongado no bebê gravemente doente. Para superar esse desafio se fazem necessários protocolos definindo critérios sobre a estabilidade clínica do bebê.

Concluímos então que após um ano e quatro meses de reuniões com o Comitê de Pesquisa e Prática com uso de estratégias de KT a implementação da IHAC-Neo trouxe um impacto positivo nas mudanças das práticas relacionadas ao AM nas unidades neonatais. Salientamos, porém que para melhorar a assistência neonatal de bebês prematuros e de risco, considerando a necessidade de melhores taxas de AME e diminuição da morbimortalidade neonatal, em longo prazo, são necessárias mudanças em todo o processo de assistir o prematuro e sua família. É preciso reconhecer que esse novo cuidado requer modificações na estrutura funcional e organizacional das unidades neonatais para um cuidado que inclui a família.

Faz-se necessário intensificar a importância da existência de uma política de AM detalhada e de protocolos para dar sustentabilidade às mudanças das práticas que apoiam a amamentação do prematuro, assim como a necessidade de frequentes capacitações da equipe. Considerando o contexto do nascimento do PT, dificuldades para o estabelecimento da amamentação, a importância e necessidade de aumentar a prevalência de AME do prematuro, a rotatividade de pessoal, a escassez de recursos humanos acrescida da superlotação das unidades neonatais,

Enfatizamos a necessidade de avaliação contínua e sistemática da promoção e suporte ao AM do PT a fim de aprimorar e assegurar a sustentabilidade das práticas conquistadas.

O desafio que se apresenta agora é propostas de estratégias de sustentabilidade das intervenções, dentre elas manutenção das discussões das diretrizes da IHAC-Neo, continuidade da realização das auditorias de forma sistematizada, como indicadores de qualidade do serviço, capacitações frequentes para incluir os recém-admitidos e novos residentes nas discussões sobre a IHAC-Neo, manutenção da prática de apresentar novas evidências à equipe de saúde sobre os temas pertinentes à unidade.

Sinalizamos que uma das limitações deste estudo pode ter sido relacionada ao fato da pesquisadora ser enfermeira do Alojamento Conjunto, e ter participado ativamente como membro do CPP como facilitadora, mas

também como profissional dessa unidade, podendo desta forma ter influenciado no processo de implementação pelo seu conhecimento do referencial teórico e pelo engajamento na pesquisa.

Sugerimos a realização de estudos que verifiquem a adesão da IHAC-Neo além de um ano após o término da implementação, relacionando com as taxas de aleitamento materno exclusivo nos prematuros das unidades que foram submetidas à intervenção.

Consideramos que o presente estudo contribuiu com a produção de conhecimento com foco na promoção, proteção e apoio ao AME em prematuros em unidades neonatais. Esperamos que o produto aqui apresentado incentive práticas profissionais baseadas em evidência científica e metodologias ativas para capacitação profissional de forma horizontal e participativa, a partir dos próprios autores das mudanças, como no caso a *Knowledge Translation*.

Esperamos ainda que os resultados aqui apresentados possam instrumentalizar avanços nas políticas públicas baseada em evidências, para o AME em prematuros, além de incentivar a implementação da expansão da IHAC convencional a fim de guiar a assistência a essa clientela com base nas diretrizes da IHAC-Neo.

7. Referências

- ABOUELFETTOH, A. M. et al. Cup versus bottle feeding for hospitalized late preterm infants in Egypt: a quasi-experimental study. **International Breastfeeding Journal**, v. 3, n. 27, p. 1-11, 2008.
- ADAIR, S. M. Pacifier use in children: a review of recent literature. **The Pediatric Dental Journal**, 25:449-58, 2003.
- AJETUNMOBI, O. M. et al. Breastfeeding is associated with reduced childhood hospitalization: evidence from a Scottish birth cohort (1997-2009). **The Journal of Pediatrics**, v. 166, p.620-5, 2015.
- AL-SHAHI SALMAN, R. et al. Increasing value and reducing waste in biomedical research regulation and management. **Lancet**, 383(9912):176-85, 2014.
- ALFAYA, C; SCHERMANN, L. Sensibilidade e aleitamento materno em díades com recém-nascidos de risco. **Estudos de Psicologia**, v.10, n.2, p. 279-285, 2005.
- ALMEIDA, H. et al. Impacto do método canguru nas taxas de aleitamento materno exclusivo em recém-nascidos de baixo peso. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 3, p. 250-3, maio/jun. 2010.
- ALVES, L. M. M.; NOGUEIRA, M. S.; GODOY, S. Pesquisa básica na enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.12, n.1, p.122-127, 2004.
- AMERICAN ASSOCIATION OF PEDIATRICS. Oral health initiative, protecting All Children's teeth (PACT): a pediatric oral health training program. 2005. http://www2.aap.org/ORALHEALTH/pact/ch8_sect1b.cfm.
- AQUINO, R. R.; OSÓRIO, M. M. Relactation, translactation, and breast-oro-gastric tube as transition methods in feeding preterm babies. **Journal of Human Lactation**, v. 25, n. 4, p. 420-6, 2009.
- ARAUJO, B. F. Newborn mortality study in the neonatal intensive care unit of Caxias do Sul General Hospital Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.5, n.4, p.211-9, 2005.
- ARAÚJO, E. D. et al. Evaluation of the secretory immunoglobulin A levels in the colostrum and milk of mothers of pre-term newborns. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, Salvador, v. 9, n. 5, p. 357-62, 2005.
- ARAUJO, M. F. M.; OTTO, A. F. N.; SCHMITZ, B. A. S. Primeira avaliação do cumprimento dos "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno" nos hospitais amigos da criança do Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 3 n. 4, p. 411-9, dez, 2003.
- ARAÚJO, O. D. et al. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 4, p. 487-92, 2008.

- AZEVEDO, M.; CUNHA, M. L. C. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em prematuros no primeiro mês após a alta hospitalar. **Revista HCPA**, Porto Alegre, v. 33, 1, p. 40-9, 2013.
- _____; MENDES, E. N. W. Manutenção da lactação: um desafio para mães de prematuros hospitalizados. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 68-75, mar. 2008.
- BALBINO, F. S. et al. Percepção do cuidado centrado na família em unidade neonatal. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 6, n. 1, p. 84-92, Jan./Mar. 2016.
- BAKER, B. J.; McGRATH, J. Parent education: the cornerstone of excellent neonatal nursing care. **Newborn and Infant Nursing Reviews**, v. 11, n. 1, p. 6-7, 2011.
- BECK, S. A. et al. Room for family-centred care - a qualitative evaluation of a neonatal intensive care unit remodeling project. **Journal of Neonatal Nursing**, 15(3):88-99, 2009.
- BELO, M. N. M. et al. Aleitamento materno na primeira hora de vida em um hospital Amigo da Criança: prevalência, fatores associados e razões para sua não ocorrência. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 14, n. 1, p. 65-72, jan-mar. 2014.
- BENGOZI, T. M. et al. Uma rede de apoio à família do prematuro. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, n. 1, p. 155-160, 2010.
- BENOIT, B.; SEMENIC, S. Barriers and facilitators to implementing the Baby-Friendly Hospital Initiative in neonatal intensive care units. **Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing**, v. 43, n. 5, p. 614-624, Sep./Oct. 2014. Doi: 10.1111/1552-6909.12479.
- BERNARDI, A. C. C. et al. Análise e melhoria do processo de avaliação dos impactos econômicos, sociais e ambientais de tecnologias da Embrapa Pecuária Sudeste. **Gestão & Produção**, v. 17, n. 2, p. 297-316, 2010.
- BHATTACHARTTA, O.; REEVES, S.; ZWARENSTEIN, M. What is implementation research? Rationale, concepts, and practices. **Research on Social Work Practice**, 19(5):491-502, 2009.
- BICALHO-MANCINI, P. G.; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G. Aleitamento materno exclusivo na alta de recém-nascidos internados em berçários de alto risco e os fatores associados a essa prática. **The Journal of Pediatrics**, v. 80, n. 3, p. 241-248, 2004.
- BLOMQVIST, Y. T. et al. Initiation and extent of skin-to-skin contact at two Swedish neonatal intensive care units. **Acta Paediatrica**, v. 102, n. 1, p. 22-28, 2013.

BONET, M. et al. Approaches to supporting lactation and breastfeeding for very preterm infants in the NICU: a qualitative study in three European regions. **BMJ Open**, v. 5, n. 6, p. e006973, 2015.

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

BRASIL. **Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Ciência e Tecnologia Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda Nacional de Prioridades de Políticas em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005b.

_____. Casa Civil. Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006. **Regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura correlatos**. Brasília, DF: Casa Civil, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Baby-Friendly Hospital Initiative (electronic resource): revised, updated and expanded for integrated care**. 2006- Preliminary version for country implementation. World Health Organization e Unicef. Traduzido Marina Ferreira Rea, 2008.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Coordenação Geral de Informação e Análise Epidemiológica. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Departamento de informática do SUS – DATASUS. **Indicadores de mortalidade: taxa de mortalidade neonatal precoce e tardia**. 2010a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/c0104b.htm>>. Acesso em: 01 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno em Municípios Brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde; 2010b.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru: manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

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

_____. Portal Saúde. **Hospitais devem adotar mais cuidados com as mães**. 2012a. Disponível em:

<<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/8479/162/hospitais-devem-adotar-mais-cuidados-com-as-maes.html>>. Acesso em: 11 mai. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº466**. 12 de dezembro de 2012b.

_____. Ministério da Saúde. **Lista de Hospitais Amigos da Criança no Brasil**. 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/janeiro/12/HOSPITAIS--HAC-BRASIL--2014.pdf>>.

BUCCINI, G. S. **Evolução do uso de chupeta e sua influência no aleitamento materno exclusivo no Brasil**. 170 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

CARVALHO, W. O.; DARLI, A. S. Causas redutíveis de morte perinatal em três municípios brasileiros. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, v.1, n.1, p. 89-93, 2002.

CASTELLOTE, C. et al. Premature delivery influences the immunological composition of colostrum and transitional and mature human milk. **Journal of Nutrition**, Springfield, v. 141, p. 1181-7, 2011.

CHAMBERS, D.; GLASGOW, R.; STANGE, K. The dynamic sustainability framework: addressing the paradox of sustainment amid ongoing change. **Implementation Science**, vol. 8, n. 1, 2013.

CHAMBERS, L. L. Factors for sustainability of evidence-based practice innovations: part I. **Research and Theory for Nursing Practice**, 29(2):89-93, 2015.

CHARPAK, N. et al. A randomized, controlled trial of kangaroo mother care: results of follow-up at 1 year of corrected age. **Pediatric**, 108(5):1072-9, 2001.

CIGNACCO, E. et al. The efficacy of nonpharmacological interventions in the management of procedural pain in preterm and term neonates. A systematic literature review. **European Journal of Pain**, v. 11, n. 2, p. 139-52, 2007.

CIRH. More about knowledge translation. **Canada: CIHR**; 2011. Disponível em: <<http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/39033.html>>. Acesso em: 05 abr. 2015.

_____. **Guide to Knowledge Translation Planning at CIHR**: integrated and end-of-grant approaches [Internet]. 2012 [cited 2015 Mar 8]. Disponível em: <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/documents/kt_lm_ktplan-en.pdf>.

COLLINS, C. T. et al. Avoidance of bottles during the establishment of breast feeds in preterm infants. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 4, 2008, CD005252. Doi:10.1002/14651858.CD005252.pub2.

- CONDE-AGUDELO, A.; DÍAZ-ROSSELLO, J. L. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birth weight infants (Review). **The Cochrane Library**, Issue 4, p. 1-137, 2014.
- CRONIN, C. M. G. et al. Reflections on knowledge translation in Canadian NICUs using the EPIC method. **Healthcare Quarterly**, v. 14, p. 8-16, 2011. Special Number.
- CUNHA M. A aleitamento materno e prevenção de infecções. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, 25:356-62, 2009.
- D'ARTIBALE, E. F.; BERCINI, L. O. Early contact and breastfeeding in a baby friendly hospital. **Online Brazilian Journal of Nursing** [Internet], v. 12, Suppl.: 587-90, Oct, 2013.
- DALL'OGGIO, I. et al. Breastfeeding promotion in a neonatal intensive care unit: impact of a new program to a BFHI for high-risk infants. **Acta Paediatrica**, 96(11):1626-1631, 2007.
- DAVANZO, R. et al. From tube breast: the bridging role of semi-demand breastfeeding. **Journal of Human Lactation**, v. 30, n. 4, p. 405-409, 2014. Doi: 10.1177/0890334414548697.
- DAVIES, B.; EDWARDS, N. Sustaining knowledge use. In: STRAUS, S.; TETROE, J.; GRAHAM, I. D. (Orgs.). **Knowledge translation in health care moving from evidence to practice**. West Sussex, UK: Blackwell Publishing Ltd. p. 165-173, 2009.
- _____. et al. **Determinants of the Sustained Use of Research Evidence in Nursing**. Canadian Health Services Research Foundation & Canadian Institutes of Health Research, Ottawa, Canada, 2006.
- DAVIS, D. et al. The case for knowledge translation: shortening the journey from evidence to effect. **British Medical Journal**, v.327, p.33-7, 2003.
- DEMARI, L. et al. Estratégias para promoção do aleitamento materno em recém-nascidos pré-termo: estudo bibliográfico. **Pediatrics**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 89-96, 2011.
- DEMIRCI, J. R.; SEREIKA, S. M.; BOGEN, D. Prevalence and predictors of early breastfeeding among late preterm mother-infant dyads. **Breastfeeding Medicine**, v. 8, n. 3, p.277-285, Jun. 2013. Doi: 10.1089/bfm.2012.0075
- DOGHERTY, E. J. et al. Turning knowledge into action at the point-of-care: the collective experience of nurses facilitating the implementation of evidence-based practice. **Worldviews on Evidence-Based Nursing**, v. 10, n. 3, p. 129-139, Aug. 2013. doi: 10.1111/wvn.12009.

DOPSON, S. et al. No magic targets! Changing clinical practice to become more evidence based. **Health Care Management Review**, n. 27, v.3, p.35-47, 2002.

DOYLE, C. et al. Making change last: applying the NHS institute for innovation and improvement sustainability model to healthcare improvement. **Implementation Science**, 8:127, 2013.

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

FELDMAN, R. et al. Comparison of skin-to-skin (kangaroo) and traditional care: parenting outcomes and preterm infant development. **Pediatrics**, 110:16-26, 2002.

FLACKING, R. et al. Trustful bonds: a key to "becoming a mother" and to reciprocal breastfeeding. Stories of mothers of very preterm infants at a neonatal unit. **Social Science & Medicine**, v. 62, n. 1, p. 70-80, 2006.

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

_____; _____; WALLIN, L. Positive effect of kangaroo mother care on long-term breastfeeding in very preterm infants. **Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing**, 40(2):190-7, 2011.

_____. et al. Closeness and separation in neonatal intensive care. **Acta Paediatrica**, 101(10):1032-7, 2012.

FRANÇA, E.; LANSKY, S. **Mortalidade infantil neonatal no Brasil**: situação, tendências e perspectivas. Demografia e saúde: contribuição para a análise de situação e tendências. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde, 2009. p. 83-112. Série G. Estatística e Informação em Saúde Série Informe de Situação e Tendências.

FRANÇA, M. C. T. et al. Uso de mamadeira no primeiro mês de vida: determinantes e influência na técnica de amamentação. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 607-14, 2008.

GLASGOW, R. E.; CHAMBERS, D. Developing robust, sustainable, implementation systems using rigorous, rapid and relevant science. **Clinical and Translational Science**, 5(1):48-55, 2012.

GLASZIOU, P. et al. Reducing waste from incomplete or unusable reports of biomedical research. **Lancet**, 383(9913):267-76, 2014.

GOLDENBERG, R. L. et al. Epidemiology and causes of pretermbirth. **Lancet**, v. 371, n. 9606, p. 75-84, 2008.

- GOLDMAN, A. S. Modulation of the gastrointestinal tract of infants by human milk. Interfaces and interactions. An evolutionary perspective. **Journal of Nutrition**, Springfield, v. 130, p. 426-31, 2000.
- GOMES, J. L. G. C. et al. The prevalence of breastfeeding in prematures with very low birth weight – a systematic review. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 8, n. 2, p. 1-8, 2009.
- GRAHAM, I. D. et al. Lost in knowledge translation: time for a map? **Journal of Continuing Education in the Health Professions**, 26(1):13-24, 2006.
- GREENHALGH, T. et al. Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. **The Milbank Quarterly**, 82(4):581-629, 2004.
- GRIMSHAW, J. M.; ECCLES, M.; TETROE, J. Implementing clinical guidelines: current evidence and future implications. **Journal of Continuing Education in the Health Professions**, 24 (S1), S31-37, 2004.
- _____ et al. Knowledge translation of research findings. **Implement Science**, 7:50, 2012.
- GUBERT, J. K. Avaliação do aleitamento materno de recém-nascidos prematuros no primeiro mês após a alta. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 11, n. 1, p. 146-55, jan-mar. 2012.
- HAIEK, L. Measuring compliance with the Baby-Friendly Hospital Initiative. **Public Health Nutrition**. v.15, n.5, p. 894-905, 2012.
- HALLSWORTH, M. et al. **Technical report: the provision of neonatal services – data for international comparisons**. United Kingdom: Rand Europe, 2008.
- HAMPRECHT, K. et al. Cytomegalovirus transmission to preterm infants during lactation. **Journal of Clinical Virology**, 41(3):198-205, 2008.
- HANNULA, L.; KAUNONEN, M.; TARKKA, M. T. A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. **Journal of Clinical Nursing**, v. 17, n. 9, p. 1132-1143, 2008.
- HANSEN, M. N. et al. Challenges and Successes: The Baby-Friendly Initiative in Norway. **Journal of Human Lactation**, v. 28, n. 3, p. 285-88, 2012.
- HAM, C.; KIPPING, R.; MCLEOD, H. Redesigning work processes in health care: lessons from the National Health Service. **The Milbank Quarterly**, 81(3):415–39, 2003.
- HARDING, C. M.; LAW, J.; PRING, T. The use of non-nutritive sucking to promote functional sucking skills in premature infants: an exploratory trial. **Infant**, 2:238-43, 2006.

- HARVEY, G. et al. Getting evidence into practice: the role and function of facilitation. **Journal of Advanced Nursing**, v. 37, n. 6, p. 577-88, 2002. doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02126.x
- HAUCK, Y. L. et al. Western Australian women's perception of conflicting advice around breast feeding. **Midwifery**, v. 27, p. 49-57, 2010.
- HAYAKAWA, L. M. et al. Incidência de reinternação de prematuros com muito baixo peso, nascidos em um hospital universitário. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, 14(2): 324-329, 2010.
- HAYES, L. J. et al. Nurse turnover: a literature review - an update. **International Journal of Nursing Studies**, 49(7), 887-905, 2012.
- HOWE-HEYMAN, A.; LUTENBACHER, M. The Baby Friendly Hospital Initiative as an intervention to improve breastfeeding rates: a review of the literature. **Journal of Midwifery & Women's Health**, 61:77-102, 2016.
- ILES, V.; SUTHERLAND, K. **Organizational Change: a review for health care managers, professionals and researchers**. London: NCCSDO, 2001.
- INSTITUTE OF MEDICINE. **The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health**. Washington, DC: The National Academies Press, 2011.
- IOANNIDIS, J. P. et al. Increasing value and reducing waste in research design, conduct, and analysis. **Lancet**, 383(9912):166-75, 2014.
- ISAACSON, L. J. Steps to successfully breastfeed the premature infant. **Neonatal Network**, v. 25, n. 2, p.77-86, mar-apr, 2006.
- JADCHERA, S. R. et al. Impact of prematurity and co-morbidities on feeding milestones in neonates: a retrospective study. **Journal of Perinatology**, Philadelphia, v. 30, p. 201-8, 2010.
- JOLLEY, J.; SHIELDS, L. The evolution of Family Centered Care. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 24, n. 2, p. 164-70, 2009.
- JOHNSTON, C. et al. Skin-to-skin care for procedural pain in neonates. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, 21(1), 2014.
- KITSON, A.; HARVEY, G.; McCORMACK, B. Enabling the implementation of evidence based practice: a conceptual framework. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 7, n. 3, p. 149-58, 1998.
- KHODDAN, H. et al. Knowledge translation in health care: a concept analysis. **Medical Journal of the Islamic Republic of Iran**, vol. 28.98., 17 September, 2014.

- KURATH, S. et al. Transmission of cytomegalovirus via breast milk to the prematurely born infant: a systematic review. **Clinical Microbiology and Infection**, 16(8):1172-1178; 2010.
- LABBOK, M. Breastfeeding and Baby-Friendly Hospital Initiative: more important and with more evidence than ever. **The Journal of Pediatrics**, v. 83, n. 2, p. 99-101, 2007.
- LAMOUNIER, J. A. Promoção e incentivo ao aleitamento materno: Iniciativa Hospital Amigo da Criança. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 72, n. 6, p. 363-8, 1996.
- LEE, S. K. et al. Improving the quality of care for infants: a cluster randomized controlled trial. **Canadian Medical Association Journal**, v. 81, n. 8, p. 469-476, 2009.
- LEE, R-Y.; LIU, T-T.; KUO, S-H. The experience of mothers in breastfeeding their very low birth weight infants. **Journal of Advanced Nursing**, v. 65, n. 12, p. 2523-31, 2009.
- LIMA, F. C. A. L. **Aleitamento materno entre recém-nascidos de risco de Cuiabá- MT: prevalência e fatores dificultadores/facilitadores**. 2012. 141 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Enfermagem, Fundação Universidade Federal de Mato Grosso, Mato Grosso, 2012.
- LINDBERG, B.; AXELSSON, K.; OHRLING, K. Experience with videoconferencing between a neonatal unit and the families' home from the perspective of certified paediatric nurses. **Journal of Telemedicine and Telecare**, 15(6):275-80, 2009. doi: 10.1258/jtt.2009.090112.
- LIU, L. et al. Global, regional, and national causes of child mortality in 200-13, with projections to inform post 2015 priorities: an update analysis. **Lancet**, v. 388, n. 9966, p. 430-440, 31 jan. 2015.
- LUBBE, W.; TEM HAM-BALOYI, W. When is the use of pacifiers justifiable in the baby-friendly hospital initiative context? A clinician's guide. **BMC Pregnancy Childbirth**, 17(1):130, 2017.
- LUCK, S.; SHARLAND, M. Postnatal cytomegalovirus: innocent bystander or hidden problem? **Archives of Disease in Childhood Fetal and Neonatal Edition**, 94(1):58-64, 2009.
- MAASTRUP, R. Compliance with the “Baby-friendly Hospital Initiative for Neonatal Wards” in 36 countries. **Maternal & Child Nutrition**, 10:e12690, 2018. doi: 10.1111/mcn.12690.
- _____ et al. Breastfeeding support in neonatal intensive care: a national survey. **Journal of Human Lactation**, v. 28, n. 3, p. 370-9, 2012.

_____. Factors associated with exclusive breastfeeding of preterm infants. results from a prospective national cohort study. **PLoS ONE**, v. 9, n. 2: e89077, p. 1-10, 2014.

MADON, T.; HOFMAN, K. J.; KUPFER, L.; GLASS, R. I. Public health. implementation science. **Science**, 318:1728e9, 2007.

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

MANZINI, E. J. Uso da entrevista em dissertações e teses produzidas em um programa de pós-graduação em educação. **Revista Percurso**, Maringá, v. 4, n. 2, p. 149-171, 2012.

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

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2003.

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

MARTINS-CELINI, F. P. et al. Incidente, risk factors, and morbidity of acquired postnatal cytomegalovirus infections among preterm infants fed maternal milk in a highly seropositive population. **Clinical Infectious Diseases**, v. 63, n. 7, p. 929-36, 2016.

MATUHARA, A. M. **Aleitamento materno de recém-nascidos prematuros em unidade de terapia intensiva neonatal: aplicação do manual instrucional** [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2004.

McGLYNN, E. A. et al. The quality of health care delivered to adults in the United States. **New England Journal of Medicine**, 348(26):2635-45, 2003.

McHUGH, R. K.; BARLOW, D. H. The dissemination and implementation of evidence-based psychological treatments. **American Psychologist**, vol. 65, n. 2, pp. 73-84, 2010.

McINNIS, R. J.; CHAMBERS, J. A. Supporting breastfeeding mothers: qualitative synthesis. **Journal of Advanced Nursing**, 62(4):407-27, 2008.

MEERLO-HABING, Z. E. et al. Early discharge with tube feeding at home for preterm infants is associated with longer duration of breast feeding. **Archives**

of Disease in Childhood Fetal and Neonatal Edition, 94(4):F294-7, 2009.
doi: 10.1136/ad.2008.146100.

MEHTA, A.; RATHI, A. K.; KUSHWAHA, K.P; SINGH, A. Relactation in lactation failure and low milk supply. **Sudanese Journal of Paediatrics**, 18(1):39-47, 2018. doi: 10.24911/SJP.2018.1.6.

MEIJSEN, D. et al. Maternal attachment representations after very preterm birth and the effect of early intervention. **Infant Behavior and Development**, v. 34, n. 1, p. 72-80, 2010.

MERIGHI, M. A. B. et al. Cuidar do recém-nascido na presença de seus pais: vivência de enfermeiras em unidade de cuidado intensivo neonatal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 6:[07 telas], nov-dez. 2011.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R.; organizadoras. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 244p, 2005.

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

MOHER, D. et al. Increasing value and reducing waste in biomedical research: who's listening? **Lancet**, 387(10027):1573-86, 2015.

MOCARSKI, E. S.; SHENK, T.; PASS, R. F. Cytomegalovirus. In: KNIPE, D.M. et al.(Eds). **Fields Virology**, 5 edn, vol. 2. Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia, pp. 2701-2772, 2006.

MUSSI-PINHATA, M. M. et al. Birth prevalence and natural history of congenital cytomegalovirus infection in a highly seroimmune population. **Clinical Infectious Diseases**, 15; 49(4):522-8, 2009.

NATIONAL COLLABORATING CENTER FOR METHODS AND TOOLS. **PARIHS framework for implementing research into practice**. Hamilton, ON: Mc Master University, 2011. Disponível em: <<http://www.nccmt.ca/registry/view/eng/85.html>>. Acesso em: 26 aug. 2013.

NORÉN, J. et al. Becoming a mother - Mothers' experience of Kangaroo Mother Care. **Sexual & Reproductive Healthcare**, 16:181-185, 2018.

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

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

_____; ENGVALL, G. Parents as their infant's primary caregivers in a neonatal intensive care unit. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 24, n. 2, p. 153-63, 2009.

_____; SJODEN, P. O.; EWALD, U. The development of preterm infants'breast feeding behavior. **Early Human Development**, 55:247-64, 1999.

_____. et al. Early oral behavior in preterm infants during breastfeeding: an electromyography study. **Acta Paediatrica**, v. 90, p. 658-63, 2001.

_____. et al. Towards universal kangaroo mother care: recommendations from the first European Conference and seventh International Workshop on Kangaroo Mother Care. **Acta Paediatrica**, v. 99, n. 6, p. 820-6, 2010.

_____. et al. Expansion of the ten steps to successful breastfeeding into neonatal intensive care: expert group recommendations for three guiding principles. **Journal of Human Lactation**, v. 28, n. 3, p. 289-296, 2012.

_____. et al. Expansion of the baby-friendly hospital initiative ten steps to successful breastfeeding into neonatal intensive care: expert group recommendations. **Journal of Human Lactation**, v. 29, n. 3, p. 300-9, 2013.

_____. et al. **Neo-BFHI: The Baby-friendly Hospital Initiative for neonatal wards. Core document with recommended standards and criteria.** Nordic and Quebec Working Group, 2015.

O'BRIEN, K. et al. A pilot cohort analytic study of family integrated care in a Canadian neonatal intensive care unit. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 13, n. 1, S12, p. 1-8, 2013.

OELKE, N. D.; LIMA, M. A. D. S.; ACOSTA, A. M. Knowledge translation: translating research into policy and practice. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, vol. 3, n. 3, Porto Alegre, July/Sept., 2015.

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

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE-UNICEF. **Estratégia global para a alimentação de lactentes e crianças de primeira infância.** 2003. Tradução IBFAN. Brasil, 2005. Disponível em: <<http://www.ibfan.org.br>>. Acesso em: 20 mar. 2013.

PADILJA, M. I. C. Translational research: what is its importance to nursing practice? **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, 20(3):219-20, 2011.

PALLAS-ALONSO, C. R. et al. Parental involvement and kangaroo care in European neonatal intensive care units: a policy survey in eight countries. **Pediatric Critical Care Medicine**, v. 13, n. 5, p. 568-77, 2012.

- PARRY, K. et al. Understanding women's interpretations of infant formula advertising. **Birth**, v. 40, n. 2, p. 115-124, Jun. 2013. doi: 10.1111/birt.12044.
- PASSINI JR, R. et al. **Estudo multicêntrico de investigação em prematuridade (EMIP):** prevalência e fatores associados com parto prematuro espontâneo. Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti. Programa de Pesquisa para o Sistema Unico de Saúde (PPSUS-SP), p.79, 2014.
- PECHLIVANI, F. Prevalence and determinants of exclusive breastfeeding during hospital stay in the area of Athens, Greece. **Acta Paediatrica**, v. 94, n. 7, p. 928-34, jul. 2005.
- PEREIRA, E. R. Translation of knowledge and translational research in healthcare. **Journal of Nursing UFPE**, 7(3):1-3, 2013.
- PEREIRA, L. B. et al. Vivências maternas frente às peculiaridades da prematuridade que dificultam a amamentação. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 55-63, 2015.
- 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. **Maternal & Child Nutrition**, 29, 2016. doi:10.1111/mcn.12294.
- PHILLIP, A. G. S. The evolution of neonatology. **Pediatric Research**, New York, v. 58, p. 801-15, 2005.
- PIMENTA, H. P. et al. Efeitos da sucção não-nutritiva e da estimulação oral nas taxas de amamentação em recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso ao nascer: um ensaio clínico randomizado. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 84, n. 5, p. 423-7, 2008.
- PIERREHUMBERT, B.; ANSERMET, F.; MULLER-NIX, C. Prematurity, maternal posttraumatic stress and consequences on the mother infant relationship. **Early Human Development**, v. 87, n. 1, p. 21-26, 2011.
- PINELLI, J., SYMINGTON, A. Non-nutritive sucking for promoting physiologic stability and nutrition in preterm infants. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, v4; 2005.
- POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 6ª. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 163-98, 2004.
- PONTI, M. Recommendations for the use of pacifiers. **Paediatrics & Child Health**, 8:515-28, 2013.
- PROCTOR, E. et al. Sustainability of evidence-based healthcare: research agenda, methodological advances, and infrastructure support. **Implement Science**, 10:88, 2015.

RAMEZANI, T. et al. Family-Centered Care in Neonatal Intensive Care Unit: A Concept Analysis. **International Journal of Community Based Nursing and Midwifery**, 2(4):268-78, 2014.

RAMOS, H. A. C.; CUMAN, R. K. N. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.13, n.2, p.297-304, 2009.

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

RICE, S. J. et al. Economic evaluation of enhanced staff contact for the promotion of breastfeeding for low birth weight infants. **International Journal of Technology Assessment in Health Care**, v. 26, n. 1, p. 33-40, 2010.

RICHENS, Y. et al. Getting guidelines into practice: a literature review. **Nursing Standard**, 18 (50), 33-40, 2004.

RIBEIRÃO PRETO - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. **Projeto Floresce uma Vida**. Disponível em:
<<https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/programas/floresce/i16floresce.php>>

ROBERT, G.; FULOP, N. **The role of context in successful improvement. Perspectives on Context**. London: The Health Foundation, pp. 31-58, 2014.

ROLLINS, N. C. et al. Why invest, and what it Will take to improve breastfeeding practices? **Lancet**, v. 387, p. 491-504, 2016.

RONNESTAD, A. et al. Late-onset septicemia in a Norwegian national cohort of extremely premature infants receiving very early full human milk feeding. **Pediatrics**, v. 115, n. 3 p. e269-76, 2005.

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

_____ et al. Ingredients for change: revisiting a conceptual framework. **Quality and Safety in Health Care**, v.11, n.2, p. 174-180, 2002.

_____ et al. What counts as evidence in evidence-based practice. **Journal of Advanced Nursing**, 47:81-90, 2004.

_____ et al. The role of evidence, context, and facilitation in an implementation trial: implications for the development of the PARIHS framework. **Implementation Science**, 8:28, 2013.

- SANCHES, M. T. C. et al. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo de lactentes com baixo peso assistidos na atenção básica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 5, p. 953-965, 2011.
- SÃO PAULO (ESTADO). Secretaria da Saúde. **Relatório de atividades 2015**: HCFMRPUSP. São Paulo SP, 2015.
- SAUNDERS, R. P. et al. Evaluation and development of potentially better practices for improving family-centered care in neonatal intensive care units. **Pediatrics**, v. 111, p. e437-449, 2003.
- SCHANLER, R. J. Outcomes of Human Milk-Fed Premature Infants. **Seminars in Perinatology**, 35(1):29-32, 2011.
- SCHEIRER, M. A. Is sustainability possible? A review and commentary on empirical studies of program sustainability. **American Journal of Evaluation**, 26(3):320-47, 2005.
- SCHELL, S. F. et al., Public health program capacity for sustainability: a new framework. **Implementation Science**, 8:15, 2013.
- SCHEEREN, B. et al. Condições iniciais no aleitamento materno de recém-nascidos prematuros. **Jornal da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v. 24, n. 3, p. 199-204, 2012.
- SCOCHI, C. G. S. et al. Alimentação láctea e prevalência do aleitamento materno em prematuros durante internação em um hospital amigo da criança de Ribeirão Preto/SP, Brasil. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, v.7, n.2, p.145-54, 2008.
- SEKYIA, S. R.; LUZ, T. R. Mudança organizacional: implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15 (Supl. 1), p. 1263-73, 2010.
- SEMENIC, S. et al. Barriers, facilitators, and recommendations related to implementing the baby-friendly initiative (BFI): an integrative review. **Journal of Human Lactation**, v. 28, n. 3, p. 317-334, 2012.
- SHIN, H.; WHITE-TRAUT, R. The conceptual structure of transition to motherhood in the neonatal intensive care unit. **Journal of Advanced Nursing**, 58(1), 90-98, 2007. Doi:10.1111/j.1365-2648.2006.04194.x
- SIDDELL, E. et al. Evaluation of an educational intervention on breastfeeding for NICU nurses. **Journal of Human Lactation**, v. 19, n. 3, p. 293-302, Aug. 2003.
- SILVA, W. F.; GUEDES, Z. C. F. Tempo de aleitamento materno exclusivo em recém-nascidos prematuros e a termo. **Revista CEFAC**, v. 15, n. 1, p. 160-71, jan-fev. 2013.

SILVA, L. M.; TAVARES, L. A. M.; GOMES, C. F. Dificuldades na amamentação de lactentes prematuros. **Revista Distúrbios da Comunicação**, v. 26, n. 1, p. 50-9, 2014.

SIMPSON, D. D. A framework for implementing sustainable oral health promotion interventions. **Journal of Public Health Dentistry**, 71(s1):S84-S94, 2011.

SINHA, B. et al. Interventions to improve breastfeeding outcomes: a systematic review and meta-analysis. **Acta Paediatrica**, v. 104, p. 114-35, 2015.

SOARES, J. P. O. et al. Amamentação natural de recém-nascidos pré-termo sob a ótica materna: uma revisão integrativa. **Revista CEFAC**, v. 18, n. 1, p. 232-41, jan-fev. 2016.

SOARES, M. E. M. et al. Uso de chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 4, p. 309-16, 2003.

SOUZA, C. B.; ESPÍRITO SANTO, L. C.; GIUGLIANI, E. R. J. **Políticas Públicas de incentivo ao aleitamento materno: a experiência do Brasil**. 2006. Disponível em:
<<https://mamamiaamamentar.files.wordpress.com/2010/12/texto-revista-francesa.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2014.

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

STEVENS, B. Challenges in knowledge translation: integrating evidence on pain in children into practice. **Canadian Journal of Nursing Research**, v.41, n. 4, p. 109-114, 2009.

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

_____ et al. The influence of context on pain practices in the NICU: perceptions of health care professionals. **Qualitative Health Research**, v. 21, n. 6, p. 757-70, 2011.

_____ et al. Pain in hospitalized children: effect of a multidimensional knowledge translation strategy on pain process and clinical outcomes. **Pain**, v. 155, n.1, p. 60-8, 2013.

_____ et al. Implementation of multidimensional knowledge translation strategies to improve procedural pain in hospitalized children. **Implementation Science**, v. 9, p.120, 2014. Doi: 10.1186/s13012-014-0120-1

- STRAUS, S. E.; TETROE, J.; GRAHAM, I. Defining knowledge translation. **Canadian Medical Association Journal**, v. 181, n.3-4, 0.165-8, 2009. Doi: 10.1503/cmaj.091229
- _____. Knowledge translation is the use of knowledge in health care decision making. **The Journal of Clinical Epidemiology**, 64(1):6-10, 2011.
- _____. et al. Monitoring use of knowledge and evaluating outcomes. **Canadian Medical Association Journal**, 182(2):E94-E98, 2010.
- STURKE, R. A. et al. Multi-disciplinary approach to implementation science: the NIH-PEPFAR PMTCT Implementation Science Alliance. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, 67:163-7, 2014.
- SUMAN, R.; UDANI, R.; NANAVATI, R. Kangaroo mother care for low birth weight infants: a randomized controlled trial. **Indian Pediatrics**, 45(1):17-23, 2008.
- TAMAYO, A.; MENDES, A. M.; PAZ, M. G. T. Inventário de valores organizacionais. **Estudos de Psicologia**, v. 5, n. 2, p. 289-315, 2000.
- TAYLOR, C. et al. Staff perceptions and experiences of implementing the Baby Friendly Initiative in neonatal intensive care units in Australia. **Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing**, v. 40, n. 1, p. 25-34. Doi: 10.1111/j.1552-6909.2010.01204.x. Epub, 2011.
- TAYLOR, M. J. et al. Systematic review of the application of the plan-do-study-act method to improve quality in healthcare. **BMJ Quality & Safety**, n.23, p. 290-8, 2014.
- TETROE, J. Knowledge Translation at the Canadian Institutes of Health Research: a primer. **Focus Technical Brief**, 18:1-8, 2007.
- TÖRÖLÄ, H. et al. Feeding skill milestones of preterm infants born with extremely low birth weight (ELBW). **Infant Behavior & Development**, 35(2):187-194, 2012.
- TRICCO, A. C. et al. Sustainability of knowledge translation interventions in healthcare decision making: a scoping review. **Implementation Science**, 11:55, 2016. doi:10.1186/s13012-016-0421-7
- UEMA, R. T. B. et al. Insucesso na amamentação do prematuro: alegações da equipe. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 36, n. 1, supl., p. 199-208, ago. 2015.
- UNDERWOOD, M. A. Human Milk for the Premature Infant. **Pediatric Clinics of North America**, 60:189-207, 2013. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0031395512001551>>.

UNICEF. **Baby friendly hospital initiative: revised, updated and expanded for integrated care.** In: Section 2, strengthening and sustaining the baby friendly hospital initiative: a course for decision makers. 2009. Disponível em: <https://www.unicef.org/nutrition/files/BFHI_section_2_2009_eng.pdf>.

VANNUCHI, M. T. O.; MONTEIRO, C. A.; RÉA, M. F. Implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança em um Hospital Universitário. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 11 (Suplem.), p. 102-7, 2012.

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

VENÂNCIO, S. I. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, p. 313-8, 2002.

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. **The Lancet Global Health**, April 2015. Doi: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)70002-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)70002-1).

_____. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **Lancet**, 387(10017):475-90, 2016.

VILLENEUVE, M.; MacDONALD, J. Toward 2020: Visions for Nursing. **Canadian Nurses' Association**, 102(5):22-3, 2006.

WANG, P. S. et al. Twelve-month use of mental health services in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. **Archives of General Psychiatry**, 62(6):629-40, 2005.

WILTSEY STIRMAN, S. et al. The sustainability of new programs and innovations: a review of the empirical literature and recommendations for future research. **Implementation Science**, 7:17, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Bridging the “know-do” gap.** Geneva, Switzerland: WHO Press, 2006.

_____. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices:** conclusions of a consensus meeting held 6-8. Washington D.C.: World Health Organization, November 2007.

_____. Born Too Soon: **The Global Action Report on Preterm Birth. The Global Action report.** 2012. Geneva: WHO; 2012. Disponível em: <http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2012.

_____. Department of Nutrition for Health and Development. **Implementation guidance: protecting, promoting, and supporting breastfeeding in facilities**

providing maternity and newborn services - The Revised Baby-friendly Hospital Initiative. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2018.

YAMAMOTO, A. Y. et al. Early high CMV seroprevalence in pregnant women from a population with a high rate of congenital infection. **Epidemiology and Infection**, 141(10):2187-91, 2013.

8. Apêndices

8.1 Apêndice 1 - Instrumento de Caracterização dos Profissionais

CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

Entrevista n.: _____ nome: _____

Entrevistador: _____ Data: _____

Caracterização profissionais – CONTEXTO ORGANIZACIONAL (MBI e IVO)

1.1 Sexo () feminino () masculino

1.2 Ano de nascimento:

1.3 Estado civil: casado () solteiro () divorciado () viúvo () união consensual ()

1.4 Possui filhos? Sim () Quantos? _____ Não ()

1.5 Qual a sua categoria profissional?(Se possui mais de uma, assinale a profissão que exerce nesta unidade)

() Auxiliar/Técnico de Enfermagem

() Fonoaudiólogo

() Enfermeiro

() Fisioterapeuta

() Pediatra

() Biomédico

() Neonatologista

() Técnico de

Laboratório

() Residente

() Psicólogo

Qual a categoria? _____

() Outra

Qual a especialidade? _____

Qual a

categoria? _____

1.6 Considerando a categoria profissional assinalada na questão anterior, quanto tempo faz que você terminou a sua formação (ex.: graduação ou curso técnico)? Especificar: _____ anos

1.7 Você possui alguma outra formação profissional?

() Especialização. Qual área? _____ Ano de término _____

() Residência. Qual área? _____ Ano de término _____

() Mestrado. Qual área? _____ Ano de término _____

() Doutorado. Qual área? _____ Ano de término _____

1.8 Há quanto tempo você trabalha nesta unidade neonatal? Especificar:

1.9 Qual o turno que você trabalha nesta unidade neonatal? Matutino ()

Vespertino () Diurno () Noturno () Outro () Especificar:

1.10 Além do vínculo empregatício que você possui nesta unidade, quantos outros vínculos de trabalho você possui?

Nenhum () 01 () 02 () 03 () Mais de 3 ()

1.11 Neste(s) outro(s) vínculo (s) de trabalho que você possui, qual função você exerce?

() Assistência () Docência () Cargo administrativo () Outro. Qual: _____?

() Assistência () Docência () Cargo administrativo () Outro. Qual: _____?

() Assistência () Docência () Cargo administrativo () Outro. Qual: _____?

1.12 Neste outro vínculo de trabalho que você possui, você trabalha na área neonatal?

() Sim () Não. Especificar: _____

8.2 Apêndice 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Profissionais

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: “Aleitamento materno em prematuros: impacto da IHAC para unidades neonatais”

Prezado profissional de saúde,

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

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

- Fase 1: Sua participação se dará por meio de respostas a questionários com questões objetivas sobre sua formação e atuação profissional, a organização do trabalho e os valores organizacionais. O tempo previsto para o preenchimento destes questionários não excederá meia hora e será realizado em sala reservada conforme sua disponibilidade.

- Fase 2: Entrevista sobre o seu conhecimento acerca do manejo da amamentação do prematuro e as práticas utilizadas por você para promover, apoiar mães desses neonatos no contexto do aleitamento materno. A duração máxima da entrevista será de 30 minutos, realizada em sala reservada conforme sua disponibilidade.

- Fase 3: Participação em grupos de trabalho de profissionais de saúde para discussão em sala reservada nesta instituição sobre essas práticas de promoção e apoio ao aleitamento materno ao prematuro, discussões essas que terão 30 e 40 minutos de duração. Essas atividades serão organizadas de acordo com disponibilidade dos participantes e terão uma frequência de quatro encontros ou mais a depender da necessidade, realizados ao longo de 12 meses.

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

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

Os possíveis riscos do estudo se referem a alguns desconfortos que você pode ter no momento em que for entrevistado ou durante a fase de

8.3 Apêndice 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Mães

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - Mães

Título da pesquisa: “Aleitamento materno em prematuros: impacto da IHAC para unidades neonatais”

Prezada senhora,

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

Seu apoio e participação são muito importantes para a realização deste estudo, que tem como objetivo geral implementar e testar se a Iniciativa Hospital Amigo da Criança recém-adaptada para as unidades neonatais (IHAC-Neo) é efetiva no aumento das taxas de aleitamento materno exclusivo de bebês prematuros. Para tal, a pesquisa será dividida em três fases:

- Fase 1: levantamento de dados sobre o aleitamento materno (início, primeira mamada no peito, tipo de aleitamento na alta hospitalar e segunda semana em casa/domicílio e vivência da mãe no aleitamento do filho prematuro) e sobre as condições de saúde (intercorrências/problemas, infecções) na gestação, nascimento e hospitalização do bebê. Tais dados serão coletados do prontuário do bebê e também por meio de entrevista (pessoal ou por telefone) com a senhora e terá duração máxima de 20 minutos.

- Fase 2: realização de reuniões com algumas mães para discussão sobre as práticas de promoção e apoio ao aleitamento materno do prematuro utilizadas neste hospital. Essas reuniões terão duração de 30 a 40 minutos. Se a senhora e as outras mães autorizarem, as reuniões serão filmadas e poderão ter sua duração aumentada.

- Fase 3: avaliação, sob o seu ponto de vista, de como foram desenvolvidas as práticas que apoiam o aleitamento materno e a participação da família neste hospital. Para tal as mães responderão algumas perguntas em entrevista com duração máxima de 30 minutos.

Todas essas atividades serão organizadas de acordo com a disponibilidade de tempo, data e horário viável para as mães participantes.

Faremos o possível para auxiliá-la caso ocorra algum desconforto, esclarecendo-a ou tranquilizando-a. Sua participação será completamente voluntária, não havendo custo para você e nem pagamento pela sua participação. Você tem a liberdade desistir a qualquer momento desta participação. Caso em algum momento, você se sinta lesada por algo que possa acontecer nesta pesquisa, você terá o direito de recorrer à indenização segundo as leis do país.

Você terá a garantia de receber respostas a qualquer pergunta sobre este trabalho, em qualquer momento. Quando terminarmos esta pesquisa, os resultados finais serão divulgados em revistas científicas e apresentados em eventos científicos. Os resultados deste estudo irão contribuir para melhores condições de saúde dos prematuros relacionadas ao aleitamento materno

exclusivo e para melhorar as práticas profissionais visando ao estabelecimento do aleitamento materno exclusivo nessas crianças.

Esta pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da EERP/USP, que tem a finalidade de proteger eticamente o participante da pesquisa para a sua realização.

Após todos os esclarecimentos, caso você concorde em participar, por favor, assine duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Uma via ficará com você e a outra com a pesquisadora. Se tiver alguma dúvida, poderá entrar em contato com o CEP-EERP/USP, na Avenida Bandeirantes, 3900 - Bairro Monte Alegre - Campus Universitário, Ribeirão Preto/ SP, CEP 14040-902, telefone (16) 3602-3386, em dias úteis e horário comercial.

Agradecemos a sua colaboração.

_____	_____
Participante	Nome e assinatura do responsável pelo centro
E-mail: _____	
Telefones de contato: _____	

Responsável (se a mãe for menor de idade)

_____ de _____ de 201__.

8.4 Apêndice 4 - Protocolo para uso de chupetas nas unidades neonatais.

1. Fica proibido o uso de dedos de luva (luva cirúrgica, guarnecida internamente por um pedacinho de algodão ou gaze na ponta de um dos dedos, seguida por um nó) em qualquer unidade neonatal deste hospital.
2. O uso da chupeta deverá ser prescrito pelo médico, fonoaudióloga ou enfermeira, após criteriosa avaliação, de acordo com o fluxograma apresentado.

Avaliar inicialmente sinais de estresse do bebê, incluindo alteração de parâmetros fisiológicos (FC aumentada, taquipnéia e/ou queda da saturação) e comportamentais (desorganização, agitação, choro).

Caso haja causas fisiológicas que justificam o estresse, como por exemplo, dor, executar cuidados pertinentes (exemplo, aplicar escala de dor e avaliar necessidade de intervenção farmacológica ou não farmacológica, entre outros), não sendo indicado uso de chupeta.

Se não forem identificadas causas fisiológicas que justificam o estresse, realizar primeiramente, medidas de conforto como mudança de decúbito, contenção, evitar excesso de manipulação, reduzir luminosidade e ruído do ambiente. Avaliar novamente sinais de estresse após estas medidas.

Caso os sinais de estresse ainda estejam presentes, colocar bebê no seio materno e/ou contato pele a pele e monitorá-lo. Se a mãe não estiver presente, pegar o bebê no colo, acalantar e monitorar. Avaliar novamente o estresse do bebê após a realização destas ações em ambos os casos.

Se o estresse foi reduzido com estas medidas, não existe a indicação do uso de chupeta. Se o estresse se mantém, discutir com enfermeiro ou médico ou fonoaudiólogo a indicação da chupeta. Se a indicação for positiva, oferecer sucção não nutritiva com o uso da chupeta e monitorar o bebê. Avaliar sinais de estresse novamente após a sucção não nutritiva com chupeta.

Retirar a chupeta assim que possível após reavaliação dos parâmetros fisiológicos e comportamentais, conforme fluxograma.

8.5 Apêndice 5 - Fluxograma pra indicação do uso de chupetas nas unidades neonatais.

FLUXOGRAMA PARA INDICAÇÃO DO USO DE CHUPETA NA UNIDADE NEONATAL

9.1 Anexo 1 - Total de critérios por passo, do Código e dos Três Princípios Norteadores.

Passos	Critérios
<p>Princípio Norteador 1 - A atitude da equipe para as mães deve focar às necessidades individuais de cada mãe e no seu contexto.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 6 critérios <p>✓ Mães - 5 critérios ✓ Observação e análise documental - 1 critério</p>	<p>PN1.1 - Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente informam que foram tratadas com sensibilidade pelo corpo clínico (ou seja, a equipe foi receptiva ao que a mãe comunicou).</p> <p>PN1.2 - Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente informam que foram tratadas com empatia pelo corpo clínico.</p> <p>PN1.3 - Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente informam que foram tratadas pelo corpo clínico com respeito pelo seu papel de mãe.</p> <p>PN1.4 - Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente informam que foram apoiadas pelo corpo clínico na tomada de suas próprias decisões sobre produção de leite, amamentação e alimentação do bebê.</p> <p>PN1.5 - A política de AM define que as mães (famílias) devem ser consideradas como particularmente "vulneráveis" e ter apoio individualizado focado em relação à produção de leite, amamentação e alimentação do bebê.</p> <p>PN1.6 - Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente que não amamentam ou não amamentam exclusivamente relatam que o corpo clínico respeita a sua decisão de dar fórmula para seus bebês.</p>
<p>Princípio Norteador 2 - A unidade deve prover cuidado centrado na família, apoiado pelo ambiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 10 critérios <p>✓ Mães - 4 critérios ✓ Observação e análise documental - 6 critérios</p>	<p>PN2.1 - A política de AM afirma que o pai /membro da família ou outras pessoas significativas são permitidas na enfermaria (de acordo com os níveis).</p> <p>“ Sem restrições 24h/7d (nível ***)</p> <p>“ No máximo restrito por 2 h/24 h (nível **)</p> <p>“ Restrições durante a noite e no máximo 2 h restrito durante o dia (nível *)</p> <p>PN2.2 - Confirmação pela observação que o pai/membro da família ou outras pessoas significativas são permitidas na enfermaria (de acordo com os níveis).</p> <p>“ Sem restrições 24h/7d (nível ***)</p> <p>“ No máximo restrito por 2 h/24 h (nível **)</p> <p>“ Restrições durante a noite e no máximo 2 h restrito durante o dia (nível *)</p> <p>PN2.3 - A política de AM estabelece a transferência precoce dos cuidados com o bebê aos pais após o nascimento.</p> <p>PN2.4 - Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente informam que começaram a participar na realização de cuidados do bebê nas primeiras 24 h após o nascimento, a menos que haja razões justificáveis para não fazê-lo, como condição da mãe e da criança e cuidados médicos.</p>

	<p>PN2.5 - Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente informam que o pai / membro da família ou outra pessoa significativa foi incentivado e apoiado a participar no cuidado do bebê nas primeiras 24 h após o nascimento, se estivesse presente.</p> <p>PN2.6 - Confirmação pela observação que todas as mães dos bebês na unidade neonatal têm acesso a um lugar para descansar ao lado do leito do seu bebê (de acordo com o nível).</p> <p>“ Cama/colchão (nível ***)</p> <p>“ Poltrona reclinável (nível **)</p> <p>“ Cadeira sem apoio de braço (nível *)</p> <p>PN2.7 - Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente informam que elas puderam comer não muito longe da unidade neonatal (de acordo com os níveis).</p> <p>“ Comer na unidade (nível ***)</p> <p>“ Perto da unidade (5 minutos andando ou menos) (nível **)</p> <p>“ Não muito longe da unidade (6 a 10 minutos de distância andando) (nível *)</p> <p>PN2.8 - Confirmação pela observação que a iluminação é individualizada, os olhos dos bebês prematuros não estão expostos diretamente à luz, e o nível de som é baixo (conversas são mantidas em voz baixa, alarmes são programados em volumes baixos e silenciados imediatamente, e outras fontes de ruídos ocorrem com pouca frequência).</p> <p>PN2.9 - Pelo menos 80% das mães relatam que o ambiente é apropriado para a sua presença e para a amamentação em relação a luz, o som, o nível de atividade, e a privacidade.</p> <p>PN2.10 - Confirmação pela observação que a unidade proporciona quartos para cuidados familiares/individualizados com camas/poltronas reclináveis/colchões que dão aos pais a oportunidade de permanecer 24h/7d.</p>
<p>Princípio Norteador 3 - O sistema de saúde deve assegurar a continuidade do cuidado, ou seja, a continuidade do cuidado pré, peri e pós-natal e após a alta hospitalar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 8 critérios 	<p>PN3.1 - A continuidade do cuidado é abordada na política de AM.</p> <p>PN3.2 - Todos os protocolos ou normas clínicas do hospital relacionados a lactação, amamentação e apoio à alimentação de prematuros e bebês doentes indicam que as normas da unidade neonatal estão de acordo com a IHAC e diretrizes atuais baseadas em evidências.</p> <p>PN3.3 - O chefe/diretor dos serviços de enfermagem neonatais/pediátricos relatam que a unidade tem uma pessoa identificada responsável pelo trabalho com a continuidade do cuidado em relação à lactação, amamentação e apoio à alimentação durante cada estágio da prestação de cuidado de saúde.</p> <p>PN3.4 - Pelo menos 80% do corpo clínico selecionados aleatoriamente podem nomear uma pessoa responsável por trabalhar com a continuidade dos cuidados relacionados à lactação, amamentação e apoio à alimentação.</p> <p>PN3.5 - Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente informam que receberam informações</p>

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Profissionais de saúde – 3 critérios ✓ Mães – 2 critérios ✓ Observação e análise documental –3 critérios 	<p>coerentes sobre lactação, amamentação e apoio à alimentação do seu bebê durante toda a continuidade dos cuidados.</p> <p>PN3.6 - Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente informam que o corpo clínico sabe o que se passou antes com seus filhos e que elas não têm que repetir a história do estado de saúde do seu bebê e atual plano de cuidados (incluindo lactação atual, AM e estratégia de apoio à alimentação) aos cuidadores envolvidos no cuidado do seu bebê.</p> <p>PN3.7 - As informações sobre a situação atual e plano para a lactação, amamentação e apoio alimentar estão incluídas no relatório fornecido pela unidade neonatal quando o cuidado do bebê é transferido para a próxima fase do atendimento.</p> <p>PN3.8 - Pelo menos 80% do corpo clínico selecionados aleatoriamente informam que as informações sobre a situação atual e plano para a lactação está incluído no relatório fornecido pela unidade neonatal quando o cuidado do bebê é transferido para a próxima fase do atendimento.</p>
<p>Passo 1 - Ter uma política escrita de AM que seja rotineiramente comunicada a todos da equipe de cuidado em saúde.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5 critérios <ul style="list-style-type: none"> ✓ Observação e análise documental - 5 critérios 	<p>1.1 - A unidade de saúde tem uma política escrita sobre amamentação/alimentação do bebê.</p> <p>1.2 - A revisão da política confirma que inclui orientações de como cada um dos "Três Princípios Norteadores e Dez Passos" e o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno devem ser implementados, e para o aconselhamento de mães HIV positivas na alimentação do bebê.</p> <p>1.3 - A revisão da política afirma que todas as mães, independentemente do seu método de alimentação, tenham o apoio alimentar que necessitam.</p> <p>1.4 - A observação confirma que uma cópia do resumo da política ou imagens visuais são exibidos em todas as áreas da unidade de saúde que atendam mulheres grávidas, mães, bebês e crianças pequenas.</p> <p>1.5 - A observação confirma que os resumos da política são exibidos no idioma(s) e escrito com redação mais comumente entendida pelas mães e pelo corpo clínico.</p>
<p>Passo 2 - Educação e treinamento de toda a equipe no conhecimento e habilidades específicas necessárias para implementar esta política.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 14 critérios 	<p>2.1 -O chefe dos serviços da maternidade relata que todos os membros da equipe de cuidados de saúde que tenham qualquer contato com gestantes, mães e/ou bebês, receberam orientação sobre a política de amamentação/alimentação do bebe. A orientação fornecida é suficiente.</p> <p>2.2 - Pelo menos 90% do corpo clínico selecionado aleatoriamente são capazes de identificar pelo menos 5 fatores que são importantes para o início precoce da produção de leite: o início precoce (dentro de horas após o nascimento), ordenha frequente pelo menos 6 vezes nas 24 h/d, ordenha do leite materno também durante a noite, instrução inicial da ordenha manual, acesso fácil e gratuito a uma bomba de ordenha.</p> <p>2.3 -Pelo menos 80% do corpo clínico selecionado aleatoriamente são capazes de responder</p>

<p>✓ Profissionais de saúde - 5 critérios</p> <p>✓ Observação e análise documental - 9 critérios</p>	<p>adequadamente, pelo menos, quatro das cinco respostas (para questões relacionadas ao apoio e promoção da amamentação) adequadamente.</p> <p>2.4 -Uma cópia do programa ou curso apresentado para o treinamento na promoção da amamentação e apoio à vários tipos de funcionários está disponível para revisão.</p> <p>2.5- A observação confirma que existe(m) pessoa(s) identificada(s) com conhecimento especial, no AM e lactação na unidade, que possuem responsabilidade especial para a amamentação e apoio a lactação e treinamento.</p> <p>2.6 -A documentação do treinamento também indica que os membros da equipe não clínica receberam treinamento adequado, dadas as suas funções, para proporcionar-lhes as competências e conhecimentos necessários para apoiar as mães no sucesso da alimentação de seus bebês.</p> <p>2.7 -Revisão da documentação de treinamento indica que 80% ou mais dos membros da equipe clínica que têm contato com as mães e/ou bebês e fazem parte da equipe há 6 meses ou mais, receberam treinamento no hospital ou antes da chegada, através de um curso, bem supervisionado de auto estudos ou cursos <i>online</i>.</p> <p>2.8 -Revisão da documentação de treinamento indica que 80% ou mais dos membros do corpo clínico que têm contato com as mães e/ou bebês receberam prática clínica supervisionada como parte deste treinamento.</p> <p>2.9- O material de treinamento abrange os Três Princípios norteadores, todos os Dez Passos, o Código e as resoluções subsequentes da Assembleia Mundial de Saúde.</p> <p>2.10 - Pelo menos 80% do corpo clínico selecionado aleatoriamente relata que recebeu pelo menos 20 h de treinamento ou, se está no cargo há menos de 6 meses, pelo menos recebeu orientação sobre a política.</p> <p>2.11 -O treinamento sobre como fornecer suporte para as mães que não amamentam também é fornecido pela equipe. Uma cópia da sessão do curso apresentado para o treinamento em apoio às mães que não amamentam também está disponível para revisão.</p> <p>2.12 -O treinamento abrange temas-chave, tais como: capacidade de comunicação, os riscos e benefícios das diversas opções de alimentação; ajudar a mãe que não amamenta escolher o que é aceitável, factível, acessível, sustentável e seguro (AFASS) nas suas circunstâncias; a forma segura e higiênica de preparação, alimentação e armazenamento de substitutos do leite materno; como ensinar a preparação das diversas opções de alimentação, e como minimizar a probabilidade das mães que amamentam serem influenciadas a usar fórmula.</p> <p>2.13 -Pelo menos 80% do corpo clínico selecionado aleatoriamente podem descrever o que deve ser discutido com uma gestante se ela indicar que está pensando em dar ao seu bebê alguma coisa que não</p>
--	--

	<p>seja o leite materno antes dos seis meses.</p> <p>2.14 -O tipo e a porcentagem da equipe que recebera o treinamento são adequados, dada às necessidades da instituição.</p>
<p>Passo 3 - Informar todas as gestantes hospitalizadas em risco de um parto prematuro ou nascimento de um bebê doente em relação ao manejo da lactação e AM e benefícios do AM.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5 critérios <p>✓ Profissionais de saúde - 2 critérios</p> <p>✓ Observação e análise documental - 4 critérios</p>	<p>3.1 - O chefe/diretor dos serviços de enfermagem pode confirmar que o corpo clínico da unidade neonatal visita as mulheres grávidas hospitalizadas que estão sob o risco de ter o bebê ser admitido na unidade neonatal após o nascimento para oferecer informações sobre amamentação e lactação específicas para sua situação.</p> <p>3.2 - A política de amamentação determina que as mulheres grávidas hospitalizadas que estão sob risco de ter um bebê admitido na unidade neonatal após o nascimento são visitadas pelo corpo clínico para discutir sobre amamentação e lactação, amamentação/oferta de leite materno que podem ser estabelecidas, dependendo da condição do bebê (critério não computado na adesão).</p> <p>3.3 - A informação para gestantes hospitalizadas com risco de seu filho ser admitido em unidade neonatal, tanto nas entrelinhas como no material escrito, dão cobertura adequada para três dos sete itens das Normas 3a (A unidade neonatal abre acesso à política e à importância da presença dos pais para o bem-estar da criança; a importância do estímulo precoce da produção láctea; informações práticas e específicas sobre como anda este processo; os benefícios particulares da amamentação/oferta de leite materno para bebês prematuros/doentes e para suas mães; a importância do contato pele a pele com o bebê após o nascimento, o quanto antes; a importância de permitir que o bebê inicie a amamentação mais cedo; o fato de que os bebês muito e extremamente prematuros também possuem capacidade de sucção nutritiva no peito; no entanto, isso pode ser afetado pela sua condição clínica).</p> <p>3.4 -Pelo menos 80% do corpo clínico selecionado aleatoriamente, incluindo médicos, podem descrever pelo menos três dos sete itens das Normas 3a.</p> <p>3.5 -Há um resumo por escrito para a equipe com informações sobre amamentação que a gestante deve receber.</p> <p>3.6 -Estão disponíveis informações por escrito sobre leite materno, amamentação, incluindo ordenha manual e por bomba.</p>
<p>Passo 4 - Encorajar o contato pele a pele mãe-bebê (método mãe canguru) precoce, contínuo e prolongado sem restrições</p>	<p>4.1 - A unidade possui um protocolo, definindo Método Mãe Canguru (MMC), que inclui o início, a duração das sessões e a continuidade do MMC.</p> <p>4.2 - O protocolo de MMC da unidade confirma que:</p> <p>O bebê estável que nasceu de parto vaginal ou cesariana sem anestesia geral deve ser colocado em contato pele a pele/posição canguru na mãe na sala de parto ou sala de operação o quanto antes for possível, idealmente desde o nascimento, sem demora injustificada.</p>

<p>injustificáveis.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 10 critérios <p>✓ Profissionais de saúde - 3 critérios</p> <p>✓ Mães - 6 critérios</p> <p>✓ Observação e análise documental - 3 critérios</p>	<p>O bebê estável que nasceu de cesariana sob anestesia geral deve ser colocado em contato pele a pele/posição canguru na mãe assim que a mãe estiver responsiva e alerta (quando a condição da mãe for considerada apropriada).</p> <p>Um bebê inicialmente instável deve ser colocado em contato pele a pele/posição canguru assim que o bebê tolerar a transferência de volta para a mãe.</p> <p>O pai e outras pessoas significativas podem prover o contato pele a pele/posição canguru como substituto da mãe.</p> <p>O transporte do bebê estável da sala de parto para a unidade neonatal pode ser feito em contato pele a pele/posição canguru no peito dos pais.</p> <p>4.3 - O protocolo MMC da unidade estabelece que um prematuro/bebê doente estável pode permanecer em pele a pele/posição canguru continuamente ou durante o tempo que o pai/outra pessoa significativa for capaz e estiver disposto a continuar o cuidado pele a pele, sem restrições injustificadas.</p> <p>4.4 - Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente informam que foram devidamente informadas sobre os benefícios do início precoce do contato pele a pele/posição canguru e a possibilidade de fornecer MMC 24h/7dias.</p> <p>4.5 - Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente, com bebês estáveis de parto vaginal ou cesarianas sem anestesia geral, confirmam que seus bebês foram colocados em contato pele a pele/posição canguru o mais cedo possível (de acordo com os níveis), de preferência a partir do nascimento, sem demora injustificada.</p> <p>“ MC iniciado imediatamente após o nascimento (durante os primeiros 5 minutos) (nível ***);</p> <p>“ MC iniciado durante a primeira hora após o nascimento (depois dos cinco primeiros minutos, mas durante a primeira hora) (nível **);</p> <p>“ MC iniciado entre as 2^a - 24^a horas de vida (depois da primeira hora após o nascimento, mas durante o primeiro dia de vida) (nível *).</p> <p>4.6 - Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente, com bebês nascidos estáveis de cesariana sob anestesia geral, confirmam que seus bebês foram colocados em contato pele a pele/posição canguru o mais cedo possível (de acordo com os níveis), sem atrasos injustificados.</p> <p>“ MC iniciado dentro de poucos minutos após o bebê se tornar responsivo e alerta (durante os primeiros cinco minutos) (nível ***)</p> <p>“ MC iniciado durante a primeira hora após o bebê se tornar responsivo e alerta (após os primeiros cinco minutos, mas durante a primeira hora) (nível **)</p> <p>“ MC iniciado entre as 2^a - 24^a horas após o bebê se tornar responsivo e alerta (depois da primeira hora, mas durante o primeiro dia após tornar-se responsivo e alerta) (nível *).</p>
---	--

	<p>4.7 - Pelo menos 80% dos funcionários selecionados aleatoriamente confirmam que o contato pele a pele/posição canguru é iniciado em sua unidade assim que o bebê tolerar a transferência de volta para da mãe.</p> <p>4.8 - Pelo menos 80% do corpo clínico selecionado aleatoriamente confirmam que o transporte do bebê estável entre a sala de parto para a unidade neonatal pode ser feito em contato pele a pele/posição canguru no peito dos pais.</p> <p>4.9 - Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente das quais os bebês toleram o contato pele-a-pele/posição canguru confirmam que seu bebê podem permanecer em contato pele a pele/posição canguru na unidade neonatal pelo tempo e quantas vezes por dia os pais são capazes e dispostos a permanecer (idealmente 24h/7d), sem restrições injustificadas.</p> <p>4.10 - Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente que se aproximam da alta relatam de que elas (elas próprias ou se revezando com o pai/outra pessoa significativa) podem permanecer em contato pele a pele/posição canguru contínuo ou com curtas interrupções, ou durante o tempo que elas forem capazes e estiverem dispostas, durante toda a hospitalização, sem restrições injustificadas.</p> <p>4.11 - Pelo menos 80% dos funcionários selecionados aleatoriamente informam que incentivam o contato pele a pele/posição canguru contínuo ou com curtas interrupções, ou durante o tempo que os pais forem capazes e estiverem dispostos, sem restrições injustificadas.</p> <p>4.12 - Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente confirmam que foram informadas e incentivadas a realizar continuamente o contato pele a pele/ posição canguru pelo tempo que o seu bebê necessitar para manter a temperatura.</p>
<p>Passo 5 - Apresentar às mães como iniciar e manter a lactação e estabelecer precocemente o AM com estabilidade do bebê como único critério.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 18 critérios <p>✓ Profissionais de saúde - 7 critérios</p> <p>✓ Mães - 7 critérios</p>	<p>5.1 - Pelo menos 80% das mães que amamentam selecionadas aleatoriamente relatam que a equipe lhes ofereceu apoio com o posicionamento e pega de seus bebês para a primeira amamentação.</p> <p>5.2 - Pelo menos 80% do corpo clínico selecionado aleatoriamente relatam que ensina as mães o posicionamento e pega corretos e descreve tanto o posicionamento quanto a pega correta ou, se não ensina, descreve a quem encaminhar as mães.</p> <p>5.3 - Pelo menos 80% das mães que amamentam, selecionadas aleatoriamente, são capazes de descrever os sinais que indicam que seus bebês estão bem posicionados e têm uma boa pega.</p> <p>5.4 - Pelo menos 80% das mães que amamentam, selecionadas aleatoriamente, relatam que tiveram acesso ao apoio à amamentação pela equipe durante a internação do bebê na unidade neonatal.</p> <p>5.5 - Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente que querem proporcionar leite materno aos seus bebês relatam que receberam informações, apoio e ajuda prática com o início da produção de leite em até 6 horas após o nascimento ou chegada do bebê na unidade (no caso de uma transferência), e lhes foi mostrado como ordenhar o seu leite manualmente ou por bomba. A informação foi dada</p>

<p>✓ Observação e análise documental -4 critérios</p>	<p>oralmente ou por escrito/informação pictórica.</p> <p>5.6 - Pelo menos 80% dos relatórios do corpo clínico selecionados aleatoriamente podem descrever ou demonstrar como eles ensinam as mães uma técnica adequada para a ordenha manual, ou descrever a quem eles indicam a mãe para esta instrução.</p> <p>5.7 - Pelo menos 80% dos relatórios do corpo clínico selecionado aleatoriamente podem descrever ou demonstrar como eles ensinam as mães uma técnica adequada para utilizar a bomba de ordenha, ou descrever a quem eles indicam a mãe para esta instrução.</p> <p>5.8 - Pelo menos 80% das mães que amamentam ou tem a intenção de amamentar selecionadas aleatoriamente relatam que elas foram inicialmente informadas que amamentar ou ordenhar seu leite pelo menos 6 vezes a cada 24 h, mesmo durante a noite, é recomendado para manter a produção de leite.</p> <p>5.9 - Pelo menos 80% do corpo clínico selecionado aleatoriamente descrevem a estabilidade do bebê como único critério para início precoce da amamentação.</p> <p>5.10 - A política de amamentação descreve que a estabilidade do bebê é o único critério para início precoce da amamentação (nem a idade gestacional corrigida ou a idade pós-natal ou o peso atual, ou qualquer teste de força de sucção, ou treinamento para sugar).</p> <p>5.11 - A unidade fornece documentação que descreve as rotinas de acompanhamento da produção de leite das mães e para aconselhar as mães com diminuição ou inadequada produção de leite.</p> <p>5.12 - Pelo menos 80% do corpo clínico selecionado aleatoriamente relatam que eles discutem com as mães como garantir uma produção de leite suficiente.</p> <p>5.13 - Pelo menos 80% do corpo clínico selecionado aleatoriamente relatam que eles sabem quem é o principal responsável pelo aconselhamento sobre lactação (se esta função existir).</p> <p>5.14 - O protocolo de amamentação da unidade reconhece os bebês prematuros tardios (IG 34+0 até 36+6 semanas + dias) como prematuros, e afirma que suas mães devem receber o mesmo apoio no estabelecimento da lactação e amamentação que as mães dos bebês mais imaturos.</p> <p>5.15 - A observação confirma que a equipe demonstra como preparar e alimentar o bebê com substitutos do leite materno de forma segura para mães que decidiram por esta forma de alimentar, de forma precisa, completa e inclui uma demonstração de retorno.</p> <p>5.16 - Pelo menos 80% do corpo clínico selecionados aleatoriamente relatam que eles ensinam as mães que não estão amamentando como preparar o leite e descrevem adequadamente o que iria discutir ou, se não ensinam, descrevem a quem encaminham as mães.</p> <p>5.17 - Pelo menos 80% das mães cujos bebês recebem fórmulas selecionadas aleatoriamente relatam que o corpo clínico oferece ajuda na preparação e oferta do leite aos seus bebês, podem descrever os</p>
---	---

	<p>conselhos que foram dados.</p> <p>5.18 - Pelo menos 80% das mães cujos bebês recebem fórmula relatam que o corpo clínico verificou suas capacidades de preparar o leite dos seus bebês pedindo a elas para preparar sozinhas, após ser demonstrado como fazer.</p>
<p>Passo 6 - Não oferecer ao RN nenhum outro alimento ou líquido a não ser o leite materno, ao menos que indicado pelo médico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 9 critérios <p>✓ Mães - 4 critérios</p> <p>✓ Observação e análise documental - 6 critérios</p>	<p>6.1 - A política de amamentação indica que os RNs não recebem outro tipo de alimento ou bebida que não seja o leite de suas próprias mães (no peito ou ordenhado) a menos que exista uma razão médica aceitável, e que as diretrizes AFASS são usadas quando apropriadas.</p> <p>6.2 - A observação confirma que pelo menos 80% dos bebês são alimentados apenas com leite materno (no peito ou ordenhado) ou leite do banco de leite humano ou, se recebem algo mais, é devido razões médicas aceitáveis.</p> <p>6.3 - Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente relatam que seus bebês receberam somente leite materno (no peito ou ordenhado) ou leite do banco de leite humano ou, se receberam algo mais, foi devido razões médicas aceitáveis.</p> <p>6.4 - A política de amamentação determina que quando existem razões aceitáveis, as mães são orientadas e têm a opção de utilizar o leite do banco de leite humano para alimentar seus bebês - quando disponível, ou o bebê recebe substitutos do leite materno para prematuros (nesta ordem de prioridade).</p> <p>6.5 - Pelo menos 80% das mães que decidiram não amamentar selecionadas aleatoriamente relatam que a equipe conversou com elas sobre os riscos e benefícios das várias opções de alimentação.</p> <p>6.6 - Quando existe um banco de leite/serviço similar: pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente relatam que receberam informações sobre a opção de utilizar o leite do banco de leite humano se as necessidades de leite materno de seus bebês não forem supridas.</p> <p>6.7 - A política de amamentação indica que a estratégia de alimentação apropriada para melhorar a ingestão de leite dos bebês é aplicada antes da introdução de fortificantes.</p> <p>6.8 - A observação confirma que o hospital possui uma estrutura/um espaço adequado e equipamento necessário para realizar demonstrações de como preparar a fórmula e outras opções de alimentação longe das mães que amamentam.</p> <p>6.9 - Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente que decidiram não amamentar ou cujos bebês estão recebendo fórmula relatam que o corpo clínico discutiu com elas as várias opções disponíveis para alimentação, os riscos e benefícios das mesmas, e foram ajudadas a decidir qual a mais adequada nas suas situações.</p> <p>6.10 - A documentação mostra que o hospital não aceita substitutos do leite materno de graça ou de baixo custo (critério não computado na adesão).</p>

<p>Passo 7 - Permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 8 critérios <p>✓ Mães - 4 critérios</p> <p>✓ Observação e análise documental - 4 critérios</p>	<p>7.1 - A política de amamentação confirma a prática de que a unidade é aberta às mães 24h/7d (de acordo com os níveis).</p> <p>“ Irrestrito 24h/7d (nível ***)</p> <p>“ Irrestrito 24h/7d exceto durante situações de emergência (nível **)</p> <p>“ Irrestrito 24h/7d exceto durante visitas médicas (máximo de 2 horas por dia) (nível *)</p> <p>7.2 - A observação da unidade confirma a prática de que a unidade é aberta às mães 24h/7d (de acordo com os níveis).</p> <p>“ Irrestrito 24h/7h (nível ***)</p> <p>“ Irrestrito 24h/7d exceto durante situações de emergência (nível **)</p> <p>“ Irrestrito 24h/7d exceto durante visitas médicas (máximo de 2 horas por dia) (nível *)</p> <p>7.3 - A observação da unidade confirma que não existem sinais ou cartazes que transmitam restrições às mães de estarem junto com seus bebês.</p> <p>7.4 - Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente relatam que a unidade está aberta para mães 24h/7d (de acordo com os níveis).</p> <p>“ Irrestrito 24h/7d (nível ***)</p> <p>“ Irrestrito 24h/7d exceto durante situações de emergência (nível **)</p> <p>“ Irrestrito 24h/7d exceto durante visitas médicas (máximo de 2 horas por dia) (nível *)</p> <p>7.5 - Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente relatam que tiveram a oportunidade de estar no mesmo quarto em que seus bebês estavam internados na unidade neonatal sem separação (de acordo com os níveis) ou, se não, existia uma razão justificável (procedimentos nos quais a mãe não poderia estar presente, como cirurgia do bebê, ressonância magnética etc., doença/cirurgia/tratamento materno, necessidade da mãe de sair temporariamente da sua cama ou quarto pedindo para outra pessoa supervisionar o bebê, razões familiares, etc.).</p> <p>“ Irrestrito 24h/7h (nível ***)</p> <p>“ Irrestrito 24h/7d exceto durante situações de emergência (nível **)</p> <p>“ Irrestrito 24h/7d exceto durante visitas médicas (máximo de 2 horas por dia) (nível *)</p> <p>7.6 - A observação mostra que pelo menos 80% das mães e dos bebês permanecem juntos ou, se não, possuem uma razão justificável para serem separados (de acordo com os níveis).</p> <p>7.7 - Pelo menos 80% das mães de bebês que estão de alta para casa, selecionadas aleatoriamente, confirmam que tiveram a oportunidade de dormir próximas de seus bebês (de acordo com os níveis).</p> <p>“ Cama no mesmo quarto do seu bebê (nível ***)</p> <p>“ Cama em outro quarto, na mesma unidade (nível **)</p> <p>“ Cama em outra área do hospital (distância do bebê de 10 minutos andando ou menos) (nível *)</p>
--	---

	<p>7.8 - Pelo menos 80% das mães de bebês que estão de alta para casa, selecionadas aleatoriamente, confirmam que tiveram a oportunidade de dormir próximas de seus bebês por um período de internação (de acordo com o nível).</p> <p>“ Todo período de internação do bebê (nível ***)</p> <p>“ Pelo menos 50% da internação do bebê (nível **)</p> <p>“ Pelo menos uma noite antes da alta do bebê para casa (nível *)</p>
<p>Passo 8 - Encorajar a alimentação por demanda, quando necessário, alimentação semidemanda como uma estratégia de transição para prematuros e bebês doentes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 7 critérios <p>✓ Mães - 2 critérios</p> <p>✓ Observação e análise documental - 5 critérios</p>	<p>8.1 - A política de AM estabelece que a capacidade e estabilidade de cada criança indicam quando é possível terminar as mamadas programadas e a alimentação por sonda, não a idade corrigida ou a idade pós-natal ou o peso.</p> <p>8.2 - A(s) estratégia(s) para a transição de mamadas com horários regulares para alimentação semidemanda é (são) incluída(s) no protocolo de amamentação da unidade.</p> <p>8.3 - Bebês com alguma ingestão de leite no peito são amamentados de acordo com uma estratégia de alimentação por semidemanda.</p> <p>8.4 - Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente que pretendem amamentar relatam que estiveram envolvidas na escolha da estratégia para o estabelecimento de seu objetivo para amamentação, alimentação idealmente exclusiva no peito, e estratégias alternativas para a redução do volume diário de leite dado por outro método de alimentação.</p> <p>8.5 - Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente afirmam que receberam orientação na observação dos sinais de fome bebê e mudanças do estado comportamental para saber quando é apropriado posicionar o bebê no peito.</p> <p>8.6 - A observação confirma que a administração de rotina de leite dado por outros métodos após cada episódio de nutrição (para alcançar certo volume de leite) só é realizada por razões médicas justificáveis.</p> <p>8.7 - A observação confirma que os medicamentos são administrados e os procedimentos são programados de modo a causar o mínimo possível de perturbação à amamentação.</p>
<p>Passo 9 - Usar alternativas à amamentação pelo menos até o AM estar bem estabelecido e somente usar chupetas e protetores de mamilos com razões justificáveis.</p>	<p>9.1 - As observações na unidade indicam que pelo menos 80% dos bebês de mães que amamentam e mães que possuem a intenção de amamentar, não estão usando mamadeira.</p> <p>9.2 - Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente as quais estão amamentando, ou tem a intenção de amamentar, relatam que, até onde elas sabem, os seus bebês não foram alimentados utilizando mamadeira com bico artificial (mamilos), a menos que a mãe tenha solicitado explicitamente pelo uso.</p> <p>9.3 - Pelo menos 80% do corpo clínico selecionado aleatoriamente relatam que eles não introduzem mamadeira para bebês amamentados a menos que existem razões justificáveis e, quando a mãe quer introduzir mamadeira, eles informam os riscos a ela.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • 13 critérios <ul style="list-style-type: none"> ✓ Profissionais de saúde – 4 critérios ✓ Mães – 4 critérios ✓ Observação e análise documental – 5 critérios 	<p>9.4 - O protocolo de amamentação da unidade afirma que a primeira experiência de sucção nutritiva para bebês de mães que pretendem alimentar diretamente no peito deve estar no peito.</p> <p>9.5 - O protocolo de amamentação da unidade inclui métodos alternativos à alimentação com mamadeira e descreve formas apropriadas e seguras para utilizar esses métodos.</p> <p>9.6 - Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente que estão amamentando ou que pretendam amamentar, relatam que lhes foi ensinado como alimentar seu bebê com sonda, “suplementação nutricional”, ou um copo, se a suplementação foi exigida.</p> <p>9.7 - O protocolo de amamentação da unidade descreve razões justificáveis para o uso da chupeta.</p> <p>9.8 - Pelo menos 80% do corpo clínico selecionado aleatoriamente descrevem pelo menos duas razões justificáveis para o uso da chupeta (alívio da dor, estimulação da sucção, conforto, ajuda o bebê a dormir).</p> <p>9.9 - Pelo menos 80% das mães que amamentam selecionadas aleatoriamente relatam que foram informadas sobre as razões justificáveis para o uso de chupeta na unidade neonatal e as razões pelas quais a chupeta pode reduzir a produção láctea durante a lactação.</p> <p>9.10 - Pelo menos 80% das mães que amamentam selecionadas aleatoriamente relatam que foram informadas sobre formas alternativas de acalmar o bebê, e como minimizar o uso da chupeta após a alta da unidade neonatal.</p> <p>9.11 - O protocolo de amamentação da unidade descreve razões justificáveis para o uso de protetores de mamilo.</p> <p>9.12 - Pelo menos 80% do corpo clínico selecionado aleatoriamente são capazes de descrever como usar o protetor de mamilo de forma adequada ou descrever a quem referenciam a mãe para receber esta instrução.</p> <p>9.13 - Pelo menos 80% do corpo clínico selecionado aleatoriamente são capazes de descrever pelo menos duas razões justificáveis para o uso do protetor de mamilo fora as seguintes o bebê tem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dificuldades na pega, • Dificuldades em manter a pega no peito, • Demonstra sucção mínima e/ou melhora na ingestão de leite apesar da amamentação frequente, • Necessidade da mãe para alívio da dor devido mamilos feridos.
<p>Passo 10 - Preparar os pais para continuar o AM e assegurar acesso aos serviços de apoio/grupos</p>	<p>10.1 - O chefe/diretor dos serviços de enfermagem afirma que a unidade de saúde estimula o estabelecimento da amamentação e/ou coordena grupos de apoio a amamentação ou redes e outros serviços da comunidade que oferecem suporte à amamentação/alimentação do bebê para mães, e pode descrever pelo menos uma forma de como isso é feito.</p> <p>10.2 - Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente relatam que receberam informações de</p>

<p>depois da alta hospitalar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 10 critérios <p>✓ Profissionais de saúde - 4 critérios</p> <p>✓ Mães - 4 critérios</p> <p>✓ Observação e análise documental - 3 critérios</p>	<p>como elas podem começar a amamentação com suporte, se necessário, durante a hospitalização do bebê e após a alta, se disponível.</p> <p>10.3 - Uma revisão dos documentos indica que as informações por escrito distribuídas às mães incluem informações de como e onde elas podem encontrar apoio à amamentação, se disponível.</p> <p>10.4 - O chefe/diretor dos serviços de enfermagem afirma que as mães recebem informações de onde elas podem obter apoio se precisarem de ajuda na alimentação de seus bebês após o retorno para casa e é capaz de mencionar pelo menos uma fonte de informação.</p> <p>10.5 - O chefe/diretor dos serviços de enfermagem afirma que a alta dos bebês é planejada em colaboração com os serviços de saúde da comunidade e descreve como isso é feito.</p> <p>10.6 - Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente relatam que a alta do bebê é planejada em colaboração com a família.</p> <p>10.7 - Uma revisão dos documentos mostra que existe um plano para as mães para estabelecer a amamentação quando o bebê recebe alta antes que ela tenha alcançado seu objetivo de amamentação (exclusividade e duração).</p> <p>10.8 - Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente relatam que foram vistas logo após a alta (individualizadamente de acordo com as condições do bebê) na unidade de saúde, ou na comunidade por um profissional de apoio à amamentação o qual avaliou a alimentação e deu o apoio necessário, ou estimulou a ver uma pessoa como suporte.</p> <p>10.9 - O chefe/diretor dos serviços de enfermagem afirma que a equipe estimula as mães e seus bebês a serem vistos logo após a alta (individualizadamente de acordo com as condições do bebê) na unidade, ou na comunidade por um profissional de apoio à amamentação que é capaz de avaliar a alimentação e dar o suporte necessário e pode descrever um sistema de referência adequado e um momento adequado para as visitas.</p> <p>10.10 - O protocolo de amamentação da unidade descreve um sistema de referência adequado para mães/bebês serem vistos logo após a alta.</p> <p>10.11 - Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente relatam que receberam informações verbais ou por escrito de onde elas podem/poderiam encontrar um profissional de apoio à amamentação se necessário após a alta na comunidade e mencionam pelo menos um tipo de ajuda disponível.</p>
<p>Código Internacional para Comercialização dos substitutos de leite materno</p>	<p>O chefe/diretor dos serviços de enfermagem afirma que:</p> <p>C.1 - Nenhum funcionário de fabricantes ou distribuidores de substitutos do leite materno, mamadeiras, bicos ou chupetas tem qualquer contato direto ou indireto com gestantes ou mães.</p> <p>C.2 - O hospital não recebe brindes, literatura não-científica, materiais ou equipamentos, dinheiro ou apoio para a educação em serviço ou eventos de fabricantes ou distribuidores de substitutos do leite</p>

<ul style="list-style-type: none"> • 16 critérios ✓ Profissionais de saúde - 4 critérios ✓ Mães - 3 critérios ✓ Observação e análise documental - 9 critérios 	<p>materno, mamadeiras, bicos ou chupetas.</p> <p>C.3 - Nenhuma mulher grávida, mães ou suas famílias recebem materiais de marketing ou amostras ou brindes pela unidade que incluem substitutos do leite materno, mamadeiras/bicos, chupetas, outros equipamentos de alimentação infantil ou cupons.</p> <p>A revisão da política de amamentação ou alimentação do bebê indica que ela defende o Código e as resoluções subsequentes da OMS, proibindo:</p> <p>C.4 - A afixação de cartazes ou outros materiais fornecidos pelos fabricantes ou distribuidores de substitutos do leite materno, mamadeiras, bicos e chupetas ou quaisquer outros materiais que promovam o uso desses produtos.</p> <p>C.5 - Qualquer contato direto ou indireto entre os funcionários destes fabricantes ou distribuidores e gestantes ou mães na unidade.</p> <p>C.6 - Distribuição de amostras ou brindes com substitutos do leite materno, mamadeiras ou bicos ou de materiais de marketing para estes produtos para as mulheres grávidas ou mães ou membros das suas famílias.</p> <p>C.7 - Aceitação de brindes (incluindo alimentos), literatura, materiais ou equipamentos, dinheiro ou apoio para a educação em serviço ou eventos destes fabricantes ou distribuidores pelo hospital.</p> <p>C.8 - Demonstrações de preparo de fórmulas infantis para qualquer um que não precise delas.</p> <p>C.9 - Aceitação gratuita ou de baixo custo do leite materno ou suprimentos.</p> <p>A revisão dos registros e recibos indica que:</p> <p>C.10 - Quaisquer substitutos do leite materno, incluindo fórmulas especiais e outros suprimentos, são comprados pela unidade de saúde pelo preço de atacado ou mais (fortificantes são considerados um medicamento, e não um substituto do leite materno).</p> <p>Observações na unidade neonatal indicam que:</p> <p>C.11 - Nenhum material que promova substitutos do leite materno, mamadeiras, bicos ou chupetas, ou outros produtos designados por leis nacionais, é apresentado ou distribuído para mães, gestantes ou funcionários.</p> <p>C.12 - O hospital mantém latas de fórmulas infantis e frascos de pré-preparados de fórmula fora de vista, a menos que estejam em uso.</p> <p>Pelo menos 80% da equipe clínica selecionada aleatoriamente são capazes de indicar duas razões pelas quais:</p> <p>C.13 - É importante não dar amostras grátis de empresas de fórmulas para mães (fortificantes são considerados um medicamento, e não um substituto do leite materno).</p> <p>Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente relatam que:</p>
--	--

	<p>C.14 - Eles não receberam uma demonstração da preparação de fórmula se não precisava dela.</p> <p>C.15 - Elas não observaram cartazes ou outros materiais fornecidos por fabricantes ou distribuidores de substitutos do leite materno, mamadeiras, bicos e chupetas ou quaisquer outros materiais que promovam o uso desses produtos.</p> <p>C.16 - Elas não receberam qualquer material de marketing ou amostras ou brindes pela unidade que incluem substitutos do leite materno, mamadeiras / bicos, chupetas, outros equipamentos de alimentação infantil ou cupons.</p>
--	--

Fonte: NYQVIST et al. (2015).

9.2 Anexo 2 - Inventário de Valores Organizacionais

314 A. Tamayo et al.

ANEXO

INVENTARIO DE VALORES ORGANIZACIONAIS

Este questionário traz uma lista de itens que expressam valores da organização. Sua tarefa é avaliar quão importantes são esses valores como princípios orientadores da vida da sua organização. Esta avaliação deve ser feita a dois níveis:

Real: quanto cada valor é praticado na realidade atual da sua organização.

Desejável: quanto cada valor deveria ser importante para sua organização.

Para dar sua opinião, utilize uma escala de 0 a 6, conforme abaixo:

Lembre-se de que quanto mais próximo do 6 mais importante é o valor.

Coloque um círculo em torno do número escolhido para cada um dos aspectos – Real e Desejável – na coluna correspondente.

Não há resposta certa ou errada. Responda de acordo com o seu entendimento e interpretação. Não deixe nenhum item em branco.

Agradecemos a sua colaboração. Não é necessário se identificar.

Inventário de valores organizacionais 315

Item		Real						Desejável							
1.	Capacidade de inovar na organização	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
2.	Capacidade de realizar as tarefas sem necessidade de supervisão constante	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
3.	Introdução de novidades no trabalho	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
4.	Abertura para expor sugestões e opiniões sobre o trabalho	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
5.	Busca constante de informação e novidades	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
6.	Continuidade de políticas e projetos organizacionais	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
7.	Fidelidade à organização	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
8.	Segurança de pessoas e bens	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
9.	Preservação dos costumes vigentes da organização	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
10.	Tradição de respeito às ordens	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
11.	Clima de ajuda mútua	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
12.	Distribuição do poder pelos diversos níveis	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
13.	Tratamento proporcional ao mérito	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
14.	Oportunidades iguais para todos os empregados	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
15.	Imparcialidade nas decisões administrativas	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
16.	Clima de relacionamento amistoso entre os empregados	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
17.	Respeito às pessoas com cargo de chefia	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
18.	Respeito das regras e normas estabelecidas pela organização	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
19.	Controle do serviço executado	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
20.	Respeito aos níveis de autoridade	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
21.	Capacidade de influenciar pessoas na organização	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
22.	Preocupação com o cumprimento de horários e compromissos	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
23.	Dificuldade de alterar regras, normas e comportamentos na organização	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
24.	Acompanhamento e avaliação contínuos das tarefas	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
25.	Ambiente de relacionamento interorganizacional adequado	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
26.	Complementariedade de papéis entre organizações	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
27.	Utilização de recursos sem causar danos ao meio ambiente	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
28.	Proteção ao meio ambiente	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
29.	Intercâmbio com outras organizações	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
30.	Atuação conjunta com outras empresas	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6

9.3 Anexo 3 - Inventário de Sobrecarga de Trabalho de Maslach

Entrevista n.: _____ nome: _____
Entrevistador: _____ Data: _____

Inventário de sobrecarga de trabalho de Maslach

Instruções de resposta: As 22 afirmações seguintes estão relacionadas com sentimentos ocorridos em relação ao trabalho. Pedimos a sua colaboração no sentido de responder de forma honesta e espontânea. Não há respostas certas ou erradas; a resposta correta é aquela que exprime com veracidade a sua própria experiência. Os resultados deste questionário são estritamente confidenciais. Por favor, responda a todos os itens.

Leia cada afirmação cuidadosamente e decida o que sente sobre o seu trabalho. A cada uma das afirmações você deve responder em relação à frequência com que experiencia esse sentimento em uma escala de 0 a 6, sendo 0=nunca e 6=diariamente. Por favor, coloque o número correspondente na escala que melhor exprima esse sentimento na frente de cada afirmativa.

TA-346 - MBI – Educators Survey (ES) - Brazilian Portuguese

MBI-General Survey: Copyright ©1996 Wilmar B. Schaufeli, Michael P. Leiter, Christina Maslach & Susan E. Jackson.
MBI-Human Services Survey: Copyright ©1981 Christina Maslach & Susan E. Jackson.
MBI-Educators Survey: Copyright ©1986 Christina Maslach, Susan E. Jackson & Richard L. Schwab.
All rights reserved in all media. Nouns altered by permission of the publisher. Published by Mind Garden, Inc.,
www.mindgarden.com

Entrevista n.: _____ nome: _____

Entrevistador: _____ Data: _____

MBI-ES

Com que frequência	0	1	2	3	4	5	6
	Nunca	Algumas vezes por ano ou menos	Um vez por mês ou menos	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Diariamente

Com que frequência

0-6

Afirmativas:

1. ____ Eu me sinto emocionalmente exaurido(a) pelo meu trabalho.
2. ____ Eu me sinto esgotado(a) ao final de um dia de trabalho.
3. ____ Eu me sinto muito cansado(a) quando levanto de manhã e tenho que encarar outro dia de trabalho.
4. ____ Eu posso entender facilmente como outras pessoas no meu trabalho sentem as coisas.
5. ____ Eu sinto que trato algumas pessoas no meu trabalho como se eles fossem objetos impessoais.
6. ____ Trabalhar com pessoas o dia todo é realmente uma tensão para mim.
7. ____ Eu lido muito efetivamente com os problemas das pessoas no meu trabalho.
8. ____ Eu me sinto esgotado(a) física e emocionalmente por meu trabalho.
9. ____ Eu sinto que estou influenciando positivamente a vida de outras pessoas por meio do meu trabalho.
10. ____ Tenho sido mais insensível com as pessoas desde que comecei neste emprego.
11. ____ Eu me preocupo que este emprego esteja me endurecendo emocionalmente.
12. ____ Eu me sinto cheio(a) de energia.
13. ____ Eu me sinto frustrado(a) por meu emprego.
14. ____ Eu sinto que estou trabalhando muito pesado em meu emprego.
15. ____ Eu realmente não me importo com o que acontece a outras pessoas no meu trabalho.
16. ____ Trabalhar diretamente com pessoas me causa muito estresse.
17. ____ Eu posso criar facilmente uma atmosfera descontraída com as pessoas no meu trabalho.
18. ____ Eu me sinto animado(a) após trabalhar junto com as pessoas no meu trabalho.
19. ____ Eu tenho realizado muitas coisas que valem a pena neste emprego.
20. ____ Eu sinto como se estivesse no final das minhas forças.
21. ____ Em meu trabalho eu lido com problemas emocionais muito calmamente.
22. ____ Eu sinto que pessoas no meu trabalho me culpam por alguns dos seus problemas.

(apenas para uso administrativo)

EE: ____ cat: ____ DP: ____ cat: ____ PA: ____ cat: ____

TA-346 - MBI – Educators Survey (ES) - Brazilian Portuguese

MBI-General Survey: Copyright ©1996 Wilmar B. Schaufeli, Michael P. Leiter, Christina Maslach & Susan E. Jackson.

MBI-Human Services Survey: Copyright ©1981 Christina Maslach & Susan E. Jackson.

MBI-Educators Survey: Copyright ©1986 Christina Maslach, Susan E. Jackson & Richard L. Schwab.

All rights reserved in all media. Nouns altered by permission of the publisher. Published by Mind Garden, Inc.,
www.mindgarden.com

9.4 Anexo 4 - Aprovação CEP - EERP - USP

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902 - Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of. CEP-EERP/USP – 042/2014

Ribeirão Preto, 12 de Março de 2014.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 176ª Reunião Ordinária, realizada em 12 de março de 2014.

Protocolo CAAE: 23975813.7.1001.5393

Projeto: Aleitamento materno em prematuros: impacto da IHAC para unidades neonatais.

Pesquisadores: Carmen Gracinda Silvan Scochi

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª. Dr.ª. Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profa. Dra. Carmen Gracinda Silvan Scochi

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP