UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

TALITA BALAMINUT

**Impacto da implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança para
Unidades Neonatais – IHAC-Neo na prevalência do aleitamento materno
exclusivo em prematuros e nas práticas assistenciais**

Ribeirão Preto

2018

TALITA BALAMINUT

**Impacto da implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança para
Unidades Neonatais – IHAC-Neo na prevalência do aleitamento materno
exclusivo em prematuros e nas práticas assistenciais**

Versão Corrigida

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: Prof^ª Dr^a Carmen Gracinda Silvan
Scochi

Coorientadora: Prof^ª Dr^a Sonia Semenik

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.

FICHA CATALOGRÁFICA

Balaminut, Talita

Impacto da implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança para Unidades Neonatais – IHAC-Neo na prevalência do aleitamento materno exclusivo em prematuros e nas práticas assistenciais. Ribeirão Preto, 2018.

274 p. : il. ; 30 cm

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

Orientador: Carmen Gracinda Silvan Scochi

Coorientador: Sonia Semenik

1. Aleitamento materno. 2. Prematuro. 3. Prevalência. 4. Enfermagem Neonatal.

BALAMINUT, Talita

Impacto da implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança para Unidades Neonatais – IHAC-Neo na prevalência do aleitamento materno exclusivo em prematuros e nas práticas assistenciais

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

Aprovada em: ____/____/____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Dedicatória

Aos meus amados e insubstituíveis pais, **Luiz Umberto e Rosa Teresa**, minha primeira relação de amor nessa vida e a base do que sou hoje;

À minha amada irmã **Amanda**, grande torcedora das minhas conquistas;

Ao meu grande amor, **Daniel**, companheiro, grande incentivador de todos os meus sonhos e meu apoio em todas as horas;

Eu AMO vocês INFINITAMENTE!!!

E, a todos os prematuros (e suas famílias), os responsáveis por me ensinar tanto e me incentivarem sempre a ser uma profissional melhor. Para que vocês tenham o melhor começo de vida possível, nascendo em um ambiente acolhedor e respeitoso, com muito leite materno!

Agradecimentos

À **Deus**, por caminhar sempre ao meu lado, iluminar meus caminhos, permitir que conhecesse pessoas maravilhosas ao longo dessa trajetória e promover tantas oportunidades incríveis em minha vida, me abençoando e me mostrando sempre o melhor caminho a seguir;

Aos meus pais, **Luiz Umberto e Rosa Teresa**, por me darem uma educação exemplar, e por sempre me incentivarem a estudar e nunca desistir dos meus sonhos. Vocês são minha grande inspiração na vida e meu porto seguro;

Ao meu esposo, **Daniel**, por me amar incondicionalmente todos os dias, por suportar as diversas distâncias que tivemos, por me esperar sempre com um sorriso no rosto, por entender os momentos de ausência necessários, por me incentivar desde o começo a realizar o doutorado, por enxugar minhas lágrimas nos vários momentos difíceis, e por acreditar que eu era capaz;

À minha irmã **Amanda**, pela amizade sincera, pelo apoio e incentivo em realizar este doutorado e por me impulsionar sempre a ajudar o próximo;

À minha orientadora **Carmen Gracinda Silvan Scochi**, por me guiar nestes anos com maestria, e me ensinar muito mais do que executar um projeto de pesquisa. Sou muito grata por acreditar e confiar em mim, por todas as oportunidades compartilhadas e por todas as oportunidades de crescimento profissional e pessoal. Tenho grande admiração por sua trajetória profissional, sempre com muita sabedoria, ética e competência.

À minha coorientadora, **Sonia Semenik**, por suas valiosas contribuições neste trabalho, por acreditar na minha capacidade como pesquisadora, por me incentivar sempre a melhorar e buscar mais conhecimento e, principalmente, por me receber de braços abertos em Montreal;

Às professoras **Adriana Moraes Leite** e **Edilaine Giovanini Rossetto**, pela parceria no delineamento e execução deste projeto e pelas fundamentais contribuições no Exame de Qualificação;

À minha querida amiga **Mirna**, um presente do doutorado, por vivenciar comigo toda esta trajetória, por compartilhar as responsabilidades, por me ajudar em todos os momentos e atividades, por dividir comigo o quarto dos congressos, e por sempre me incentivar a continuar;

À minha querida amiga **Ariadne**, pela continuidade da nossa amizade e pelo apoio em todos os momentos deste doutorado, seja nas conquistas, nas dificuldades e nos desabafos;

Ao quinteto imbatível de Ribeirão Preto: **Amanda, Laura, Marcela, Samira e Nathalia**, minhas amigas do coração, por sempre torcerem por mim, me incentivarem a seguir em frente, e pelos preciosos momentos de descontração durante o doutorado;

À **Marialda Moreira Christoffel, Ana Letícia e Bruna**, por me auxiliarem na coleta de dados no hospital controle, e por toda a ajuda e parceria durante esses anos;

À enfermeira **Miyeko Hayashida**, pelo importante auxílio na sistematização do banco de dados desta tese de doutorado;

À **Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP)**, pelo auxílio financeiro na realização deste doutorado direto e no estágio de pesquisa no exterior;

À todas as minhas colegas da pós-graduação, **Mariana, Mirna, Ariadne, Nátali, Lucilei e Marina** obrigada pelo compartilhamento de saberes, incentivo e apoio que demos umas às outras e por terem contribuído para meu crescimento pessoal e profissional;

À toda **equipe da UCIN, UTIN, alojamento conjunto, BLH e ambulatório de seguimento do prematuro** do hospital intervenção, especialmente àqueles que se dispuseram a participar das reuniões para a implementação da IHAC-Neo nestas unidades. Muito grata pela disponibilidade, disposição e desejo em melhorar a qualidade da assistência aos nossos prematuros e suas famílias;

Às **docentes da área de Enfermagem Pediátrica e Neonatal** e aos membros do **Grupo de Pesquisa em Enfermagem no Cuidado à Criança e ao Adolescente (GPECCA)** da EERP-USP, pelas contribuições neste trabalho e no meu aprimoramento profissional e acadêmico;

À todos os **funcionários da EERP-USP**, sempre dispostos a me auxiliar e apoiar durante todo o processo acadêmico. Um agradecimento especial à **Juliana Gazzotti**, por me ajudar com tantas burocracias para o doutorado sanduíche; e à **Shirley Figueiredo**, pela sua competência, paciência e apoio no desenvolvimento do doutorado;

À todas as **mães** e seus **filhos prematuros** que aceitaram participar deste estudo e disponibilizaram um pouco do seu tempo para que pudéssemos executar este trabalho.

Muito obrigada a todos!

“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis.”

José de Alencar

Esta pesquisa foi financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP, bolsa regular de Doutorado Direto (processo nº 2014/10680-1) e Bolsa Estágio de Pesquisa no Exterior – Doutorado Direto (processo nº 2016/15806-9). Integra projeto multicêntrico intitulado “Aleitamento materno em prematuros: impacto da IHAC para unidades neonatais”, financiado pelo Ministério da Saúde/Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT) / Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) / Fundação Bill & Melinda Gates (processo nº 401628/2013-2).

RESUMO

BALAMINUT, Talita. **Impacto da implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança para Unidades Neonatais – IHAC-Neo na prevalência do aleitamento materno exclusivo em prematuros e nas práticas assistenciais.** 2018. 274 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. O objetivo geral é avaliar o impacto da implementação da IHAC para Unidades Neonatais – IHAC-Neo, guiada pelo referencial da *Knowledge Translation* (KT), na prevalência do aleitamento materno exclusivo (AME) na alta hospitalar, no primeiro mês pós-alta e aos seis meses de vida entre os prematuros, e na adesão às diretrizes da IHAC-Neo. Trata-se de estudo de intervenção, controlado, quase-experimental, pré e pós-teste, não equivalente e prospectivo, realizado em dois hospitais Amigos da Criança do Sudeste. A coleta foi realizada em dois momentos nos hospitais (intervenção e controle), com intervalo mínimo de 12 meses, sendo no hospital intervenção antes (M1) e após (M2) a implementação da IHAC-Neo. Foram coletados dados sobre prevalência do AME e condições de saúde dos prematuros por meio de levantamento de prontuários e entrevistas com mães; adesão à IHAC-Neo por meio de entrevistas com profissionais e mães, observação das unidades neonatais e análise documental; e dados qualitativos para monitorar fatores contextuais. 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*. Para análise dos dados relativos a prevalência do AME e seus fatores preditores foi utilizado regressão logística com efeito aleatório. Esta tese integra projeto multicêntrico financiado e aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa. A prevalência do AME na alta foi significativamente maior no hospital intervenção que no controle ($p<0,01$), resultante da diferença detectada no M1 ($p<0,01$) e no M2 ($p=0,04$), com taxas maiores de AME no hospital intervenção (M1=48,1%; M2=40,8%) do que no controle (M1=3,1%; M2=17,2%). Intragrupo, ao comparar os momentos, não houve diferença significativa no hospital intervenção ($p=0,12$) nem no controle ($p=0,42$). No primeiro mês pós-alta, manteve-se a prevalência do AME significativamente maior ($p=0,02$) no hospital intervenção (M1=46,1%; M2=29,8%) que no controle (M1=6,3%; M2=17,2%), devido diferença no M1 ($p=0,02$), já que não diferiu no M2 ($p=0,41$). Intragrupo, ao comparar os momentos, também não apresentaram diferença significativa no hospital intervenção ($p=0,12$) nem no controle ($p=0,40$). No sexto mês de vida, o AME somado ao aleitamento materno predominante não diferiu significativamente entre os hospitais intervenção e controle ($p=0,27$), independentemente do momento da coleta; nem entre os hospitais no M1 ($p=0,46$) e no M2 ($p=0,39$), embora o hospital intervenção tenha mantido maiores taxas (M1=14,3%; M2=10,6%) que o controle (M1=3,6%; M2=3,4%). Intragrupo, não houve diferença significativa no hospital intervenção ($p=0,96$) nem no controle ($p=0,90$). Na regressão logística ajustada, o único fator preditor do AME foi a duração da internação, apenas na alta hospitalar. Quanto as práticas relacionadas às diretrizes da IHAC-Neo tiveram importante melhora no hospital intervenção, com aumento da adesão global aos Dez Passos de 33% para 67%, aos Três Princípios Norteadores de 43% para 86% e ao Código de 56% para 81%, o que não foi tão pronunciado no controle. Conclui-se que a implementação da IHAC-Neo guiada pela KT aprimorou a prática clínica de promoção, proteção e apoio ao AME, com aumento da adesão à IHAC-Neo, mas não foi suficiente para aumentar o AME em prematuros em curto prazo.

Palavras chave: Aleitamento materno. Prematuro. Prevalência. Enfermagem neonatal.

ABSTRACT

BALAMINUT, Talita. **Impact of implementation of the Baby-Friendly Hospital Initiative for Neonatal Wards – Neo-BFHI on the prevalence of exclusive breastfeeding in premature infants and care practices.** 2018. 274 f. Thesis (Doctorate) – School of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

The Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI) is widely adopted in Brazilian maternity hospitals, even though the complex and technological context of neonatal wards and the difficulties with breastfeeding premature infants are not considered. The overall objective is to evaluate the impact of implementation of the BFHI for Neonatal Wards (Neo-BFHI) guided by the Knowledge Translation (KT) framework on the prevalence of exclusive breastfeeding (EBF) at hospital discharge, in the first month after discharge, and at six months of life among premature infants, and regarding compliance with Neo-BFHI guidelines. This is an intervention, controlled, quasi-experimental, pre-and post-test, non-equivalent and prospective study conducted in two Baby-Friendly hospitals located in Southeastern Brazil. Data collection was performed in two moments at the hospitals (intervention and control) with a minimum interval of 12 months, and at the intervention hospital, collection was before (M1) and after (M2) implementation of the Neo-BFHI. Data on the prevalence of EBF and health conditions of preterm infants were collected from medical charts and interviews with mothers, and regarding compliance with the Neo-BFHI through interviews with professionals and mothers, observation of neonatal wards and documentary analysis. Qualitative data were collected to monitor contextual factors. Implementation of the Neo-BFHI was guided by the model of Promoting Action on Research Implementation in Health Services of KT and by the Evidence-Based Practice Identification & Change strategy. Logistic regression with random effect was used for analysis of data on the prevalence of EBF and its predictive factors. This thesis integrates a multicenter project funded and approved by the Research Ethics Committee. The prevalence of EBF at discharge was significantly higher in the intervention hospital than in the control ($p < 0.01$). This was a result from the difference detected in M1 ($p < 0.01$) and in M2 ($p = 0.04$), with higher rates (M1=48.1%; M2=40.8%) than in the control hospital (M1=3.1%; M2=17.2%). When comparing the moments intragroup, there was no significant difference in the intervention hospital ($p = 0.12$) nor in the control ($p = 0.42$). In the first month after discharge, the prevalence of EBF was significantly higher ($p = 0.02$) in the intervention hospital (M1=46.1%; M2=29.8%) than in the control (M1=6.3%; M2=17.2%) because of the difference in M1 ($p = 0.02$), since there was no difference in M2 ($p = 0.41$). When comparing the moments intragroup, there was no significant difference in the intervention hospital ($p = 0.12$) nor in the control ($p = 0.40$). At the sixth month of life, when adding EBF and the predominant breastfeeding, there was no significant difference between the intervention and control hospitals ($p = 0.27$) regardless of the time of collection; neither between hospitals in M1 ($p = 0.46$) and in M2 ($p = 0.39$), although the intervention hospital maintained higher rates (M1=14.3%; M2=10.6%) than the control (M1=3.6%; M2=3.4%). There was no significant difference intragroup in the intervention hospital ($p = 0.96$) nor in the control ($p = 0.90$). In the adjusted logistic regression, the only predictor of EBF was the duration of hospitalization only at hospital discharge. Practices related to Neo-BFHI guidelines improved significantly in the intervention hospital with increase of overall compliance with the Ten Steps from 33% to 67%, to the Three Guiding Principles from 43% to 86% and to the Code from 56% to 81%, which were not as marked in the control hospital. Thus, was reached the conclusion that implementation of KT-guided Neo-BFHI improved the clinical practice of promotion, protection and support to EBF with increased compliance with Neo-BFHI, but it was not sufficient to increase exclusive breastfeeding of preterm infants in the short term.

Keywords: Breastfeeding. Premature infant. Prevalence. Neonatal nursing.

RESUMEN

BALAMINUT, Talita. **Impacto de la implementación de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño para Unidades Neonatales – IHAN-neonatal en la prevalencia de la lactancia materna exclusiva en prematuros e en las prácticas asistenciales.** 2018. 274 f. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

La Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) es ampliamente adoptada en las maternidades brasileñas, sin embargo, no considera el contexto complejo y tecnológico de las unidades neonatales y las dificultades de amamantar el prematuro. El objetivo general es evaluar el impacto de la implementación de la IHAN para Unidades Neonatales - IHAN-neonatal, guiada por el referencial de la *Knowledge Translation* (KT), en la prevalencia de la lactancia materna exclusiva (LME) en el alta hospitalaria, en el primer mes post- alta y a los seis meses de vida entre los prematuros, y en la adhesión a las directrices de la IHAN-neonatal. Se trata de un estudio de intervención, controlado, casi experimental, pre y post-test, no equivalente y prospectivo, realizado en dos hospitales Amigos del Niño del Sudeste. La recolección fue realizada en dos momentos en los hospitales (intervención y control), con un descanso mínimo de 12 meses, siendo en el hospital intervención antes (M1) y después (M2) la implementación de la IHAN-neonatal. Fueron recolectados datos sobre prevalencia del LME y condiciones de salud de los prematuros por medio de levantamiento de prontuarios y entrevistas con madres; la adhesión a la IHAN-neonatal por medio de entrevistas con profesionales y madres, observación de las unidades neonatales y análisis documental; y datos cualitativos para monitorear factores contextuales. La implementación de IHAN-neonatal fue guiada por el modelo *Promoting Action on Research Implementation in Health Services* de la KT y por la estrategia *Evidence-based Practice Identification & Change*. Para el análisis de los datos relativos a la prevalencia del LME y sus factores predictores se utilizó regresión logística con efecto aleatorio. Esta tesis integra proyecto multicéntrico financiado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación. La prevalencia del LME en la alta fue significativamente mayor en el hospital intervención que en el control ($p < 0,01$), resultante de la diferencia detectada en el M1 ($p < 0,01$) y en el M2 ($p = 0,04$), con tasas mayores de LME en el hospital intervención (M1 = 48,1%, M2 = 40,8%) que en el control (M1 = 3,1%, M2 = 17,2%). Intragrupo, al comparar los momentos, no hubo diferencia significativa en el hospital intervención ($p = 0,12$) ni en el control ($p = 0,42$). En el primer mes post-alta, se mantuvo la prevalencia del LME significativamente mayor ($p = 0,02$) en el hospital intervención (M1 = 46,1%, M2 = 29,8%) que en el control (M1 = 6,3%; M2=17,2%) debido diferencia en el M1 ($p = 0,02$), ya que no difirió en el M2 ($p=0,41$). Intragrupo, al comparar los momentos, tampoco presentaron diferencia significativa en el hospital intervención ($p = 0,12$) ni en el control ($p = 0,40$). En el sexto mes de vida, el LME sumado a la lactancia materna predominante no difirió significativamente entre los hospitales intervención y control ($p = 0,27$), independientemente del momento de la recolección; ni entre los hospitales en el M1 ($p = 0,46$) y en el M2 ($p = 0,39$), aunque el hospital intervención mantuvo mayores tasas (M1 = 14,3%, M2 = 10,6%) que el control (M1 = 3,6%, M2 = 3,4%). Intragrupo, no hubo diferencia significativa en el hospital intervención ($p = 0,96$) ni en el control ($p = 0,90$). En la regresión logística ajustada, el único factor predictor del LME fue la duración de la internación, apenas en el alta hospitalaria. En cuanto a las prácticas relacionadas a las directrices de la IHAN-neonatal tuvieron un importante progreso en el hospital intervención, con aumento de la adhesión global a los Diez Pasos del 33% al 67%, a los Tres Principios Norteadores del 43% al 86% y al Código del 56% al 81 %, lo que no fue tan pronunciado en el control. Se concluye que la implementación de la IHAN-neonatal guiada por la KT mejoró la práctica clínica de promoción, protección y apoyo al LME, con un aumento de la adhesión a la IHAN-neonatal, pero no fue suficiente para aumentar el LME y en prematuros a corto plazo.

Palabras-clave: Lactancia materna. Prematuro. Prevalencia. Enfermería Neonatal.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma de recrutamento dos participantes e seguimento do desfecho do AM em prematuros no M1 no hospital intervenção (HI) e no hospital controle (HC).....	72
Figura 2 – Fluxograma de recrutamento dos participantes e seguimento do desfecho do AM em prematuros no M2 no hospital intervenção (HI) e no hospital controle (HC).....	74

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Escores de adesão à IHAC-Neo.....	79
Quadro 2 - Variáveis maternas e neonatais do estudo.....	80
Quadro 3 - Critérios e fontes das informações coletadas nos Dez Passos, Três Princípios Norteadores da IHAC-Neo e do Código. Sudeste, 2014-2016.....	86
Quadro 4 - Fontes de dados para a coleta das variáveis sociodemográficas maternas, obstétricas, neonatais e condições de saúde do prematuro incluídas no estudo.....	90

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Prevalência em porcentagem do AME (incluindo o AMP) na alta hospitalar, no primeiro mês pós-alta hospitalar e aos seis meses de vida dos prematuros dos hospitais intervenção e controle nos dois momentos (1 e 2). Sudeste, 2014-2017.....	144
Gráfico 2 - Escores parciais e global de adesão aos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno da IHAC-Neo no hospital intervenção nos momentos 1 e 2. Sudeste, 2014-2016.....	159
Gráfico 3 - Escores parciais e global de adesão aos Três Princípios Norteadores da IHAC-Neo e escore de adesão ao Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno no hospital intervenção nos momentos 1 e 2. Sudeste, 2014-2016.....	159
Gráfico 4 - Escores parciais e global de adesão aos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno da IHAC-Neo no hospital controle nos momentos 1 e 2. Sudeste, 2014-2016.....	160
Gráfico 5 - Escores parciais e global de adesão aos Três Princípios Norteadores da IHAC-Neo e escore de adesão ao Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno no hospital controle nos momentos 1 e 2. Sudeste, 2014-2016.....	161
Gráfico 6 - Escores parciais e global de adesão aos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno da IHAC-Neo nos hospitais intervenção e controle no M1. Sudeste, 2014-2015.....	162
Gráfico 7 - Escores parciais e global de adesão aos Três Princípios Norteadores da IHAC-Neo e escore de adesão ao Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno nos hospitais intervenção e controle no M1. Sudeste, 2014-2015.....	163

Gráfico 8 - Escores parciais e global de adesão aos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno da IHAC-Neo nos hospitais intervenção e controle no M2. Sudeste, 2016.....	164
Gráfico 9 - Escores parciais e global de adesão aos Três Princípios Norteadores da IHAC-Neo e escore de adesão ao Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno nos hospitais intervenção e controle no M2. Sudeste, 2016.....	165

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das variáveis sociodemográficas, maternas e neonatais nos hospitais intervenção e controle, comparando-se o M1 com o M2. Sudeste, 2014 – 2017.....	125
Tabela 2 - Distribuição das variáveis sociodemográficas, maternas e neonatais nos momentos 1 e 2, comparando-se o hospital controle com o intervenção. Sudeste, 2014 – 2017.....	131
Tabela 3 - Distribuição do tipo de alimentação na alta, no primeiro mês pós-alta e aos seis meses de vida dos prematuros dos hospitais intervenção e controle, comparando-se o M1 com o M2. Sudeste, 2014 – 2017.....	141
Tabela 4 - Distribuição do tipo de alimentação na alta, no primeiro mês pós-alta e aos seis meses de vida dos prematuros nos dois momentos (M1 e M2), comparando-se o hospital intervenção com o controle. Sudeste, 2014 – 2017.....	143
Tabela 5 - Análise bruta da associação das variáveis maternas e neonatais com o AME na alta hospitalar, no primeiro mês após a alta hospitalar e aos seis meses de vida do prematuro. Sudeste, 2014-2017.....	146
Tabela 6 - Modelo da análise ajustada da associação das variáveis maternas e neonatais com o AME de prematuros na alta hospitalar. Sudeste, 2014-2017.....	149
Tabela 7 - Modelo da análise ajustada da associação das variáveis maternas e neonatais com o AME no primeiro mês após a alta hospitalar. Sudeste, 2014-2017.....	151
Tabela 8 - Modelo da análise ajustada da associação das variáveis maternas e neonatais com o AME aos seis meses de vida do prematuro. Sudeste, 2014-2017.....	152
Tabela 9 - Distribuição das características dos profissionais entrevistados sobre a adesão à IHAC-Neo nos hospitais intervenção e controle e no M1 e M2. Sudeste, 2014-2016.....	154

Tabela 10 - Distribuição das características das mães de prematuros entrevistadas sobre a adesão à IHAC-Neo no hospital intervenção e no hospital controle no M1 e no M2. Sudeste, 2014-2016.....	156
--	-----

Tabela 11 - Escores parciais e globais de adesão à IHAC-Neo e a diferença entre os escores do M1 e do M2 nos hospitais intervenção e controle. Sudeste, 2014-2016.....	166
---	-----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Alimentação Complementar
AIDS	<i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i> / Síndrome da Imunodeficiência Humana
AM	Aleitamento Materno
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
AMP	Aleitamento Materno Predominante
BIPAP	<i>Bilevel Positive Airway Pressure</i> / Pressão Positiva em Dois Níveis nas Vias Aéreas
BLH	Banco de Leite Humano
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CMV	Citomegalovírus
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CPAP	<i>Continuous Positive Airway Pressure</i> / Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas
CPP	Conselho de Pesquisa e Prática
DECIT	Departamento de Ciências e Tecnologia
DP	Desvio Padrão
EERP-USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
EPIC	<i>Evidence-Based Practice Identification & Change</i>
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GEE	<i>Generalized Estimating Equations</i>
GPECCA	Grupo de Pesquisa em Enfermagem no Cuidado à Criança e ao Adolescente
HC	Hospital Controle
HI	Hospital Intervenção
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i> / Vírus da Imunodeficiência Humana
IFF	Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
IHAC-Neo	Iniciativa Hospital Amigo da Criança para Unidades Neonatais
KT	<i>Knowledge Translation</i>
LiCuCA	Liga de Cuidados da Criança e do Adolescente
MC	Método Canguru

MS	Ministério da Saúde
Não AM	Não Aleitamento Materno
NBCAL	Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes
OMS	Organização Mundial da Saúde
PARIHS	<i>Promoting Action on Research Implementation in Health Services</i>
PDCA	<i>Plan, Do, Check, Act</i> / Planejar, Executar, Verificar e Atuar
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
RedeBLH-BR	Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano
RN	Recém-nascido(s)
SAS	<i>Statistical Analysis System</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UC	Unidade Canguru
UCIN	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
VMI	Ventilação Mecânica Invasiva

SUMÁRIO

1 Introdução	30
1.1 A prematuridade no contexto da saúde pública	31
1.2 A importância do AME para os prematuros	35
1.3 As dificuldades do AME para os prematuros e suas mães	39
1.4 A prevalência do AME em prematuros	43
1.5 Políticas de saúde para a promoção, proteção e apoio ao AM.....	46
1.6 A expansão da Iniciativa Hospital Amigo da Criança como uma nova estratégia para o aumento do AM em prematuros	54
2 Justificativa e Hipótese.....	62
3 Objetivos.....	65
3.1 Objetivo Geral.....	66
3.2 Objetivos Específicos.....	66
4 Método	67
4.1 Tipo de estudo.....	68
4.2 Local do estudo	68
4.3 Amostra do estudo e recrutamento	70
4.3.1 Sujeitos do estudo de prevalência do AME	70
4.3.2 Sujeitos do estudo da adesão às diretrizes da IHAC-Neo	75
4.4 Variáveis	77
4.4.1 Variáveis desfecho	77
4.4.2 Variáveis contextuais ou confundidoras	79
4.5 Instrumentos e técnicas de coleta de dados.....	82
4.5.1 Formulário da prevalência do AME e condições de saúde do prematuro.....	83
4.5.2 Ferramenta de avaliação da adesão à IHAC-Neo.....	85
4.6 Procedimentos para a coleta de dados	88
4.6.1 Coleta de dados no M1 (antes da implementação da IHAC-Neo no hospital intervenção).....	88
4.6.1.1 Coleta de dados da prevalência do AME, variáveis maternas e condições de saúde do prematuro	89
4.6.1.2 Coleta de dados da adesão às diretrizes da IHAC-Neo	92
4.6.2 Implementação da IHAC-Neo guiada pela <i>Knowledge Translation</i>	94

4.6.2.1 Dados qualitativos do processo de implementação da IHAC-Neo.....	102
4.6.3 Coleta de dados no M2 (após a implementação da IHAC-Neo no hospital intervenção)	
.....	104
4.6.3.1 Coleta de dados da prevalência do AM, variáveis maternas e condições de saúde do prematuro	104
4.6.3.2 Coleta de dados da adesão às diretrizes da IHAC-Neo	106
4.7 Análise dos dados	107
4.8 Aspectos éticos.....	111
5 Resultados.....	113
5.1 Tipo de alimentação e prevalência do AME em prematuros na alta, no primeiro mês pós-alta e aos seis meses de vida	114
5.1.1 Caracterização da amostra.....	114
5.1.2 Comparações do tipo de alimentação dos prematuros intragrupos (M1 vs M2) e intergrupos (hospital intervenção vs controle).....	136
5.1.3 Fatores preditores do AME em prematuros	145
5.2 Adesão às diretrizes da IHAC-Neo.....	153
5.2.1 Caracterização dos profissionais e mães entrevistados	153
5.2.2 Escores de adesão à IHAC-Neo	157
5.3 Aspectos contextuais da implementação da IHAC-Neo	166
6 Discussão.....	174
7 Conclusão	231
Referências	237
Apêndices.....	254
Anexos.....	272

Apresentação

Nunca tive dúvidas que a área da saúde ia ser a escolhida para minha vida profissional. Também sempre me identifiquei com bebês e crianças durante toda a minha vida. Assim, a ENFERMAGEM surgiu como uma grande possibilidade e decidi me aventurar neste mundo do cuidar, o qual descobriria, em tão pouco tempo, ser minha paixão.

A realização nesta profissão veio quase que instantaneamente, com os primeiros estágios em unidades básicas de saúde e as visitas domiciliares já no primeiro ano do curso. No terceiro ano da graduação, iniciei minha iniciação científica na área de diabetes mellitus, fui bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo e, nesse período, aprendi muito sobre pesquisa e comecei a descobrir novos caminhos na enfermagem, me instigando para uma nova paixão, a PESQUISA.

Mesmo realizando pesquisa científica na área da saúde do adulto e idoso, nunca deixei que a chama da pediatria se apagasse dentro de mim. Durante toda a minha graduação, procurei focar as atividades acadêmicas e culturais da universidade nesta temática. Em 2009, participei da fundação da Liga de Cuidados da Criança e do Adolescente (LiCuCA) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). Além de todo conhecimento teórico e prático que discutíamos nas reuniões, este foi um dos primeiros espaços que pude entrar em contato com as pesquisas desenvolvidas nesta área. A inserção na LiCuCA trouxe também a oportunidade de fazer parte do Grupo de Pesquisa em Enfermagem no Cuidado à Criança e ao Adolescente (GPECCA), o qual ampliou meu interesse e meus conhecimentos nas pesquisas e permitiu conhecer vários projetos de pesquisa na área da saúde da criança.

No terceiro ano da graduação passei pela disciplina de Cuidado Integral à Criança e ao Adolescente e escolhi a subárea de neonatologia, realizando estágio na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, o qual aflorou ainda mais minha relação e intimidade com bebês, à ocasião na perspectiva da assistência profissional. Ainda muito em dúvida sobre a especificidade (neonatologia ou pediatria) que me identificava mais e que gostaria de seguir, decidi fazer o estágio extracurricular na enfermagem pediátrica do Hospital das Clínicas para ter experiências e conhecer tanto a realidade de trabalhar com bebês e prematuros quanto com crianças e adolescentes.

Ambos os estágios me trouxeram a certeza de que era a área de saúde infantil que eu me identificava e que pretendia trabalhar num futuro próximo. Mas, acompanhar o sofrimento de crianças e familiares na oncologia pediátrica e vivenciar tristes casos nesta enfermaria me fizeram escolher a área da neonatologia.

A fim de legitimar ainda mais minha escolha na área infantil, realizei o estágio curricular supervisionado na atenção hospitalar no Alojamento Conjunto, onde tive a oportunidade de ficar algumas semanas na Obstetrícia, no Centro Obstétrico e na sala de coleta do Banco de Leite Humano do Hospital das Clínicas. O estágio supervisionado na atenção básica realizei no Núcleo de Saúde da Família IV, onde existe uma das maiores áreas de abrangência de crianças do município de Ribeirão Preto. Estas duas escolhas permitiram o desenvolvimento de inúmeras habilidades na assistência à esta população; a ampliação do conhecimento na saúde materno-infantil; a assistência integral da criança e sua família, principalmente a importância da inclusão da mãe/família nos cuidados à criança; o entendimento e a importância das redes de apoio, da continuidade da assistência após a alta hospitalar e do cuidado em rede. Foram nestes contextos de estágios que eu me aproximei muito da temática do aleitamento materno e pude compreender sua importância.

Mesmo sabendo desde o início de minha iniciação científica que gostaria de realizar o mestrado e o doutorado para seguir a área acadêmica, as incertezas e dúvidas do que fazer após a graduação me levaram a procurar várias opções possíveis. Estimulada por várias professoras e colegas, e certa da importância de se ter experiência profissional, habilidades práticas e noção das rotinas de trabalho, decidi cursar a residência em enfermagem antes de focar na área acadêmica. Sempre tive a preocupação de ter experiência clínica a fim de ser uma pesquisadora e docente de qualidade e poder ter vivido na prática tudo aquilo que ensinaria.

Assim, no ano de 2012 ingressei na pós-graduação *latu sensu* modalidade residência em Enfermagem em Neonatologia da Universidade Estadual de Londrina. Muito mais do que aprender sobre patologia neonatal, diagnósticos, prematuridade, cuidados de enfermagem, procedimentos e tantos outros aspectos técnicos do cuidado ao neonato, a residência me trouxe enormes aprendizados na humanização, no cuidado integral, no cuidado centrado na família, no respeito em cuidar de vidas frágeis e de suas famílias também frágeis e nas relações interpessoais. Além disso, não me distanciei da pesquisa durante este período, visto que desenvolvi minha monografia e auxiliei na coleta e elaboração de artigos científicos de outras pesquisas, o que me proporcionou a publicação de três artigos relacionados à assistência ao neonato de risco e a divulgação destes resultados em vários eventos científicos da área.

Foi neste contexto de aprendizados constantes e de um olhar voltado a todo momento para o neonato e sua família como uma única unidade, que me aproximava cada vez mais da díade mãe/família-bebê, mas especificamente dos prematuros, por meio do aleitamento materno. Acompanhar o esforço, estresse, empenho e dedicação das mães de prematuros que lutam para estabelecer o aleitamento materno, auxiliados pela equipe de saúde, me tornava cada vez mais ávida por assisti-los e auxiliá-los com uma assistência de qualidade nessa jornada. Foram dois anos muito intensos, com aprendizados inigualáveis e a certeza de minha terceira paixão, a NEONATOLOGIA.

Com o fim da residência se aproximando, comecei a me preparar para ingressar no mestrado acadêmico, visto que acumulei uma grande bagagem da prática clínica na neonatologia. Foi então que a coordenadora da residência Dra. Edilaine Giovanini Rossetto me apresentou um projeto multicêntrico sobre aleitamento materno em prematuros que iria ser realizado no Hospital Universitário de Londrina, representando a região Sul e sob coordenação da professora Dra. Carmen Scochi, da EERP-USP.

Entrei em contato com Dra. Carmen, quem me ofereceu um recorte deste projeto multicêntrico a ser realizado na região Sudeste, sob sua orientação. Sabendo da expertise e conhecimentos da professora Carmen na área da neonatologia e do encantamento da proposta do projeto multicêntrico, com o principal propósito de melhorar a assistência integral aos prematuros considerando suas especificidades e com foco no aleitamento materno, me fez aceitar prontamente esta proposta e retornar à EERP-USP para a realização da pós-graduação *strictu sensu* e a busca por evidências científicas que subsidiassem uma assistência de enfermagem neonatal mais humanizada e de maior qualidade.

Portanto, no ano de 2014 ingressei no Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da EERP-USP, como aluna de doutorado direto, sob orientação da professora Dra. Carmen Scochi. Neste mesmo ano, além de cursar disciplinas para subsidiar aprofundamento metodológico e temático de minha pesquisa e para uma formação integral como pesquisadora e docente, também se iniciou os procedimentos operacionais (coleta de dados) do meu projeto, o qual está atrelado ao projeto multicêntrico.

A vivência de acompanhar o gerenciamento de um projeto multicêntrico permitiu um aprendizado imensurável, tanto em relação aos trâmites burocráticos e científicos necessários quanto no relacionamento humano. Entrar em contato com instituições e equipes de outros estados e países, como as pesquisadoras internacionais colaboradoras nesse projeto

multicêntrico, permitiu a vivência de grandes experiências, aprendizados antes nunca imaginados e várias oportunidades.

Em março de 2014 pude colaborar juntamente com o grupo de enfermagem neonatal da EERP-USP, o desenvolvimento de atividades de intercâmbio com as professoras Dra. Sonia Semenic e Dra. Laura N. Haiek, da *McGill University* – Canadá; e em novembro de 2014, no intercâmbio das professoras Dra. Kerstin H. Nyqvist, da *Uppsala University* – Suécia, Dra. Fay Warnock e Dra. Suzanne Campbell, da *University of British Columbia* – Canadá, que são pesquisadoras com *expertise* na Iniciativa Hospital Amigo da Criança para Unidades Neonatais (IHAC-Neo), aleitamento materno e *Knowledge Translation*. Estes momentos foram muito ricos e proporcionaram um aprofundamento teórico, metodológico e operacional do meu projeto de pesquisa.

A inserção como pós-graduanda na EERP-USP também possibilitou a contemplação de uma bolsa de doutorado direto pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo e da realização do Programa de Aperfeiçoamento ao Ensino, acompanhando os alunos dos cursos de Bacharelado em Enfermagem (segundo semestre de 2015) e Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem (primeiro semestre de 2016). Estas oportunidades permitiram aprendizados em relação ao gerenciamento de agências de financiamento e de experiência na prática docente, respectivamente.

Durante o doutorado, reingressei no Grupo de Pesquisa em Enfermagem no Cuidado à Criança e ao Adolescente e este também foi um espaço de grandes aprendizados, por meio de discussões, aprofundamento metodológico, compartilhamento de pesquisas e estudos em grupo. Além disso, participei da orientação de projeto de pesquisa de iniciação científica e de trabalho de conclusão de curso de alunas da graduação, ambos na temática de aleitamento materno em prematuros e pude me aproximar de outros projetos de mestrado, doutorado, iniciação científica e trabalhos de conclusão de curso na área de enfermagem neonatal.

Como resultado da aproximação com professoras canadenses devido projeto multicêntrico, em 2017 tive a oportunidade de realizar o doutorado sanduíche, contemplada com Bolsa de Estágio de Pesquisa no Exterior da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (BEPE-FAPESP), na *Ingram School of Nursing - McGill University* em Montreal, Canadá, por um período de seis meses e supervisionada pela Dra. Sonia Semenic e co-supervisionada pela Dra. Laura Haiek, parceiras no projeto multicêntrico. Esta experiência permitiu um grande enriquecimento em minha pesquisa, com contribuições importantes das pesquisadoras canadenses para as análises dos dados e discussão dos resultados obtidos na

minha pesquisa. Dra. Sonia Semenic me recebeu de braços abertos em Montreal e me ensinou muito sobre pesquisa, análises estatísticas, docência e permitiu meu ingresso em várias atividades acadêmicas e de pesquisa realizadas na *McGill University*. Esta foi outra intensa e memorável experiência que o doutorado me proporcionou.

Todas estas oportunidades e atividades realizadas durante minha vida acadêmica permitiram um crescimento profissional e pessoal, principalmente na ampliação e aprimoramento de meus conhecimentos científicos e técnicos em pesquisa e docência, e contribuíram para o aprimoramento do projeto de pesquisa, o qual apresento a seguir.

Neste projeto inicio com a introdução, descrevendo um panorama das questões da prematuridade, do aleitamento materno e das ações e políticas públicas para o incentivo dessa prática. Após, exponho os objetivos, apresentados em geral e específicos; o método, no qual trago o delineamento da pesquisa quanto ao tipo de estudo, local, participantes da pesquisa, variáveis, instrumentos, procedimentos de coleta de dados, análise dos dados e aspectos éticos. Apresento também a caracterização dos participantes do hospital controle e do hospital intervenção em ambos os momentos de coleta, as comparações das amostras e do tipo de alimentação dos prematuros intragrupos (momento 1 vs momento 2) e intergrupos (hospital intervenção vs controle); os resultados dos fatores preditores do aleitamento materno exclusivo nos prematuros participantes; a caracterização dos profissionais e mães entrevistados para a adesão aos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno e Três Princípios Norteadores da IHAC-Neo; os escores de adesão à IHAC-Neo; e o processo de implementação da IHAC-Neo. Logo após apresento a discussão, a qual comparo os principais achados do presente estudo com as evidências da literatura e apresento as limitações e inovações deste trabalho. Em seguida, apresento a conclusão desta pesquisa, as referências utilizadas e os apêndices e anexos.

Entendendo que o processo de investigação é coletivo, envolvendo a participação direta ou indireta de diversos atores, a partir de então, adoto o verbo no impessoal para a redação da presente pesquisa de doutorado direto.

1 Introdução

1.1 A prematuridade no contexto da saúde pública

Em 2013, das 6,3 milhões de crianças que foram a óbito nos primeiros cinco anos de vida no mundo, 51,8% morreram de causas infecciosas (pneumonia, diarreia, malária) e 44% desses óbitos ocorreram no período neonatal, ou seja, nos primeiros 27 dias de vida (LIU et al., 2015). Cerca de 2,6 milhões de bebês morrem anualmente antes de completar um mês, sendo que um milhão deles morrem no primeiro dia de vida (UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND, 2018).

A principal causa de mortalidade neonatal no mundo foi o nascimento prematuro (< 37 semanas de idade gestacional) (15,4%), seguida das complicações relacionadas ao intraparto (10,5%) e sepse neonatal (6,7%) (LIU et al., 2015). Segundo o UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância), mais de 80% das mortes de recém-nascidos (RN) são resultados destas causas, especialmente o parto prematuro, as complicações durante o trabalho de parto e parto e as infecções como sepse, meningite e pneumonia (UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND, 2018).

Acompanhando o cenário mundial, o perfil da mortalidade infantil no Brasil mudou nas últimas duas décadas, de mortes causadas por doenças infecciosas e parasitárias para problemas decorrentes da prematuridade, sendo mais prevalentes as mortes no período neonatal (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2014). Em 1990, a mortalidade pós-neonatal (óbitos de 28 a 364 dias completos de vida) tinha maior importância com 51% do total da mortalidade infantil, enquanto que, em 2012, a mortalidade neonatal precoce assume o papel preponderante (53%) ao invés do pós-neonatal, que caiu para 29% (BRASIL, 2014b). No mundo, enquanto a taxa de mortalidade em crianças de um mês a cinco anos caiu 62%, a mortalidade neonatal teve redução de apenas 49% entre 1990 e 2016 (UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND, 2018).

Todos os anos nascem quinze milhões de prematuros em todo o mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012a; UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND, 2018), e o Brasil é um dos dez países com maior número destes nascimentos, apresentando taxas altas e crescentes. Apesar dos avanços nas tecnologias de cuidados neonatais e subsequente maior sobrevivência desses prematuros, a prematuridade contribui para 45% das mortes entre os RN brasileiros (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012a). No ano de 2012, 12,5% dos

nascimentos no Brasil ocorreram com menos de 37 semanas de idade gestacional, havendo discretas variações regionais (BRASIL, 2014b). A prematuridade e o baixo peso ao nascer (<2.500g) correspondem a 70% e 80%, respectivamente, das mortes no primeiro dia de vida (BRASIL, 2012b).

Apesar da estimativa de que a maioria dos países não conseguiria atingir a meta do Objetivo do Desenvolvimento do Milênio de reduzir em dois terços a mortalidade infantil em 2015 (LIU et al., 2015), o Brasil superou esta meta três anos antes do prazo estabelecido, diminuindo para 15,7 óbitos infantis por mil nascidos vivos, além de reduzir em 68,4% as mortes em crianças menores de um ano de 1990 a 2012 (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2014). Por outro lado, as mortes infantis na primeira semana de vida, os óbitos neonatais precoces, não tiveram uma redução satisfatória, com 53% das mortes infantis na primeira semana de vida em 2010, o que representa o maior desafio ao avanço da diminuição da mortalidade infantil no país (BRASIL, 2013d). Além disso, maiores esforços devem ser realizados para que o país alcance níveis deste indicador de mortalidade neonatal semelhantes aos de países com grau de desenvolvimento semelhante (BRASIL, 2014b), como Bielorrússia e Uruguai, respectivamente com 1,5 e 5,0 óbitos neonatais por mil nascidos vivos no ano de 2016, enquanto que no Brasil este indicador atingiu 7,8 óbitos neonatais por mil nascidos vivos (UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND, 2018).

As projeções mundiais também afirmam que as complicações da prematuridade, pneumonia pós-neonatal e complicações relacionadas ao intraparto permanecerão como as causas líderes na mortalidade nos menores de cinco anos em 2030 (LIU et al., 2015). Portanto, a mortalidade infantil não poderá ser combatida sem abordar o nascimento prematuro (BRASIL, 2013d). A continuidade das metas dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio com a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável também foca a redução da mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos, além de acabar com as mortes evitáveis de RN e crianças menores de cinco anos (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2015).

Os nascimentos pré-termo expõem mães e bebês à uma série de complicações potencialmente fatais e, ao sobreviverem no período neonatal, os prematuros e bebês de baixo peso muitas vezes apresentam complicações ao longo da vida, incluindo crescimento inadequado e dificuldades de aprendizagem (UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND, 2018). Prematuros e RN de baixo peso ao nascer estão sujeitos ao risco biológico devido à imaturidade fisiológica e susceptibilidade às infecções e, muitas vezes, ao risco social, por

exposição à ambientes empobrecidos. Estes bebês apresentam alto risco de morbidade e mortalidade neonatal, pós-neonatal e durante a infância devido à imaturidade de órgãos e menores probabilidades de sobrevivência e de condições de desenvolvimento adequado, quando o peso é abaixo do normal (KAMADA; ROCHA; BARBEIRA, 2003).

Em estudo realizado na Holanda, a morbidade em prematuros apresentou um pico de 60% nas 27 semanas de idade gestacional, com uma rápida diminuição de 10% em 34 semanas. Doença crônica pulmonar ou broncodisplasia (48%) e sepse (47%) foram os diagnósticos mais frequentes com um pico nas 26 semanas, seguidos de enterocolite necrosante (20%) e leucomalácia periventricular (10%) (VAN BAAREN et al., 2015).

Assim, ainda há muito para ser discutido e realizado a fim de reduzir a mortalidade infantil, principalmente no período neonatal, visto que a redução das mortes de RN é mais difícil de alcançar com um único medicamento ou intervenção, exigindo uma abordagem integral de todo o sistema de saúde. Países com vontade política e investimentos que priorizam os RN, mesmo com recursos restritos e baixa renda fazem uma grande diferença na redução da mortalidade neonatal (UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND, 2018).

A maioria das causas de mortes neonatais é evitável por meio de pré-natal de qualidade, identificação de gestantes de risco, assistência ao parto humanizado e assistência de qualidade ao RN de risco (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2014). A atenção adequada à gestante, ao parto e ao neonato pode reduzir em até 70% os óbitos neonatais precoces e os óbitos fetais (BRASIL, 2013d). O UNICEF destaca que os RN não estão morrendo necessariamente de causas médicas como prematuridade ou pneumonia, mas da falta de acesso aos cuidados qualificados necessários para sanar estas questões, principalmente por serem famílias marginalizadas e muito pobres. Para isso, além do aumento no acesso aos cuidados de saúde, a melhora na qualidade destes atendimentos é fundamental para o progresso da redução da mortalidade neonatal no mundo (UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND, 2018).

Com isso, a redução dos óbitos neonatais, a prevenção da prematuridade e a melhoria da qualidade da atenção à gestante, parto e neonato, principalmente de risco, devem ser prioridades na política nacional de saúde e a implementação de ações direcionadas a estas questões são fundamentais. O UNICEF lançou a Agenda pela Infância 2015-2018 com novos compromissos para serem discutidos no âmbito nacional, incluindo o compromisso de eliminar as mortes evitáveis de crianças menores de um ano de idade e reduzir a mortalidade infantil indígena (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2014).

A fim de reduzir o número de mortes precoces no Brasil, especialmente melhorando os resultados para os prematuros, o país deve se preparar para atender a esta crescente demanda com investimentos em saúde materna e cuidados ao processo de nascimento (BRASIL, 2013d). Ademais, o impacto em curto e longo prazo da prematuridade e suas implicações é traumatizante para os pais e acarreta alto custo para o sistema de saúde do Brasil (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012a).

Os principais custos para os serviços de saúde em relação aos nascimentos prematuros decorrem primeiramente, do tempo de internação em unidades de neonatologia, especialmente as unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN) e as unidades intermediárias; seguidos dos custos para tratamentos das vias aéreas (CPAP – *Continuous Positive Airway Pressure*, intubação e tratamento com surfactante) (VAN BAAREN et al., 2015). Mangham et al. (2009) também concluíram que as maiores implicações econômicas do nascimento prematuro são os custos diretamente relacionados à internação hospitalar após o nascimento, os quais são responsáveis por 92% dos gastos incrementais por prematuro sobrevivente.

Ademais, os custos rapidamente diminuem com o aumento da idade gestacional. Estudo holandês sobre os custos associados ao parto prematuro em gestações únicas e múltiplas afirmou que, se uma gravidez de 24 semanas puder ser adiada até 26 semanas, os custos diminuem em 16,231 euros (VAN BAAREN et al., 2015).

Além dos custos durante a internação hospitalar, não se pode ignorar o impacto que o nascimento prematuro tem na perspectiva social, no qual há uma grande influência em outros orçamentos do setor público, como despesas com uso de medicamentos em longo prazo, dependência de tecnologias de maior complexidade e seguimento especializado multiprofissional, além dos custos familiares para visitas às unidades neonatais, perdas de lucros/rendimentos por parar de trabalhar para cuidar do filho prematuro, entre outros.

A prematuridade também tem grande impacto no desenvolvimento do vínculo mãe-bebê, no aleitamento materno (AM), na saúde mental materna e em toda a família (KANTROWITZ-GORDON, 2013). Assim, deve-se considerar o custo emocional com sofrimento e estresse decorrente do luto antecipado pela perda do bebê idealizado, a necessidade de cuidados de alta complexidade com internação prolongada de muitos prematuros e a separação da família.

Os aspectos epidemiológicos, riscos biológicos e sociais, custo econômico da assistência e custo emocional para a família caracterizam a prematuridade como um problema de saúde pública, merecendo atenção especial e destaque nas políticas públicas, tendo como

aliado importante ações e estratégias com vistas à promoção, proteção e apoio a amamentação de prematuros. Assim, apesar das dificuldades relacionadas ao AM em prematuros, o aleitamento materno exclusivo (AME) até os seis meses de vida é uma estratégia importante de saúde para melhorar a mortalidade e morbidade em crianças e lactentes, particularmente neste segmento populacional de risco, além de melhorar a morbidade materna, ajudando a controlar os custos dos serviços de saúde.

1.2 A importância do AME para os prematuros

O AME previne infecções, diarreia, doenças atópicas, enterocolite necrosante, leucemia, doenças cardiovasculares, doença celíaca; promove ótimo crescimento e neurodesenvolvimento; reduz transtornos comportamentais e déficit de atenção; melhora o quociente de inteligência; reduz risco de morte súbita infantil; incentiva o vínculo mãe-bebê, além de ser um importante aliado na redução da morbimortalidade neonatal e ser a intervenção mais efetiva em custo-benefício tanto para a família quanto para os serviços de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012a; BRASIL, 2013d; BRASIL, 2015b; BRAHM; VALDÉS, 2017). Assim, a educação e a implementação de estratégias baseadas em evidências efetivas para apoiar as práticas de promoção do AM são essenciais para diminuir as mortes neonatais.

Para os prematuros, o AM se torna ainda mais necessário devido sua alta demanda de nutrientes para o crescimento e metabolismo aumentado devido à gravidade de seu estado clínico (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012a). Pelo fato de os prematuros apresentarem períodos de rápido crescimento e de desenvolvimento neurológico e necessitarem de requisitos nutricionais aumentados para proteínas e minerais, muitas vezes é recomendado o leite humano fortalecido durante o período de hospitalização (BERTINO et al., 2013).

Não há consenso sobre o método ideal para fortificar o leite humano (PICAUD et al., 2018) e a rotina de complementação com os aditivos ou fortificantes nas unidades neonatais é muito variável. Revisão recente recomenda fortificar o leite humano para sanar as necessidades nutricionais de uma maneira individualizada. Sugere iniciar a fortificação do leite humano precocemente, quando a ingestão enteral atingir 50 a 100 ml/kg/dia e continuar até pelo menos 35-36 semanas, ou até mais em bebês com crescimento abaixo do ideal (PICAUD et al., 2018). Na unidade neonatal nível 3 de um hospital universitário em Madri inseriram um protocolo de fortificação padrão do leite, no qual a adição padronizada de um fortificante ao leite materno era implementada quando a alimentação enteral atingisse pelo menos 80 ml/kg/dia, sendo

administrado em todas as crianças prematuras com menos de 32 semanas de idade ou abaixo de 1.500g (BORREGAS et al., 2017). Em hospital universitário do interior do estado de São Paulo recomenda-se o início do uso do fortificante do leite humano em RN com peso inferior a 1.500g ao nascer e prematuros quando atinge-se o volume de 100 ml/kg/dia de leite natural ordenhado ingerido até completar 40 semanas de idade gestacional corrigida (GONÇALVES et al., 2006).

O colostro, também chamado de líquido de ouro, é rico em proteínas e tem baixos níveis de gordura se comparado com o leite maduro, contendo grandes quantidades de anticorpos que protegem o neonato contra doenças (NEWBURG; WALKER, 2007). Este leite fornece benefícios imunológicos, reduz o risco potencial de infecção nosocomial, enterocolite necrosante e emergências gastrointestinais graves (PLETSCH et al., 2013). Esta é mais uma das vantagens do leite materno para os prematuros, que apresentam seu sistema imunológico totalmente imaturo.

Além dos fatores do leite humano que fornecem imunidade direta, os oligossacarídeos, também presentes no leite materno, servem como substratos para as bactérias intestinais benéficas e estimulam a produção intestinal de imunoglobulina secretora tipo A dos bebês, diminuindo o risco de infecções (DONOVAN et al., 2012). Isso confirma o importante papel do AM para os prematuros que, devido à imaturidade dos seus órgãos e sistemas, estão em maior risco de contrair doenças infecciosas.

Em relação ao desenvolvimento neurológico, estudo aponta que prematuros que receberam leite humano durante a internação na UTIN tinham maiores pontuações nas avaliações mental, motora e cognitiva aos 18 e 30 meses de idade (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2012).

Além disso, existem diferenças específicas e significativas entre o leite das mães de prematuros e de bebês a termo (GROSS et al., 1980; BOBINSKI et al., 2013; SUNDEKILDE et al., 2016). A produção de leite materno é altamente sensível às necessidades específicas do filho RN (GROSS et al., 1980; BOBINSKI et al., 2013), sugerindo que a composição do leite materno pode ser fortemente moldada pela idade gestacional e peso do neonato (BOBINSKI et al., 2013).

O leite de mães de RN pré-termo é mais concentrado em proteínas com função imunológica, lipídeos totais, ácidos graxos, nitrogênio, sódio, cálcio, cloro, vitaminas A, D e E, tendo maior conteúdo energético (GROSS et al., 1980; LAWRENCE; LAWRENCE, 2005; BAUER; GERSS, 2011). Existem diferenças também nos micronutrientes presentes no leite de

mães de prematuros e de bebês a termo, incluindo níveis de uréia, oligossacarídeos, citrato, lactose, canitina, entre outros (SUNDEKILDE et al., 2016). Além disso, a composição dos metabólitos do leite de mães de RN pré-termo leva em torno de cinco a sete semanas após o parto para se assemelhar ao leite de mães de RN a termo, independentemente do tempo de gestação no parto prematuro (SUNDEKILDE et al., 2016). Portanto, essas diferenças em comparação com mães de bebês a termo persistem além do primeiro mês de lactação, assegurando ao prematuro um suplemento nutricional adequado, reforçando a relevância do leite materno para as crianças prematuras e de muito baixo peso ao nascer (LAWRENCE; LAWRENCE, 2005).

Estudo que comparou grupo de prematuros extremos que receberam dieta baseada exclusivamente em leite humano (leite humano fortificado com o próprio leite humano ou leite pasteurizado de doadoras quando o leite da própria mãe não estava disponível), com aqueles que receberam leite humano fortificado com leite bovino e fórmula pré-termo (quando o leite materno não estava disponível), constatou taxas mais baixas de enterocolite necrosante e intervenção cirúrgica devido à enterocolite no grupo que se alimentou exclusivamente de leite humano. Houve uma redução de 50% da enterocolite e de 90% de intervenções cirúrgicas decorrentes desta doença nos prematuros alimentados somente com leite humano comparados com aqueles que se alimentaram com produtos à base de leite de vaca (SULLIVAN et al., 2010). Estudo posterior também encontrou maior duração da nutrição parenteral e maior taxa de enterocolite necrosante cirúrgica em prematuros extremos que receberam fórmula pré-termo em comparação com aqueles que receberam leite humano (CRISTOFALO et al., 2013).

Bebês de baixo peso, nascidos com menos de 32 semanas e que receberam leite materno exclusivo durante a hospitalização tiveram 12,86 menos risco de enterocolite necrosante; 2,59 menos chances de desenvolver displasia broncopulmonar e 1,80 menos chances de apresentar retinopatia da prematuridade, apesar de crescerem menos em comparação com bebês que receberam apenas fórmula infantil. Esse estudo demonstrou associação entre o AM e uma diminuição nos riscos de complicações inflamatórias neonatais em prematuros e bebês de baixo peso (SPIEGLER et al., 2016).

Maior risco relativo de hospitalização por doenças relatadas na infância (doenças gastrointestinais, respiratórias, infecção do trato urinário, otite média, febre, asma, diabetes e cárie dentária) dentro do primeiro ano de vida também foi encontrado em lactentes alimentados com fórmula em comparação com aqueles que foram amamentados exclusivamente com leite materno (AJETUNMOBI et al., 2015).

Além dos benefícios do AM relacionados à presença de fatores de proteção contra infecções, a amamentação também evita os riscos de contaminação no preparo de alimentos lácteos e de diluições inadequadas, ou seja, risco de oferecer leites muito diluídos ou concentrados, que interferem no crescimento das crianças, especialmente as prematuras, e refletem no ganho de peso insuficiente ou de sobrepeso, respectivamente (BRASIL, 2002).

Ademais à importância da alimentação exclusiva com leite humano/materno, o fato de os prematuros se alimentarem diretamente no peito da mãe o mais precoce possível também é altamente benéfico. Buckley e Charles (2006) apontaram os benefícios para os prematuros do AM exclusivamente na mama ao invés do leite materno ordenhado e administrado em mamadeira ou copo, havendo melhora da oxigenação e regulação da temperatura durante as mamadas (saturação de oxigênio superior, melhor coordenação da sucção, deglutição e do padrão respiratório, aumento da temperatura corporal, menos episódios de apneia e bradicardia); as vantagens do contato pele a pele (aumento do volume de leite materno, melhor produção de anticorpos no leite materno contra patógenos presentes no meio ambiente do bebê); melhora das propriedades nutricionais e imunológicas do leite materno (conteúdo nutricional superior comparado ao leite materno ordenhado, visto que não há perdas por congelamento, descongelamento e reaquecimento, menor risco de contaminação bacteriana e crescimento de bactérias devido ao manuseio); melhor desenvolvimento oral (ótimo desenvolvimento mandibular, fortalecimento dos músculos da mandíbula, aumento do espaço da cavidade nasal, melhora futura do alinhamento dos dentes e diminuição de mal oclusões, maior eficiência da respiração) e esvaziamento da mama mais eficiente (maior volume de leite em mesmo tempo de extração pela bomba, aumento do volume de leite ao longo do tempo).

Para as mães, os benefícios da amamentação em comparação com o leite materno ordenhado e administrado por mamadeira ou copo foram: redução do trauma mamilar (menor risco de mastite devido esvaziamento completo da mama, menor risco de danos decorrentes da sucção pela bomba); redução de riscos para a saúde das mães (diminuição da incidência de diabetes tipo 2, redução do risco de câncer de mama); efeitos psicológicos positivos (potencial redução no estresse percebido e humor negativo após as mamadas); vantagens práticas (menos tempo de preparação e limpeza de suprimentos, leite materno está na temperatura ideal, sem preparação, e as economias de custos em não alugar ou comprar bomba elétrica ou manual e outros suprimentos para a extração do leite) (BUCKLEY; CHARLES, 2006).

As vantagens conhecidas do AM para as crianças, inclusive os prematuros, são inúmeras, importantes e relevantes, que, somadas às prováveis vantagens ainda desconhecidas,

não deixam dúvidas quanto à superioridade do leite materno sobre outros tipos de leite para crianças pequenas. Também, não há dúvidas quanto às desvantagens da introdução precoce de outros alimentos e mesmo líquidos, como água ou chás, e do uso de mamadeiras e chupetas (BRASIL, 2002).

Portanto, a literatura científica e a prática clínica confirmam as inúmeras vantagens do AME tanto para o crescimento, desenvolvimento e a melhora das condições de saúde dos prematuros quanto para suas mães. Porém, não se pode deixar de lado as dificuldades e os desafios da amamentação, principalmente quando se trata de bebês prematuros e suas famílias, que experimentam longos períodos de hospitalização em unidades intensivas e que necessitam de cuidados especiais em suas necessidades.

1.3 As dificuldades do AME para os prematuros e suas mães

Dentre os cuidados essenciais para todos os RN, está o AME e precoce. Quando se trata de prematuros, alguns cuidados adicionais são necessários, como o suporte extra para o AM, incluindo, por exemplo, a ordenha do leite materno, a alimentação por sonda ou copo, o leite materno suplementado, se indicado (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012a).

Entretanto, os prematuros e os bebês doentes frequentemente enfrentam diversos obstáculos na busca para o estabelecimento e a manutenção da amamentação, inclusive depois da alta hospitalar. Porém, existem poucos estudos que retratam estas dificuldades de continuar amamentando no domicílio (PERRELLA et al., 2012). Assim, as taxas de AME permanecem baixas entre prematuros no Brasil, ocorrendo com frequência o desmame mesmo antes da alta hospitalar devido aos fatores dificultadores individuais e organizacionais para o AME numa unidade neonatal.

Amamentar o prematuro hospitalizado é um grande desafio devido sua imaturidade fisiológica e neurológica, dificuldade em coordenar sucção-deglutição-respiração e hospitalização prolongada, gerando na mãe sentimentos de incapacidade e estresse emocional que podem diminuir a lactação, além da ausência do contato precoce mãe-filho e início tardio da amamentação (SCOCHI et al., 2008).

Em revisão integrativa da literatura, os principais fatores encontrados que dificultaram a manutenção do AM em prematuros foram os sentimentos de culpa, ansiedade e depressão das mães durante e após a alta hospitalar, a crença materna de que seu leite é insuficiente, a oferta de leite artificial, o uso de tabaco pelas mães, a prematuridade, incluindo a fragilidade do bebê

e as dificuldades de sucção no peito, as possíveis sequelas neonatais, a idade e escolaridade materna, o tempo de internação do prematuro e, conseqüentemente, o tempo de separação mãe-filho (RODRIGUES et al., 2013).

Apesar das mães reconhecerem o AM como um elemento essencial para o desenvolvimento e crescimento saudável e para a recuperação de seus filhos prematuros, todas as circunstâncias que envolvem o nascimento de uma criança prematura geram preocupações, angústia e ansiedade para a mãe e toda a família, levando a dificuldades na manutenção do AM (ZULIN et al., 2015).

Em estudo da área de fonoaudiologia, as maiores dificuldades encontradas no início da amamentação estão relacionadas às respostas do prematuro devido à imaturidade dos reflexos orais, como o interesse do bebê pelo seio materno, bebê inquieto ou chorando e não manutenção da pega na aréola (SCHEEREN et al., 2012).

A competência dos prematuros para a amamentação precoce ainda é um assunto conflitante, principalmente no que se refere à introdução de alimentação via oral antes das 34 semanas de idade gestacional. Nyqvist (2013) afirma que a restrição de alimentação oral em prematuros com base na idade gestacional não é fundamentada em evidências científicas e que prematuros são capazes de atingir a amamentação exclusiva com 32 semanas de gestação, apesar de um padrão de sucção imaturo, desde que sejam alimentados com pequeno volume de leite e em semidemanda, ou seja, posicionar no peito a qualquer sinal discreto de interesse de sucção / fome da criança e acordá-la quando um certo tempo máximo (no final de um intervalo de três horas) se passou da última amamentação. Existem evidências que indicam que alimentar o prematuro em resposta a seus próprios sinais de fome, ao invés de intervalos regulares e com quantidade de leite predefinida, podem resultar em alta precoce e menor duração da fase de transição da sonda para alimentação oral total (DAVANZO et al., 2014).

Nyqvist (2013) também afirma que o sucesso da amamentação de um prematuro deve ser definido quando a capacidade de tomar um volume diário de leite seja suficiente para ter um crescimento sustentado, visto que a transição para um padrão de sucção maduro ocorre gradualmente e em diferentes idades gestacionais. Scochi et al. (2010) relatam que prematuros mais imaturos e com menor peso ao nascer demoram mais tempo para conseguir se alimentar exclusivamente por via oral, provavelmente por sua maior vulnerabilidade e maiores chances de intercorrências clínicas neste processo.

Dentre as inúmeras dificuldades maternas em amamentar seu filho prematuro em uma UTIN, a ansiedade com o processo de hospitalização do filho, no qual se encontra a

impossibilidade de amamentá-lo logo após o nascimento, e as dificuldades de realizar a técnica da ordenha, incluindo a baixa produção láctea, foram os principais pontos relatados pelas mães (GORGULHO; PACHECO, 2008).

Mães de prematuros, principalmente no período de puerpério, quando a angústia psicológica está exacerbada pela prematuridade, tiveram níveis de ansiedade, depressão e estresse mais elevados em comparação às mães de bebês nascidos a termo, diminuindo o desempenho no início da lactação e a duração do AM (ZANARDO et al., 2011).

Sabe-se que, mesmo com o apoio e orientações disponíveis nas unidades neonatais, a ordenha de leite é uma experiência difícil para muitas mães de RN pré-termo e de muito baixo peso que estão hospitalizados e não podem ser amamentados (ACUNÃ-MUGA et al., 2014). A expressão do leite é desconfortável, o bombeamento das mamas pode levar ao trauma mamilar, além dos desafios logísticos no armazenamento e transporte do leite ordenhado (KANTROWITZ-GORDON, 2013). Para garantir a produção de leite em mães de prematuros recomenda-se que as primeiras expressões de leite aconteçam o mais precocemente possível e mantenha pelo menos seis expressões por dia (ACUNÃ-MUGA et al., 2014).

Além disso, a condição frágil do bebê e o desejo da conexão física com seu filho, que quando internado em unidades neonatais tem interações limitadas com sua mãe, podem levá-la a se sentir pressionada para o êxito do AM, enfrentando mais estresse sobre a amamentação a fim de atender a expectativa de ser uma boa mãe (SWEET, 2008). Mulheres que dão à luz prematuramente têm maior risco de desenvolver depressão pós-parto quando comparadas com mães de bebês a termo, além de que o impacto do nascimento prematuro pode também se estender para o relacionamento entre os pais (KANTROWITZ-GORDON, 2013).

As mães de prematuros que desejam amamentar seus filhos são inicialmente encorajadas e orientadas a retirar o leite manualmente ou em bombas para ser oferecido aos prematuros por sonda, copo ou outras técnicas, visto que apresentam certa imaturidade fisiológica para a sucção no peito já nos primeiros dias de vida. Com isso, a transição da sonda ou copo para a alimentação exclusiva no peito é outro grande desafio não apenas para os prematuros, mas também para suas mães. Quando as tentativas no peito não foram produtivas, as mães expressam sentimentos de decepção, frustração, rejeição, vergonha e inadequação, o que interfere no relacionamento mãe-bebê (FLACKING et al., 2006) e, conseqüentemente, no estabelecimento do AME.

Alguns fatores que contribuem para a incapacidade ou resistência das mães para o AM são o fornecimento de leite inadequado para as necessidades do bebê, sentimentos maternos de

vulnerabilidade e falta de confiança, comportamentos alimentares imaturos dos prematuros, falta de empenho ou desejo de amamentar antes do nascimento, escolha pessoal, alimentação artificial mais conveniente principalmente por ter a possibilidade de pais ou outros membros da família participarem das mamadas, prevenção de constrangimentos de alimentação em público, facilidade de bombeamento e armazenamento do leite da mama, falta de confiança materna, necessidade de quantificar a ingestão de leite e falta de apoio informativo e emocional. Para a equipe de saúde aconselhar efetivamente estas mães é preciso compreender esses fatores que podem contribuir para a incapacidade ou a resistência das mães no processo de transição para o peito (BUCKLEY; CHARLES, 2006).

Além de todos estes fatores, a possibilidade de as mães de prematuros não terem tido informação ou orientação sobre o AM durante o pré-natal pode ser alta. Frequentemente, este tema é abordado no último trimestre de gestação e, no caso dessas mães, muitas vezes seus filhos já nasceram e elas não tiveram a oportunidade de assistir aulas e discussões sobre o AM (PERRELLA et al., 2012). Ao estudar o efeito da consulta de pré-natal sobre a incidência e duração do AM em prematuros, concluiu-se que durante a internação, os prematuros de mães que realizaram consultas de pré-natal receberam leite humano exclusivamente por mais tempo do que as que não realizaram esse acompanhamento (FRIEDMAN et al., 2004).

O incentivo ao AM o mais precoce possível, tanto para atender as demandas nutricionais dos prematuros quanto para melhorar as relações mãe-bebê e a inclusão das mães no cuidado de seus filhos durante a hospitalização em UTIN, é extremamente importante (SCHEEREN et al., 2012). A amamentação cria um vínculo emocional e uma sensação gratificante para as mães, principalmente para as mães de prematuros, que vivenciam inúmeras dificuldades durante todo o processo de internação de seu filho. Especialmente nesses casos, os benefícios da amamentação acabam superando os aspectos puramente nutricionais e podem ser considerados como parte do cuidado humanizado em UTIN.

Apesar de todos os desafios e dos inúmeros fatores que influenciam o sucesso do AME de prematuros, a amamentação pode ser estabelecida com sucesso, inclusive em neonatos muito prematuros (ZACHARIASSEN et al., 2010).

O ambiente hospitalar e os profissionais de saúde apresentam papéis importantes para a determinação do início e manutenção do leite materno em mães de prematuros (SISK et al., 2010). Além das evidências dos benefícios da amamentação, inclusive durante a internação em UTIN, os profissionais de saúde devem reconhecer as inúmeras barreiras que as famílias

enfrentam para alimentar seus filhos prematuros e estar dispostos a apoiar e orientar no que for necessário e de acordo com as necessidades individuais de cada família.

1.4 A prevalência do AME em prematuros

Os índices de AME, no geral, estão abaixo das recomendações, tanto em bebês a termo quanto em prematuros. Estudo nacional que verificou a situação da amamentação e da alimentação complementar no Brasil em campanha de multivacinação em 2008 e analisou a evolução dos indicadores de AM no período de 1999 a 2008, concluiu que a prevalência de AME em menores de seis meses foi de 41,0% em todo o país, porém, a duração mediana do AME foi de 54,1 dias e a duração mediana do AM de 341,6 dias. A probabilidade de AME quando a criança completa 180 dias é muito baixa, ficando em torno de 10%. A região Sudeste apresentou 39,4% de AME em menores de seis meses e teve a maior porcentagem de uso de mamadeira (63,8%) em crianças menores de 12 meses (BRASIL, 2009).

Mães de prematuros apresentaram maior risco de desmame e amamentaram por um período mais curto comparado com mães de bebê a termo, independente dos fatores socioeconômicos e outros confundidores, e apesar dos benefícios de saúde conhecidos da amamentação em prematuros (FLACKING; NYQVIST; EWALD, 2007). O número de prematuros amamentados com sucesso na alta hospitalar ainda é relativamente pequeno, mesmo com a maioria dos hospitais sendo amigos da amamentação (NYE, 2008).

Ao se analisar a prevalência do AM no momento da alta hospitalar em RN internado em unidades de alto risco, o AM também tem melhorado, principalmente com a implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), porém, a prevalência de AME nesse grupo é menor entre aqueles com baixo peso ao nascer, idade gestacional menor que 37 semanas, índice de Apgar menor ou igual a sete no primeiro minuto e gemelaridade (BICALHO-MANCINI; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2004). A queda do AME na alta hospitalar em 10 anos na Suécia também foi maior nos prematuros extremos, de 55% em 2004 para 16% em 2013 (ERICSON et al., 2016).

Artigos internacionais trazem dados da prevalência do AM em prematuros com maior número de participantes e algumas coortes internacionais trazem dados mais robustos sobre a prevalência. Entretanto, no Brasil, a grande maioria dos estudos nacionais acerca da prevalência do AM são coletados em instituições locais, e as coortes mais amplas focam a população de bebês a termo. Inexistem estudos nacionais acerca da prevalência do AM em prematuros com

amostragem grande, visto que aqueles encontrados na literatura se referem a demandas específicas de hospitais de referência terciária, geralmente vinculados a instituições de ensino.

A prática do AM durante a internação e até os seis primeiros meses de vida de 278 prematuros na cidade de Londrina – Paraná, foi avaliado num estudo analítico prospectivo. Durante a internação hospitalar todos os prematuros receberam leite humano, sendo que 31% receberam AME e 69,0% receberam leite materno e fórmula infantil. No final do primeiro mês de vida a prevalência do AME foi de 70,4%; no final do terceiro mês foi de 33,6% e de 17,7% no quarto mês de vida. Aos seis meses, a prevalência do AME caiu para 6,8% e 54,7% dos prematuros mantinham o AM nesta idade. A duração média do AME entre os prematuros foi de 63,5 dias e do AM maior que 180 dias. Esse estudo também demonstrou que o uso da chupeta aumenta o risco de desmame nesta população, com menor duração do AME em prematuros que fizeram uso de chupeta se comparados com aqueles que não usaram (OLIVEIRA et al., 2007).

Outro estudo descritivo observacional, retrospectivo e de caráter quantitativo, verificou a prevalência do AM em prematuros com peso acima de 1.500g, na alta hospitalar e até o sexto mês de vida por meio da análise de prontuários de bebês que foram assistidos pelo serviço de fonoaudiologia de um Hospital de Base. A amostra foi composta, na alta hospitalar, por 156 prematuros, 58,3% deles estavam em AME, 21,8% em AM misto e 19,9% em AA no momento da alta. Aos seis meses a amostra foi de 36 prematuros, com prevalência de AME de 22,2% contra 33,3% em aleitamento misto e 44,5% em AA (CZECHOWSKI; FUJINAGA, 2010).

Prematuros nascidos com idade gestacional menor do que 33 semanas e internados na UTIN do Departamento de Neonatologia e acompanhados no ambulatório de seguimento da Maternidade do Instituto da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, apresentaram mediana do tempo de duração do AM de 4 meses, sendo que no momento da alta hospitalar apenas 5,5% deles estavam em AME, 65,8% estavam recebendo seio materno complementado com fórmula infantil e 28,6% recebiam apenas fórmula. Com um mês de idade corrigida, as taxas de AME aumentaram para 7,5%, diminuindo para 6,2% aos dois meses, 4,3% aos três meses e 1,2% aos seis meses de idade corrigida (MÉIO et al., 2018).

A prevalência do início precoce do AM em prematuros tardios (34 semanas a 36 semanas e 6 dias de idade gestacional) em uma coorte de base populacional da Pensilvânia mostrou que, apesar das taxas de AM precoce em prematuros tardios ter aumentado de 2003 (54%) a 2009 (61,8%), essas taxas ainda permanecem abaixo dos índices da população a termo e das recomendações nacionais daquele país. Nesse mesmo estudo, os fatores

sociodemográficos, incluindo estado civil, escolaridade, paridade, raça, idade materna, participação em programa especial de nutrição para mulheres, RN e crianças, e o tabagismo estavam entre as variáveis mais influentes que impactaram no início precoce do AM em prematuros tardios, apesar das limitações dessas interações (DEMIRCI; SEREIKA; BOGEN, 2013).

Outra coorte de bebês a termo saudáveis, bebês doentes e prematuros investigou a prevalência da amamentação e os fatores associados com a duração do aleitamento. Os autores encontraram que a interrupção precoce do AM foi mais provável nos prematuros menores de 33 semanas de gestação, nas mães que tinham amamentado anteriormente por menos de seis meses (comparado com aquelas que nunca tinham amamentado) e nas mães que afirmaram que o AM era importante, em comparação com as mães que afirmaram que o AM era muito importante. Duas semanas após a alta, a prevalência do AM foi de 93% entre os doentes e prematuros e 97% nos bebês a termo, com redução significativa para 70% e 54%, respectivamente aos seis meses pós-alta. As maiores taxas de interrupção do AM nos prematuros e doentes ocorreram entre duas e seis semanas após a alta hospitalar com 16% de redução e entre os seis e nove meses, com 17% (PERRELLA et al., 2012).

Quando o prematuro realiza sua primeira alimentação por via oral através da experiência de se alimentar diretamente na mama materna, verificaram-se maiores probabilidades deste prematuro estar recebendo leite materno no momento da alta hospitalar se comparado com aqueles bebês que receberam sua primeira alimentação via oral em um copo ou mamadeira (PINEDA, 2011a).

É preciso levar em consideração que a prevalência do AM em prematuros também está relacionada ao apoio e orientações às mães e famílias. Pesquisa avaliou o impacto de uma intervenção de apoio e orientações às mães, desde o pré-parto até o acompanhamento ambulatorial, nas taxas de AM nos primeiros seis meses após a alta hospitalar. Foram realizados orientações e início da criação de vínculo durante o pré-parto, visita materna precoce à criança internada na UTIN, reforço nas orientações sobre técnica da ordenha, esgotamento mamário e aumento da oferta hídrica materna, personalização dos berços e incubadoras, reforço das orientações na alta hospitalar e retornos ambulatoriais. As crianças que pertenciam ao grupo cujas mães foram orientadas segundo essa intervenção, estavam em AME na alta hospitalar 19,5% delas e mediana de duração do AM de 91 dias, superior ao grupo controle (orientações de rotina), com 8,4% em AME e 54 dias de AM. Por outro lado, a intervenção proposta durante

o seguimento ambulatorial não foi suficiente para diminuir o ritmo do desmame em ambos os grupos (SANTORO JÚNIOR; MARTINEZ, 2007).

Ao analisar o panorama da prevalência de AME na população prematura, apesar das diferenças regionais, é possível afirmar que as metas e recomendações propostas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008) e Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2002) de AME até os seis meses de idade e manutenção da amamentação até, no mínimo, o segundo ano de vida, ainda estão distantes de serem atingidas.

1.5 Políticas de saúde para a promoção, proteção e apoio ao AM

A partir da década de 1980, várias iniciativas internacionais surgiram para a promoção, proteção e apoio ao AM devido ao reconhecimento científico das vantagens da amamentação, tanto para lactentes como para suas mães, além dos riscos e custos relacionados ao desmame precoce. Estas iniciativas internacionais, como as recomendações da OMS para a alimentação infantil, a promulgação do Código Internacional de Controle do Marketing de Alimentos Substitutos do Leite Materno e os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, estimularam uma gama de programas nacionais e incentivos políticos nesta área no Brasil (SEGALL-CORRÊA et al., 2009).

A promoção, proteção e apoio ao AM é uma das prioridades da Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde, além de fazer parte das estratégias internacionais e nacionais para a redução da mortalidade infantil (BRASIL, 2009).

Uma das primeiras ações voltadas exclusivamente para o AM no Brasil foi a implantação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), no início da década de 80, com o objetivo de elevar as taxas de AM no país. Este programa ficou extinto por aproximadamente um ano, em 1997, quando as ações para incentivo ao AM não foram inseridas na pauta das políticas públicas, ocasionando num marco na história da amamentação (BRASIL, 2008a). Apesar deste fato, após a implantação deste programa, os índices de AM no país vêm aumentando gradativamente, apesar de ainda estar aquém do considerado satisfatório. A duração mediana do AME passou de 23,4 dias em 1999 para 54,1 dias em 2008 (BRASIL, 2009).

Os Bancos de Leite Humano (BLH) também têm se tornado uma das principais estratégias de política pública para a promoção, proteção e apoio ao AM, principalmente na alimentação dos prematuros e daqueles criticamente doentes e no manejo da lactação de mães prematuras. O primeiro BLH no Brasil foi implantado em 1943, no atualmente denominado Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF) / Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), o qual funciona até hoje como Centro de Referência Nacional.

A partir de 1985, com o desenvolvimento do PNIAM, os BLH do país passaram a seguir um novo modelo e tendo um novo papel no cenário da saúde pública, incluindo ações assistenciais a serviço da amamentação e promovendo o AM (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2015).

A consolidação da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano do Brasil (RedeBLH-BR) aconteceu em 1998 com a finalidade de incentivar o AME e colaborar com o resgate desta prática, bem como nortear a formulação, implantação e acompanhamento da política estatal, no âmbito da atuação dos BLH no país (BRASIL, 2008a; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2015). A contribuição da RedeBHL-BR para a redução da mortalidade infantil e para a promoção, proteção e apoio ao AM na década de 90 foi tão relevante que a OMS destinou o Prêmio de Saúde Sasakawa 2001 para as ações realizadas por esta rede e, mais tarde, em 2009, o Centro de Referência Nacional para BLH do IFF/FIOCRUZ foi premiado pela OMS e pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) pela iniciativa que mais contribuiu para o desenvolvimento humano no hemisfério Sul no que tange a redução dos custos alimentares de prematuros e na promoção, proteção e apoio ao AM nos países que a RedeBLH-BR colabora (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2015).

Em 2002, o MS designou a Comissão Nacional de Bancos de Leite Humano para assessorar as políticas públicas relacionadas à amamentação. Em 2018, 220 BLH e 199 postos de coleta distribuídos em todos os estados do país estão em funcionamento, sendo a maior e mais bem estruturada rede de BLH do mundo, coletando, processando e distribuindo esse leite para atender, principalmente, casos como prematuridade e alergias alimentares. No ano de 2017, foram coletados 190.005 litros de leite humano, os quais beneficiaram 176.707 crianças no Brasil, sendo que a maioria das doadoras residia na região Sudeste, além de 327.523 atendimentos em grupo, 1.513.482 atendimentos individuais e 260.430 visitas domiciliares realizadas pelas equipes dos BLH brasileiros (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2018).

A presença de BLH nas instituições hospitalares auxilia muito na promoção e apoio ao AM, principalmente de bebês internados em unidades neonatais. As taxas de AME no momento da alta hospitalar foram significativamente maiores em UTIN que apresentavam BLH (29,6%) quando comparados com UTIN sem a presença de BLH em sua instituição (16%), conforme demonstrado em pesquisa realizada pela Associação Italiana de Bancos de Leite Humano (ARSLANOGLU et al., 2013).

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.

A IHAC foi lançada em 1991/1992 pela OMS em conjunto com o UNICEF, após as discussões na Declaração de *Innocenti*, em 1990. O Brasil foi um dos doze primeiros países que incluíram a IHAC em sua política governamental de proteção, promoção e apoio ao AM e é um dos líderes em hospitais com título de Amigo da Criança (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2008). Esta é uma das mais importantes estratégias no âmbito hospitalar para promoção e adoção de práticas facilitadoras da amamentação nas maternidades, a fim de torná-la bem-sucedida.

Os principais objetivos da IHAC em nível hospitalar é proporcionar à díade mãe-bebê um bom início da amamentação, aumentar a probabilidade de amamentação exclusiva durante os seis primeiros meses de vida e a oferta de alimentos complementares adequados, com a continuidade da amamentação por dois anos ou mais, conforme recomendações internacionais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008). O indicador de taxas ideais de AME para os

critérios da IHAC é de, no mínimo, que 75% das parturientes amamentem exclusivamente do nascimento à alta (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2008).

Para obter a designação e a placa de Hospital Amigo da Criança é preciso passar pelo processo de qualificação que inclui inicialmente a autoavaliação do próprio hospital quanto às práticas que incentivam ou desestimulam a amamentação, seguida da implementação das mudanças necessárias e, por fim, a confirmação dessas adequações para o título por meio de uma avaliação externa, na qual se constata se os Critérios Globais da IHAC (Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno e o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno) foram atingidos (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2008).

Em 2009, uma nova versão da IHAC, revisada, atualizada e expandida para o cuidado integrado foi lançada pela OMS/UNICEF, a qual inclui algumas adaptações específicas da IHAC, como a Comunidade Amiga da Mãe e da Criança, alimentação complementar Amiga da Criança, consultórios Amigo da Criança e unidades neonatais Amigas da Criança, além de diretrizes para mães que não amamentam (WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND, 2009).

Com base nesta versão de 2009, o MS do Brasil redefiniu os critérios de habilitação da IHAC apenas em 2014, como estratégia de promoção, proteção e apoio ao AM e à saúde integral da criança e da mulher, incluindo o critério global Cuidado Amigo da Mulher, além de cumprir os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno e a NBCAL, e garantir permanência da mãe ou do pai junto ao RN 24 horas por dia e livre acesso a ambos. Dentre os critérios do Cuidado Amigo da Mulher estão garantir à mulher, durante trabalho de parto, parto e pós-parto, um acompanhante de sua livre escolha; ofertar à mulher, durante o trabalho de parto, líquidos e alimentos leves; incentivar a mulher a andar e se movimentar durante o trabalho de parto, se desejar e a adotar posições de sua escolha durante o parto; garantir à mulher, ambiente tranquilo e acolhedor, com privacidade e iluminação suave; disponibilizar métodos não farmacológicos de alívio da dor; assegurar cuidados que reduzam procedimentos invasivos durante o parto; entre outros (BRASIL, 2014a).

Os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno em sua primeira versão incluem: 1) Ter uma política de AM escrita que seja rotineiramente transmitida a toda a equipe de cuidados de saúde; 2) Capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implementar esta política; 3) Informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do AM; 4) Ajudar as mães a iniciar o AM na primeira meia hora após o nascimento (sendo

atualmente interpretado como “Colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães imediatamente após o parto por no mínimo uma hora e encorajar as mães a reconhecer quando seus bebês estão prontos para serem amamentados, oferecendo ajuda se necessário”); 5) Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação mesmo se vierem a ser separados dos seus filhos; 6) Não oferecer ao RN qualquer alimento ou líquido que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica; 7) Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e RN permaneçam juntos – 24 horas por dia; 8) Incentivar a amamentação sob livre demanda; 9) Não oferece bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas; e 10) Promover a formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos na alta da maternidade (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2008).

No ano de 2018, o guia de implementação da IHAC foi atualizado 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 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Nesta revisão de 2018 os Dez Passos foram atualizados 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 são: 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 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 principais 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).

No ano de 2010, o Brasil apresentava 359 hospitais com o título de Hospital Amigo da Criança, com cobertura de 25% de todos os hospitais do país, sendo que 80 deles se encontravam na região Sudeste (BRASIL, 2010). Em janeiro de 2016, o número de hospitais Amigos da Criança passou para 326 no Brasil todo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). Vários estudos, compilados em uma revisão bibliográfica, afirmam que a estratégia da IHAC tem se mostrado efetiva no aumento da prática da amamentação em várias regiões do mundo (FIGUEREDO; MATTAR; ABRÃO, 2012). Existem evidências substanciais de que a implementação dos Dez Passos melhora significativamente as taxas de AM (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Baseado nas recomendações da Organização Pan-Americana da Saúde / OMS e com um cenário de desnutrição infantil em crianças de seis a 18 meses e prevalência do AM ainda

baixa, principalmente até os seis meses de vida, o MS lançou em 2002 o Guia Alimentar para crianças menores de dois anos. Este guia tem como objetivo melhorar a alimentação infantil nessa faixa etária, prevenindo e reduzindo riscos e problemas detectados e promovendo uma dieta saudável. Uma alimentação infantil adequada compreende a prática do AM e a introdução, em tempo oportuno, de alimentos apropriados que complementam o AM (BRASIL, 2002).

Os Dez Passos para uma Alimentação Saudável incluem: 1) Dar somente leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento; 2) A partir dos seis meses, oferecer de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais; 3) A partir dos seis meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, frutas e legumes) três vezes ao dia se a criança receber leite materno e cinco vezes ao dia se estiver desmamada; 4) A alimentação complementar deve ser oferecida sem rigidez de horários, respeitando sempre a vontade da criança; 5) A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher, começar com consistência pastosa, e gradativamente aumentar a sua consistência até chegar à alimentação da família; 6) Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida; 7) Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições; 8) Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação; 9) Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos e garantir seu armazenamento e conservação adequados; 10) Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação (BRASIL, 2002).

Outra estratégia de incentivo ao AM é o Método Canguru (MC), criado em 1979 na Colômbia e instituído como política pública no Brasil em 2007, faz parte de um conjunto de medidas do governo federal para melhorar a assistência perinatal, especialmente aos neonatos de baixo peso ao nascer, inclusive para a redução da mortalidade neonatal, e está proposto em três etapas: período que se inicia no pré-natal seguido da internação na unidade neonatal; período em que o bebê permanece continuamente com sua mãe e em posição canguru pelo maior tempo possível e; acompanhamento da criança e família no ambulatório e/ou no domicílio. Este método de atenção humanizada preconiza a diminuição do tempo de separação entre mãe e RN, favorecendo o vínculo; permite controle térmico adequado; reduz risco de infecção nosocomial; reduz o estresse e a dor do neonato; aumenta os índices de AM; permite desenvolvimento neurocomportamental e psicoafetivo adequados; melhora o relacionamento entre família e equipe de saúde; aumenta a confiança dos pais; diminui reinternações e contribui

para a otimização dos leitos de UTIN e unidades de cuidados intermediários neonatal (UCIN) (BRASIL, 2013c). Estas vantagens do MC auxiliam diretamente no manejo das dificuldades encontradas pelos prematuros e suas mães para o sucesso na amamentação.

Pesquisa estimou o volume de leite obtido através da ordenha por mães de bebês de muito baixo peso em função da proximidade da criança, e mostrou que o volume médio de leite foi significativamente maior quando a expressão foi realizada na proximidade do bebê, sendo um volume médio de 107,7ml de leite durante o MC, 117,7ml após o MC e 96,9ml ao lado da incubadora. Assim, a expressão de leite conduzida na proximidade do lactente, em particular durante e imediatamente após o canguru, é associada com o volume de leite mais elevado (ACUNÃ-MUGA et al., 2014).

Assim, além de ser uma das principais políticas voltada à humanização da assistência ao RN de baixo peso, o MC também traz importantes contribuições que são fundamentais para a promoção do AM nessa população vulnerável. É uma das primeiras políticas para a assistência específica a população de prematuros e de bebês com baixo peso ao nascer voltada para intervenções biopsicossociais.

A Rede Amamenta Brasil foi outra estratégia implantada em 2008 pelo MS, a qual foi integrada em 2012 com a Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável, denominando-se Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (Estratégia Nacional para a Promoção do AM e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde). Esta estratégia tem como intuito preencher a falta de ações de incentivo ao AM na atenção básica e como objetivo qualificar as ações de promoção do AM e da alimentação complementar saudável para crianças menores de dois anos de idade, aprimorar as competências e habilidades dos profissionais de saúde para a promoção do AM e da alimentação complementar como rotina das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e mobilizar os profissionais de saúde que atuam nesse nível de atenção e o uso de metodologia crítico-reflexiva (BRASIL, 2013a, 2013b).

Com esta política, pretende-se contribuir com o aumento da prevalência de crianças amamentadas de forma exclusiva até os seis meses de idade e amamentadas até os dois anos de idade ou mais (BRASIL, 2013b). Com maiores taxas de interrupção do AM nos primeiros meses após a alta hospitalar, é preciso ter um apoio de base comunitária à amamentação a fim de ajudar as famílias a alcançar seus objetivos de amamentação (PERRELLA et al., 2012).

Entre os anos de 2008 e 2009, foi divulgada para toda a comunidade o texto intitulado Uma Declaração Universal de Direitos para o Bebê Prematuro, baseado na Declaração Universal dos Direitos do Homem e no Método Canguru. Este documento destinado especialmente aos

cuidadores dessa clientela, apresenta 12 direitos, sendo que o artigo XII é especificamente relacionado ao direito dos prematuros ao AM. Assim, neste artigo, segundo Tavares (2008-2009, p. 11):

Todo prematuro tem direito a ser alimentado com o leite de sua própria mãe ou, na falta dessa, com o de uma outra mulher, tão logo suas condições clínicas o permitirem. Deverá ter sua sucção corretamente trabalhada desde o início da vida e caberá à Equipe de Saúde garantir-lhe esse direito, afastando de seu entorno bicos de chupeta, chucas ou qualquer outro elemento que venha interferir negativamente em sua sucção saudável, bem como assegurar-lhe seu acompanhamento por profissionais capacitados a facilitar esse processo. Nenhum custo financeiro será considerado demasiadamente grande quando aplicado com esse fim. Nenhuma fórmula láctea será displicentemente prescrita e nenhum zelo será descuidadamente aplicado sem que isso signifique desatenção e desamparo. O leite materno, doravante, será considerado e tratado como parte fundamental da sua vida.

Lançada em 2011, a Rede Cegonha também alavanca as políticas de saúde nesta área e consiste em uma rede integrada de cuidados com o foco principal na redução da mortalidade materna e neonatal. Os quatro componentes básicos de suas ações são: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança; e sistema logístico (transporte sanitário e regulação). Nas ações no pós-parto, a Rede Cegonha inclui ações para o crescimento e desenvolvimento da criança de 0 a 24 meses, como a promoção e incentivo ao AM e o acompanhamento do calendário de vacinas (BRASIL, 2011a). Apesar de não ser uma política específica para a promoção, proteção e apoio ao AM, esta estratégia vem somar esforços para consolidar a prática da amamentação.

Como se pode perceber, o Brasil apresenta inúmeras políticas públicas e com grande impacto para o incentivo ao AME. Porém, nenhuma delas congrega a complexidade do processo de amamentar a população vulnerável dos prematuros e bebês criticamente doentes que ficam internados por longos períodos em unidades neonatais e que enfrentam desafios de várias naturezas para o estabelecimento do AM.

1.6 A expansão da Iniciativa Hospital Amigo da Criança como uma nova estratégia para o aumento do AM em prematuros

Várias políticas públicas têm sido implementadas para promover, proteger e apoiar o AME, dentre elas a IHAC, uma estratégia internacional 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 Aleitamento Materno, bem como a adoção do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno (BRASIL, 2010).

A IHAC é amplamente adotada no Brasil e tem resultado em melhora significativa no apoio ao início e duração do AME. Essa revisão dos Dez Passos em 2018 pela UNICEF e OMS, ainda não foi traduzida e incorporada nas diretrizes brasileiras, percebendo-se avanços com mudanças que também podem beneficiar os prematuros, como por exemplo o Passo 9 – Aconselhar as mães quanto ao uso apropriado e os riscos de mamadeiras, bicos e chupetas. No entanto, tal iniciativa foi concebida para apoiar o AME em RN saudáveis a termo em maternidades, e mesmo com as recentes atualizações não considera em sua totalidade o contexto complexo e altamente tecnológico das unidades neonatais e as dificuldades de amamentar o prematuro, sendo, muitas vezes, privado dos benefícios do AME.

A IHAC expandida para o cuidado integrado lançada em 2009 pela OMS/UNICEF, designa a Comunidade Amiga da Mãe e da Criança, a alimentação complementar Amiga da Criança, os consultórios Amigo da Criança e as unidades neonatais Amigas da Criança (WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND, 2009). Porém, nesse documento, as adaptações para as unidades neonatais são brevemente mencionadas e não estão adaptadas à situação especial dos prematuros e crianças doentes e suas mães (NYQVIST et al., 2013).

O mesmo ocorre com a recente revisão do guia de implementação da IHAC (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018), a qual abrange atividades especificamente pertinentes à promoção, proteção e apoio ao AM em estabelecimentos que prestam serviços de maternidade e neonatos em padrões globais. Apesar dos cuidados aos RN pequenos, doentes e prematuros, muitas vezes, ocorrem nas mesmas instalações e serem atendidos pela mesma equipe de bebês a termo e, portanto, também seguirem as recomendações incluídas na IHAC convencional, este documento não fornece orientações específicas e detalhadas para este grupo. Portanto, apesar da IHAC convencional abranger práticas em todas as áreas de um hospital, incluindo as unidades neonatais, nem todos os Passos se aplicam às UTIN da mesma maneira que às maternidades (TAYLOR et al., 2011).

Mesmo essa iniciativa não sendo específica para prematuros internados, alguns estudos mostram sua eficácia também nesta população vulnerável. A implantação da IHAC contribuiu para aumentar o índice de AME de RN internados em uma unidade neonatal durante a hospitalização e nos primeiros seis meses de vida. Ao comparar as taxas de AME no ano

anterior ao início do processo da IHAC (1994) com as taxas no ano em que o hospital estudado cumpriu todos os Passos propostos (1998), constatou-se que, durante a internação, houve um aumento de 39,8% nas taxas de AME e o uso de fórmulas foi anulado nesse período. O tempo mediano da amamentação durante os seis primeiros meses de idade também melhorou, de 12 dias em AME antes da implantação da IHAC para 45 dias após o cumprimento de todos os Passos, além dos bebês nascidos em 1998 terem quase quatro vezes mais chance de receber AME durante os primeiros seis meses de vida em relação às crianças nascidas em 1994 (VANNUCHI et al., 2004).

O impacto da IHAC sobre as taxas de AM em bebês admitidos diretamente em uma UTIN dos Estados Unidos foi avaliado antes da política ser implementada (1995) e quando foi concedido o credenciamento de Hospital Amigo da Criança (1999). As taxas de início do AM, definidas com ingestão de qualquer leite humano durante a primeira semana de alimentação na UTIN foram de 34,6% em 1995 e aumentaram significativamente para 74,4% após a acreditação da IHAC. A ingestão de leite humano exclusivo em bebês com duas semanas de idade aumentou de 9,3% em 1995 para 39% em 1999 (MEREWOOD et al., 2003).

Outro estudo traz que, uma década após a implementação das diretrizes da IHAC convencional (1999 - 2009), as taxas de AM nos bebês prematuros e doentes internados em unidade neonatal nível III do Centro Médico de Boston, Estados Unidos, também têm melhorado, principalmente em relação ao início da administração de leite materno por qualquer método. Este início aumentou na primeira década da implantação da IHAC de 74% para 85% dos lactentes internados em UTIN, sendo esta diferença mais expressiva ainda na população negra; e na segunda semana de vida, o leite materno exclusivo passou de 39% em 1999 para 44% em 2009 (PARKER et al., 2013).

Estudos brasileiros também detectaram uma melhora nos índices de AME na alta hospitalar em bebês de alto risco após a implementação de práticas associadas à IHAC. Houve aumento no AME em RN de muito baixo peso para 68,4%, mesmo com uma elevada taxa de AME (57,7%) antes de sua implementação no hospital estudado (PEDRAS; MEZZACAPPA; COSTA-PINTO, 2012); e um aumento de 36,0% para 54,6% do AME em bebês internados em berçários de alto risco de maternidade localizada em Belo Horizonte, após o hospital implementar as diretrizes da IHAC convencional, além de diminuir o AA de 17,2% para 8,2% (BICALHO-MANCINI; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2004). Este último estudo também verificou um aumento de 2,75 vezes a chance de uma criança de alto risco ter alta hospitalar

sem AME se internada em hospitais que não aderiram às políticas da IHAC (BICALHO-MANCINI; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2004).

A mudança de postura dos profissionais de saúde que trabalham em unidades neonatais, a decisão da instituição hospitalar em adotar os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno da IHAC e a existência de um BLH no hospital contribuem para a melhoria dos índices de AM num grupo de crianças que apresenta dificuldades peculiares na amamentação, seja para o RN, família ou para a equipe de saúde que assiste esse segmento populacional (VANNUCHI et al., 2004).

Porém, mesmo com algumas pesquisas mostrando o impacto positivo da IHAC convencional também para o AM de bebês internados em unidades neonatais, esta iniciativa não é suficiente e adequada para a promoção da melhoria do AME na população de prematuros e bebês criticamente doentes. Os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno da IHAC não são integralmente respeitados e cumpridos nas unidades neonatais brasileiras devido às especificidades destes bebês de risco. Embora tenham ocorrido avanços na revisão da IHAC de 2018, conforme apontado anteriormente, estas atualizações ainda não foram incorporadas nas diretrizes da IHAC no Brasil.

Segundo o UNICEF e a OMS, 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 a diversidade de contextos e aplicação em todo mundo. Aponta-se, por exemplo, 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).

Apesar da importância em seguir os pressupostos da IHAC, esta estratégia também não vem se mostrando suficiente nos hospitais brasileiros para suscitar atitudes profissionais e rotinas hospitalares favoráveis à manutenção do AM em prematuros internados em UTIN (PEREIRA et al., 2015).

Mães sucas de bebês muito prematuros (menos de 32 semanas de gestação) sugeriram várias modificações e expansões dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno da IHAC, tais como: 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 (Cuidado Mãe Canguru); expressão do leite;

introdução precoce da amamentação; facilidades para a mãe estar presente na unidade 24 horas por dia; preferência da 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).

Neste contexto, no qual a IHAC não considera os desafios de se amamentar um prematuro, e existe a crescente necessidade de se aumentar as taxas de AM nesta população para a diminuição da morbimortalidade neonatal, pesquisadores do Canadá e países nórdicos desenvolveram uma adaptação dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno para as Unidades Neonatais, denominada IHAC-Neo, a fim de atender as necessidades da assistência em unidade neonatal e ser uma inovação promissora para o aumento do AME, aprimorando as relações pais-bebês e reduzindo a morbimortalidade entre prematuros (HAIEK, 2012; NYQVIST et al., 2012; NYQVIST et al., 2015). Depois de mais de 20 anos da implementação da IHAC convencional, existe a necessidade de se estender a importância dos cuidados de apoio e aconselhamento no AM para as unidades neonatais e para a comunidade (HANSEN et al., 2012).

Esse grupo de pesquisadores e experts em AM tem como objetivo criar um documento com padrões e critérios para cada um dos Três Princípios Norteadores, Dez Passos e com o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno. Além disso, objetivam desenvolver ferramentas de autoavaliação e avaliação externa para verificação da conformidade das unidades neonatais às condições exigidas para a designação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança para Unidades Neonatais (IHAC-Neo), bem como oferecer esses documentos aos serviços de saúde internacional, profissionais e outras organizações não governamentais envolvidas na lactação e amamentação para mães de bebês que necessitam de cuidados especiais (NYQVIST et al., 2012).

Os principais objetivos do cuidado ao prematuro hospitalizado devem incluir o apoio e início precoce do AM e lactação das mães, sem atrasos injustificados e sem restrições; rotinas de alimentação que facilitem a amamentação; prevenção do uso de mamadeiras; e esforços para permitir que as mães passem a maior parte do tempo na UTIN (NYQVIST, 2013). A IHAC-Neo, com seus Princípios Norteadores e Passos para o Sucesso do AM em prematuros vem somar esforços para que essas importantes ações sejam realizadas dentro das unidades neonatais.

Os Três Princípios Norteadores incluem diretrizes e atitudes essenciais em todos os aspectos relacionados à lactação e AM nas unidades neonatais, que embasam a IHAC- Neo, sendo: 1) a atitude da equipe deve focar e responder às necessidades individuais de cada mãe no seu contexto; 2) todas as ações devem facilitar a abordagem do cuidado centrado na família e 3) assegurar a continuidade do cuidado entre os períodos pré, peri e pós-natal, bem como após a alta hospitalar (NYQVIST et al., 2012).

A equipe de saúde deve ter um olhar individualizado para as mães, principalmente no que se refere 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 para torna-se uma “boa mãe”, mães vulneráveis e aconselhamento sensível na amamentação e lactação. 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. Por fim, 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).

Para atender estes Princípios, a especificidade do contexto das unidades neonatais e as necessidades do prematuro, a primeira versão dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno da OMS/UNICEF foi adaptada de acordo com evidências científicas e práticas fortemente associadas ao aumento da prevalência do AME, fortalecimento do vínculo mãe-bebê e melhora no neurodesenvolvimento do prematuro.

Assim, os Dez Passos desenvolvidos pela IHAC-Neo e específicos para os prematuros e bebês criticamente doentes internados em unidades neonatais são: 1) Ter uma política de AM escrita, rotineiramente comunicada a todos da equipe de cuidado em saúde; 2) Educação e treinamento de toda a equipe no conhecimento e habilidades específicas necessárias para implementar a política; 3) Informar a gestante hospitalizada em risco de um nascimento prematuro ou de um bebê doente em relação ao manejo da lactação e amamentação e os benefícios do aleitamento materno; 4) Encorajar o contato pele a pele mãe-bebê (cuidado canguru) precoce, contínuo e prolongado sem restrições injustificáveis; 5) Apresentar às mães como iniciar e manter a lactação e estabelecer precocemente a amamentação com a estabilidade do bebê como único critério; 6) Não oferecer ao RN qualquer alimento ou líquido a não ser o leite humano, exceto se indicado pelo médico; 7) Permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia; 8) Encorajar a amamentação por livre demanda ou quando necessário,

alimentação em semidemanda como uma estratégia de transição para prematuros e bebês doentes; 9) Usar alternativas que não a mamadeira até a amamentação estar bem estabelecida e somente usar chupetas e protetores de mamilos com razões justificáveis; e 10) Preparar os pais para continuar a amamentação e assegurar acesso aos serviços de apoio/grupos após a alta hospitalar (NYQVIST et al., 2013, 2015).

Além dos Três Princípios Norteadores e os Dez Passos adaptados, 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).

Evidências demonstram que a implementação das práticas propostas pela IHAC-Neo nas unidades neonatais modificou expressivamente o início e a exclusividade do AM na alta, bem como fortaleceu as famílias para cuidar de seus filhos prematuros (NYQVIST et al., 2012). A IHAC-Neo, a exemplo da IHAC originalmente desenvolvida pela OMS/UNICEF, também estabeleceu 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).

Considera-se a IHAC-Neo como estratégia promissora para a promoção e apoio ao AME em prematuros, apesar da escassez de estudos sobre o impacto de sua implantação em larga escala, particularmente em países que não participaram de sua concepção e que apresentam indicadores mais elevados de nascimentos prematuros e mortalidade infantil.

O exposto até aqui reforça a prematuridade como um problema de saúde pública no país e as vantagens da amamentação para esse segmento populacional de alto risco com redução da morbimortalidade. Apesar das ações e políticas públicas brasileiras para o incentivo do AM, essas têm sido insuficientes para modificar a prevalência do AME em prematuros, motivando a realização do presente estudo com foco na implementação da IHAC-Neo guiada pela *Knowledge Translation* (KT), como inovações, e respectivo impacto na prevalência do AME e em mudanças nas práticas assistenciais em unidade neonatal rumo a adesão aos Três Princípios Norteadores, Dez Passos e Código que fundamentam a IHAC-Neo.

Cabe assinalar que esta pesquisa integra 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 e conta com a colaboração e parceria com pesquisadoras canadenses e sueca envolvidas na adaptação, implementação e avaliação da IHAC-Neo e no referencial da KT proposto para instrumentalizar esta intervenção a ser testada, no contexto das unidades neonatais brasileiras.

2 Justificativa e Hipótese

A IHAC convencional é insuficiente para atender as necessidades e a complexidade do processo de amamentar os prematuros, cada vez mais imaturos e com menor peso, que sobrevivem devido aos avanços e acesso à tecnologia de cuidado de alta complexidade e, conseqüentemente, estão expostos a maiores riscos de morbidade e mortalidade em seu processo de crescimento e desenvolvimento. Este estudo poderá ter um grande impacto para o público interessado na IHAC ao introduzir a implementação de intervenções inovadoras específicas para o prematuro, IHAC-Neo, além de poder contribuir com novas evidências para adoção de novas políticas públicas nacionais relacionadas à amamentação em unidades neonatais.

Considera-se também que a implementação da IHAC-Neo guiada pela utilização sistematizada da KT constitui em estratégia inovadora e promissora no contexto da saúde pública brasileira. Além disso, o método inovador da KT pode auxiliar na sistematização de práticas e abordagens específicas que promovam a participação ativa e responsável das mães/família junto da equipe multidisciplinar das unidades neonatais, fortalecendo a capacitação das famílias para cuidarem melhor de seus filhos nascidos prematuros.

Dessa forma, o estudo poderá fornecer a lógica que justifica a adaptação da IHAC e fornecer abordagens práticas para a mudança das práticas de incentivo ao AME nas unidades neonatais, visto que a IHAC-Neo considera o contexto da prematuridade e de bebês criticamente doentes. Isto é muito importante para os profissionais de saúde e as mães que lidam com os desafios de amamentar um prematuro, apesar de terem acesso a um Hospital Amigo da Criança.

Com base na literatura apresentada, fica evidente que o AME em prematuros é um grande desafio e mesmo com as atuais políticas públicas de promoção, proteção e apoio ao AM, a prevalência do AME em prematuros ainda está aquém do recomendado pela OMS e MS do Brasil. Assim, a **questão de pesquisa primária** desta investigação é: a implementação da IHAC-Neo aumenta as taxas de AME em prematuros na alta hospitalar de unidades neonatais, durante o primeiro mês após a alta hospitalar e aos seis meses de vida do bebê?

Portanto, tem-se como **hipótese** que significativamente mais prematuros no hospital intervenção serão amamentados exclusivamente na alta hospitalar, no primeiro mês após a alta e aos seis meses de vida, após a implementação das diretrizes da IHAC-Neo, comparado com os prematuros do hospital controle, que não receberam a intervenção IHAC-Neo.

A **questão de pesquisa secundária** neste estudo é: a implementação da IHAC-Neo, guiada pelo referencial da *Knowledge Translation*, aumenta a adesão às práticas da IHAC-Neo? Tem-se como **hipótese** que o hospital intervenção terá um maior aumento nos escores de adesão à IHAC-Neo após a implementação da IHAC-Neo guiada pela KT, comparado ao hospital controle.

Espera-se com este estudo, contribuir com a produção de conhecimento novo que instrumentalize avanços nas políticas públicas baseada em evidências, para a promoção, proteção e apoio ao 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.

3.1 Objetivo Geral

Avaliar o impacto da implementação da IHAC-Neo, guiada pelo referencial da *Knowledge Translation*, na prevalência do AME na alta hospitalar, no primeiro mês após a alta e aos seis meses de vida entre os prematuros, e na adesão às diretrizes da IHAC-Neo.

3.2 Objetivos Específicos

Têm-se como objetivos específicos:

- 1) Comparar o tipo de alimentação e a prevalência do AME na alta hospitalar, no primeiro mês após a alta hospitalar e aos seis meses de vida do bebê, em duas unidades neonatais (intervenção e controle) da região Sudeste, antes (momento 1) e após (momento 2) a implementação da IHAC-Neo.
- 2) Comparar os escores de adesão às diretrizes da IHAC-Neo em duas unidades neonatais (intervenção e controle) da região Sudeste, antes (momento 1) e após (momento 2) a implementação da IHAC-Neo.
- 3) Identificar variáveis neonatais e maternas associadas e preditoras do AME na alta hospitalar, no primeiro mês após a alta hospitalar e aos seis meses de vida do prematuro.

O estudo pretende avaliar o impacto da implementação da IHAC-Neo guiada pelo referencial da KT em uma unidade neonatal em relação à prevalência do AME em prematuros e adesão às diretrizes da IHAC-Neo. Para uma melhor avaliação da implementação da IHAC-Neo, optou-se por realizar a comparação com uma unidade controle que não receberá a intervenção, bem como acompanhar o processo de implementação da IHAC-Neo na unidade intervenção a fim de obter informações importantes sobre o processo desta intervenção.

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de intervenção controlado do tipo quase-experimental, com delineamento pré e pós-teste, não equivalente e prospectivo, realizado em dois hospitais da região Sudeste do Brasil, sendo um hospital intervenção e outro hospital controle.

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 (a instituição do tratamento) (POLIT; BECK, 2016). Num desenho quase-experimental, um controle experimental completo não é possível. Quase experimentos são desenhos de pesquisa em que o pesquisador inicia um tratamento experimental, mas alguma característica de um experimento verdadeiro está faltando – normalmente a randomização – não podendo presumir que os grupos experimental e de comparação sejam equivalentes no início (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

O delineamento pré e pós-teste com amostras separadas ou não equivalentes considera que os sujeitos participantes do pré-teste não são os mesmos do pós-teste, visto que estes são cíclicos no local em que a pesquisa está sendo realizada (TROCHIM; DONNELLY; ARORA, 2016).

4.2 Local do estudo

A pesquisa foi realizada nas unidades neonatais de dois hospitais da região Sudeste do Brasil, com o título de Hospital Amigo da Criança, sendo um deles o hospital intervenção e o outro o hospital controle. Apesar da alocação das unidades neonatais dos hospitais ser arbitrária

por motivos éticos e operacionais, optou-se por escolher dois hospitais que fossem semelhantes no cuidado ao RN de risco.

Dessa forma, ambas as unidades escolhidas, intervenção e controle, são hospitais de nível terciário, vinculados às instituições de ensino, de referência para gestação e neonatos de risco e credenciados há mais de 10 anos como Hospitais Amigo da Criança pelo MS.

Para o hospital intervenção, foi escolhido um hospital público de referência na atenção terciária para assistência ao parto e ao neonato de risco e localizado no interior paulista. Desde dezembro de 2002 lhe foi outorgado o título de Hospital Amigo da Criança, sendo reavaliado em dezembro de 2010. Em 2009, o hospital recebeu o Selo de Qualidade Hospitalar do Programa de Qualidade Hospitalar. A média de nascimentos prematuros neste hospital em 2012 foi de cerca de 50 nascimentos por mês. Dentre os 1.477 nascimentos prematuros ocorridos no município, no ano de 2011, 465 (31,5%) nasceram neste hospital. Já em 2012, este número aumentou para 1.834, sendo 624 (34,0%) prematuros nascidos no hospital intervenção.

A coleta dos dados foi realizada na UCIN, UTIN e alojamento conjunto do hospital. A UCIN dispunha no período da pesquisa de 27 leitos distribuídos em quatro enfermarias, sendo uma de manipulação mínima. A UTIN dispunha de 20 leitos atendendo RN de alto risco em cuidados intensivos e o alojamento conjunto dispunha de 18 leitos destinados ao binômio mãe-bebê. O MC está implantado desde 2012, na segunda etapa, porém o hospital não dispunha de estrutura física e leitos para permitir que as mães permanecessem 24 horas por dia com seus filhos. A equipe multiprofissional que atuava nas unidades neonatais do referido hospital durante a pesquisa era composta por 20 médicos pediatras, 11 residentes de pediatria/neonatologia, 20 enfermeiros, 23 técnicos de enfermagem, 81 auxiliares de enfermagem, 02 fisioterapeutas, 02 psicólogos, 01 fonoaudiólogo e 01 assistente social. O hospital possui ambulatório de pré-natal de alto risco, ambulatório de seguimento do prematuro e BLH.

O hospital controle é um hospital público, terciário e referência nacional na atenção ao parto e ao neonato de risco, localizado na capital do Rio de Janeiro. Possui o título de Hospital Amigo da Criança desde outubro de 1999, sendo reavaliado em 2012 e 2015, além de fazer parte do Programa Rede Cegonha desde 2012. Contabiliza uma média de 100 nascimentos por mês, com taxa de nascimentos prematuros em torno de 12%.

Os leitos neonatais estavam assim distribuídos durante a execução da pesquisa: 14 na UTIN, 08 na UCIN, 19 no alojamento conjunto e 04 na Unidade Canguru (UC). A equipe multidisciplinar que atuava nas unidades neonatais do serviço era composta por 20 médicos neonatologistas; 14 residentes de pediatria/neonatologia; 23 enfermeiros; 09 residentes de

enfermagem; 78 técnicos de enfermagem; 01 fisioterapeuta; 01 residente de fisioterapia; 01 psicólogo, 01 terapeuta ocupacional; 01 residente de terapia ocupacional; 01 fonoaudiólogo; 01 residente de fonoaudiologia; 01 nutricionista; 01 assistente social e 01 residente de assistência social. Possui ambulatório de pré-natal de alto risco, bem como cursos de gestantes, ambulatório de seguimento do prematuro e BLH.

4.3 Amostra do estudo e recrutamento

Apresentam-se a seguir a amostra e o recrutamento dos sujeitos participantes do estudo da prevalência do AME (prematuros e suas mães) e da adesão às diretrizes da IHAC-Neo (profissionais de saúde atuantes na assistência aos prematuros nas unidades neonatais e mães de prematuros) nos hospitais intervenção e controle.

4.3.1 Sujeitos do estudo de prevalência do AME

Na investigação da prevalência do AME a amostra de conveniência incluiu todos os prematuros que saíram de alta hospitalar no período de três meses antes da fase de implementação da intervenção (M1) e suas mães; e os prematuros que tiveram alta nos quatro meses posteriores a fase de implementação da IHAC-Neo (M2) e suas mães, os quais atenderam aos seguintes critérios de inclusão:

- Prematuro: idade gestacional menor que 37 semanas, internação na unidade neonatal nas primeiras 48 horas de vida e com permanência mínima de 48 horas em unidade de internação (UTIN e/ou UCIN e/ou UC que exclui o alojamento conjunto da obstetrícia/puerpério).
- Mães: ter capacidade cognitiva para responder aos questionários, avaliada pelo próprio entrevistador no momento da abordagem inicial para a participação na pesquisa, e filho internado na unidade neonatal conforme critérios de inclusão do prematuro.

Os critérios de exclusão foram:

- Prematuro: portadores de condições clínicas ou anomalias congênitas que impedem ou contraindicam a amamentação (ex.: fístula gastroesofágica, fenilcetonúria, galactosemia, encefalopatia crônica não progressiva, malformações orofaciais, etc.), conforme registro no prontuário, e óbito durante a internação hospitalar.
- Mães: óbito materno e presença de contraindicação temporária ou definitiva para amamentar (ex.: Vírus da Imunodeficiência Humana (*Human Immunodeficiency Virus* – HIV) positivo

/ Síndrome da Imunodeficiência Humana (*Acquired Immune Deficiency Syndrome* – AIDS), vírus linfotrópico da célula humana, sífilis e tuberculose sem tratamento, etc.), conforme registro no prontuário.

Algumas condições de saúde do prematuro (fendas labiais e palatinas, etc.) e materna (doenças crônicas, etc.) e o contexto social desfavorável (mãe drogadita, etc.) não impedem, embora possam dificultar, o AM e, por isso, não foram considerados critérios de exclusão para participar do estudo.

Para este estudo, optou-se por utilizar como unidade de análise o prematuro, visto que todos os bebês participantes tinham um instrumento de coleta de dados preenchido individualmente, independentemente de ter um irmão/irmã gemelar na amostra.

O intervalo mínimo foi de 12 meses entre os dois momentos (1 e 2) de coleta de dados nos hospitais (intervenção e controle), sendo no hospital intervenção antes e após a implementação da IHAC-Neo. Não foi possível a coleta simultânea no mesmo período nos dois hospitais devido dificuldades operacionais na tramitação junto ao Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) da instituição controle, descritas posteriormente.

Durante os três meses de recrutamento dos prematuros participantes no momento 1 (M1) no hospital intervenção, foram internados nas unidades neonatais 100 prematuros, sendo 47 deles excluídos devido aos seguintes motivos: menos de 48 horas de internação em alguma unidade neonatal (18); transferência para outro hospital antes da alta hospitalar (16); internação em alguma unidade neonatal com mais de 48 horas de vida (5); óbito do bebê durante a internação (3); prematuro institucionalizado ou abandonado pela mãe (3); e contraindicação ao AM (2) – uma mãe com lúpus tomando medicação contraindicada ao AM e outro bebê com disfagia e gastrostomia. Houve uma recusa materna em participar da pesquisa. Na alta hospitalar e no primeiro mês após a alta participaram do estudo 52 prematuros e 48 mães, visto que quatro deles eram gemelares. Durante o seguimento dos bebês, três prematuros não foram encontrados na coleta aos seis meses de idade pós-natal devido ausência de retorno ambulatorial agendado no período e não serem localizados por contato telefônico após várias tentativas, totalizando 49 prematuros e 45 mães.

No hospital controle, durante o recrutamento no M1, foram internados 44 prematuros nas unidades neonatais da instituição, sendo onze excluídos segundo os critérios estabelecidos: óbito do bebê durante a internação (7); internação em alguma unidade neonatal com mais de 48 horas de vida (2); contraindicação ao AM (1) – bebê com encefalopatia grave; e mãe abandonou o bebê que passou a ser cuidado pela avó (1). Uma mãe também recusou participar da pesquisa. Foram incluídos 32 prematuros, sendo cinco gemelares e dois trigemelares, e, portanto, 23 mães

participantes da coleta na alta hospitalar e no primeiro mês pós-alta. Na coleta aos seis meses de idade pós-natal, quatro prematuros (dois deles eram gêmeos) não foram localizados pelo fato da mãe não comparecer ao retorno ambulatorial agendado e não atender ao contato telefônico em várias tentativas. Portanto, foram acompanhados 28 prematuros aos seis meses de vida e 20 mães.

A Figura 1 contém o fluxograma do recrutamento e seguimento dos prematuros participantes e suas mães no M1 em ambos os hospitais (intervenção – HI e controle – HC). Os pontos para a coleta de dados referente ao desfecho do AM durante todo o seguimento dos prematuros ocorreram em três ocasiões: S1 = coleta do AM na alta hospitalar; S2 = coleta do AM no primeiro mês após a alta hospitalar; e S3 = coleta do AM aos seis meses de vida do prematuro.

Figura 1 – Fluxograma de recrutamento dos participantes e seguimento do desfecho do AM em prematuros no M1 no hospital intervenção (HI) e no hospital controle (HC).

No M2, durante os quatro meses de recrutamento dos participantes, no hospital intervenção foram internados nas unidades neonatais 115 bebês prematuros, sendo que 66 foram excluídos segundo os seguintes motivos: transferência para outro hospital antes da alta hospitalar (19); óbito do bebê durante a internação (18); menos de 48 horas de internação em unidade neonatal (11); internação em unidade neonatal com mais de 48 horas de vida (6); contraindicação ao AM (7), sendo três mães portadoras de HIV positivo, três bebês que foram submetidos à gastrostomia e um bebê com gastroenterite não infecciosa com intolerância alimentar; e má formação congênita do bebê (3) – um RN com múltiplas malformações e dois outros com atresia de esôfago; e prematuro institucionalizado ou abandonado pela mãe (2). Nenhuma mãe recusou participar do estudo neste momento. Foram incluídos inicialmente 49 prematuros e 43 mães, visto que quatro deles eram gemelares e um trigemelares. Durante o seguimento, dois prematuros não foram encontrados na coleta durante o primeiro mês após a alta hospitalar e nem aos seis meses de idade pós-natal devido ausência de retorno ambulatorial agendado no período e não serem localizados por contato telefônico após várias tentativas, totalizando 47 prematuros e 41 mães nestes dois pontos de coleta.

No hospital controle, foram internados e tiveram alta hospitalar das unidades neonatais 34 prematuros durante os quatro meses de recrutamento no M2, sendo quatro deles excluídos: transferência para outro hospital antes da alta hospitalar (2); internação em unidade neonatal com mais de 48 horas de vida (1); e mãe abandonou o bebê durante internação (1). Uma mãe recusou participar da pesquisa. Foram incluídos 29 prematuros, sendo oito gêmeos, totalizando a inclusão de 21 mães. Não houve perda no seguimento durante o primeiro mês após a alta e aos seis meses de idade pós-natal.

O fluxograma do recrutamento dos participantes nos hospitais intervenção e controle no M2 está apresentado na Figura 2. Apesar da perda dos dados de alguns prematuros durante o primeiro mês após a alta e aos seis meses de vida em ambos os hospitais, estes prematuros permaneceram incluídos na pesquisa.

Figura 2 – Fluxograma de recrutamento dos participantes e seguimento do desfecho do AM em prematuros no M2 no hospital intervenção (HI) e no hospital controle (HC).

O recrutamento das mães e prematuros ocorreu por meio de visitas diárias da pesquisadora e das auxiliares de pesquisa às unidades neonatais e análise dos livros de admissão e alta dessas unidades a fim de identificar os participantes que atenderiam aos critérios de inclusão estabelecidos. As mães e seus prematuros que atendessem aos critérios de inclusão, eram convidadas a participar da pesquisa e informadas quanto aos objetivos e questões éticas, preferencialmente quando a mãe ainda estava internada na maternidade. Aquelas que não estavam internadas foram abordadas durante sua visita às unidades neonatais. Após o aceite para sua participação e de seu filho e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), iniciou-se a coleta de dados no prontuário e com a mãe.

As auxiliares de pesquisa também preencheram um quadro controle com os principais dados de todos os prematuros admitidos nas unidades durante o período do recrutamento com o objetivo de sistematizar a coleta de dados e facilitar a comunicação entre as coletadoras (APÊNDICE B).

4.3.2 Sujeitos do estudo da adesão às diretrizes da IHAC-Neo

Foram coletados dados referentes à adesão aos Três Princípios Norteadores, Dez Passos e ao Código contidos na IHAC-Neo, por meio de entrevistas com profissionais de saúde e mães de prematuros, observação e análise documental dos hospitais intervenção e controle.

O cálculo amostral para a coleta da adesão à IHAC-Neo para as mães participantes foi obtido com uso do programa de computador denominado *G Power analysis* 3.1, disponível gratuitamente no site <http://www.psych.uni-duesseldorf.de/aap/projects/gpower/>. Considerando um tamanho do efeito = 0,3; $\alpha = 5\%$; $\beta = 80\%$; dois grupos (intervenção e controle); duas medidas repetidas e cinco variáveis controladas e uma correlação entre as medidas repetidas de 0,4, obteve-se um tamanho amostral mínimo de 21 mães de prematuros para cada hospital.

Os critérios de inclusão das mães a serem entrevistadas com foco na IHAC-Neo foram: ter capacidade cognitiva para responder aos questionários, avaliada pelo próprio entrevistador no momento da abordagem inicial; e filho internado na unidade neonatal, excluindo-se aquelas com contraindicação temporária ou definitiva para amamentar (ex.: HIV positivo/AIDS, vírus linfotrópico da célula humana, sífilis e tuberculose sem tratamento etc.); com pelo menos sete dias de internação de seu filho prematuro na UTIN e/ou UCIN e/ou UC e cujo bebê atendesse aos seguintes critérios: idade gestacional menor do que 37 semanas; internação na unidade neonatal nas primeiras 48 horas de vida, excluindo-se aqueles com contraindicação para AM (ex.: fístula gastroesofágica, fenilcetonúria, galactosemia etc.). Em ambos os momentos da coleta de dados, apenas uma mãe no M1 no hospital controle recusou-se em participar da pesquisa, sendo outra mãe convidada a participar.

As mães de bebês gemelares ou trigemelares foram incluídas na amostra, porém foram coletados apenas os dados do bebê de menor peso para a inclusão na pesquisa, assim como foi realizado no projeto multicêntrico ao qual a presente pesquisa está vinculada.

A escolha das mães para a entrevista foi por conveniência, aceitando-se tal opção como uma limitação desta pesquisa. Para contemplar a diversidade de assistência e vivência materna,

foram entrevistadas 21 mães no M1 e 21 no M2, tanto no hospital intervenção como no controle, assim distribuídas: metade das mães cujos filhos prematuros estivessem hospitalizados na UTIN, UCIN e/ou UC e cujas entrevistas fossem realizadas preferencialmente na semana da alta do bebê; e a outra metade das mães cujos bebês já tivessem recebido alta da unidade neonatal cujas entrevistas foram realizadas no ambulatório (preferencialmente) ou por telefone, em até 30 dias após a alta do prematuro. Esta amostragem seguiu as recomendações do MS da avaliação da IHAC convencional de entrevistar de 15 a 30 mães do pós-parto (normal e cesárea) que deram à luz pelo menos seis horas antes da avaliação e que estão o mais perto possível da alta de forma que tenham recebido todo o aconselhamento e instruções relacionadas à alimentação de lactentes, além da possibilidade de entrevistar mães após a alta hospitalar, e de entrevistar de 5 a 10 mães de bebês em terapia intensiva neonatal (BRASIL, 2008c). As mães também foram entrevistadas após o consentimento informado.

A amostra referente aos profissionais de saúde que trabalham nas unidades neonatais, foi composta por 30% do número total de profissionais de cada categoria em ambos os hospitais, intervenção e controle, sendo a amostra por conveniência, cujos profissionais entrevistados foram sorteados. A recomendação do MS para a avaliação da certificação da IHAC convencional é a entrevista de 10 a 30 profissionais de saúde, o que também foi atendida nesta pesquisa (BRASIL, 2008c).

Os critérios de inclusão dos profissionais de saúde entrevistados para avaliar a adesão à IHAC-Neo foram: vínculo efetivo, atuação direta na assistência ao prematuro nas respectivas unidades neonatais participantes e maternidades, excluindo-se aqueles que estiveram de férias ou licença no período da coleta de dados. Houve uma recusa no hospital intervenção e uma recusa no hospital controle no M1 e nenhuma recusa em ambos os hospitais no M2, sendo que os profissionais sorteados e que recusaram participar foram substituídos por outro após novo sorteio com reposição.

No M1, a amostra foi sorteada dentre os profissionais existentes que atenderam aos critérios de inclusão, exceto as categorias profissionais existente em número muito reduzido (ex. psicólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista, fonoaudiólogo, assistente social). Assim, dentre estas categorias profissionais mais reduzidas, foram sorteados duas ou três categorias para participar da pesquisa e, caso houvesse mais de um profissional atuando na categoria sorteada, realizou-se novo sorteio para determinar qual profissional seria convidado. No M2, após a fase de intervenção, os mesmos profissionais entrevistados no M1 deveriam ser entrevistados novamente, porém, alguns deles tiveram que ser substituídos devido demissões,

transferência de setores, fim de contratos, férias etc., apesar da grande maioria de entrevistados ser constituída pelos mesmos profissionais que responderam ao instrumento da IHAC-Neo no M1. Aqueles profissionais que não atuavam mais na unidade no M2 (09 no hospital intervenção e 16 no controle) foram substituídos por outro da mesma categoria profissional, por sorteio.

Com base no exposto, a amostra dos profissionais sorteados das unidades neonatais por categoria profissional foi assim constituída:

- Hospital intervenção: 06 pediatras, 04 residentes de pediatria/neonatologia, 07 enfermeiros, 22 técnicos/auxiliares de enfermagem, 01 fonoaudiólogo e 01 assistente social, perfazendo 41 profissionais no M1 e 41 no M2.
- Hospital controle: 07 pediatras, 04 residentes de pediatria/neonatologia, 07 enfermeiros, 03 residentes de enfermagem, 23 técnicos de enfermagem, 01 fisioterapeuta, 01 psicólogo e 01 terapeuta ocupacional, além de 01 residente de fisioterapia e 01 residente de terapia ocupacional, perfazendo 49 profissionais no M1 e 49 no M2. Esta amostra foi maior devido ao grande número e diversidade profissional da categoria de residentes.

4.4 Variáveis

4.4.1 Variáveis desfecho

O AME foi considerado como desfecho primário, coletado na alta hospitalar do prematuro, no primeiro mês pós-alta e aos seis meses de vida. A escolha do AME como o **desfecho principal** desta pesquisa justifica-se por ser recomendado fortemente durante os seis primeiros meses de vida dos bebês, pela OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008) e compartilhado pelo MS do país (BRASIL, 2002, 2013b, 2015b). A categorização do tipo de aleitamento seguiu as definições da OMS:

- Aleitamento materno exclusivo (AME) – oferta de apenas leite humano, incluindo leite materno ordenhado ou leite humano doado de BLH como única fonte de nutrição, mas pode estar recebendo vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos;
- Aleitamento materno predominante (AMP) – oferta de leite materno (incluindo o leite ordenhado ou do BLH) como fonte predominante de nutrição, porém a criança também pode receber água, bebidas à base de água (água açucarada e com sabores, infusões, chá), suco de frutas, solução de reidratação oral, além de vitaminas, suplementos minerais e medicamentos;

- Aleitamento materno (AM) – oferta de leite humano (incluindo o materno ordenhado e do BLH) além de fórmulas e/ou substituto do leite como fonte de nutrição;
- Alimentação complementar – oferta de aleitamento materno (incluindo leite materno ordenhado ou leite de BLH) e alimentos semissólidos e sólidos, com permissão para receber fórmula infantil e outros alimentos ou líquidos. Este termo é apropriado para descrever a prática de alimentação em crianças com seis meses de vida ou mais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008), sendo utilizado nesta pesquisa apenas para descrever o tipo de alimentação aos seis meses de vida dos prematuros.

Também foi definida para esta pesquisa a categorização de não aleitamento materno (não AM), como a oferta apenas de fórmula infantil e/ou qualquer substituto do leite materno como única fonte de nutrição da criança. Ademais, a alimentação complementar foi codificada como aleitamento materno + alimentação complementar (quando prematuro recebia leite materno e alimentos semissólidos/sólidos) e não aleitamento materno + alimentação complementar (quando prematuro recebia fórmula infantil e/ou substituto do leite materno e alimentos semissólidos/sólidos) na categorização do tipo de alimentação aos seis meses de vida do prematuro.

Os dados do desfecho do AM foram coletados em três pontos no tempo (alta hospitalar, primeiro mês após a alta hospitalar e aos seis meses de vida do prematuro), a fim de avaliar o impacto da intervenção na prevalência do AME em prematuros a longo prazo.

O **desfecho secundário** é a **adesão às diretrizes da IHAC-Neo**, dimensionada pela ferramenta de avaliação da IHAC-Neo (*Neo-BFHI Assessment Tool*), cujos escores da adesão de cada um dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno da IHAC-Neo, dos Três Princípios Norteadores e do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno foram avaliados em escala de 0 a 1, sendo que o escore global dos Dez Passos, por ser a soma dos escores de cada um dos Dez Passos, foi avaliado na escala de 0 a 10; o escore global dos Três Princípios também se refere à soma dos três escores, sendo avaliado na escala de 0 a 3; e o escore de adesão ao Código foi avaliado em escala de 0 a 1, sendo 0 nenhuma adesão e 1 adesão total (HAIEK, 2012), sintetizados no Quadro 1.

Quadro 1 - Escores de adesão à IHAC-Neo.

Escores de adesão à IHAC-Neo	
Adesão aos Dez Passos	
Passo 1	Escore de 0 a 1
Passo 2	Escore de 0 a 1
Passo 3	Escore de 0 a 1
Passo 4	Escore de 0 a 1
Passo 5	Escore de 0 a 1
Passo 6	Escore de 0 a 1
Passo 7	Escore de 0 a 1
Passo 8	Escore de 0 a 1
Passo 9	Escore de 0 a 1
Passo 10	Escore de 0 a 1
Adesão global dos Dez Passos	Escore de 0 a 10
Adesão aos Três Princípios Norteadores	
Princípio Norteador 1	Escore de 0 a 1
Princípio Norteador 2	Escore de 0 a 1
Princípio Norteador 3	Escore de 0 a 1
Adesão global dos Três Princípios Norteadores	Escore de 0 a 3
Adesão ao Código	
Adesão ao Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno	Escore de 0 a 1

Maior detalhamento desta ferramenta consta do item 4.5.2.

4.4.2 Variáveis contextuais ou confundidoras

Para a comparação entre os hospitais foram consideradas as variáveis maternas e neonatais, tendo por base evidências da influência das mesmas na prática do AM, descritas no Quadro 2. Estas comparações, portanto, foram controladas por possíveis fatores confundidores para a prevalência do AME em prematuros.

Quadro 2 - Variáveis maternas e neonatais do estudo.

Variáveis	Descrição
Maternas	
Pais residem juntos	Sim Não
Zona de domicílio	Rural Urbana
Escolaridade materna	< 8 anos ≥ 8 anos
Idade materna	Anos (contínua)
Estado civil	Solteira ou divorciada ou viúva Casada ou união estável
Mãe trabalha fora de casa	Sim Não
Renda familiar mensal	≤ 2 salários mínimos > 2 salários mínimos
Número de consultas de pré-natal	< 6 consultas ≥ 6 consultas
Complicações durante a gestação	Sim Não
Experiência prévia no AM	Sim Não ou primípara
Número de gestações anteriores	(contínua)
Tipo de gestação	Única Múltipla (gemelar ou trigemelar)
Complicações durante o parto	Sim Não
Tipo de parto	Vaginal Cesárea
Dificuldades no AM durante hospitalização do prematuro	Sim Não
Mãe se sentiu apoiada pela equipe de saúde para amamentar	Sim Não Às vezes

- continua -

- conclusão -

Variáveis	Descrição
Neonatais	
Sexo	Masculino Feminino
Tempo total de internação	Dias (contínua)
Idade gestacional ao nascer	< 28 semanas 28 a 31 semanas ≥ 32 semanas
Peso ao nascer	< 1500g ≥ 1500g
Reanimação ao nascimento	Sim Não
Contato pele a pele precoce	Sim Não ou ignorado
Amamentação na primeira hora de vida	Sim Não
Patologias durante hospitalização	Sim Não
Internação em UTIN	Sim Não
Internação em enfermaria canguru	Sim Não
Uso de suporte ventilatório e/ou oxigenoterapia	Sim Não
Idade pós-natal na primeira alimentação láctea	< 24 horas de vida ≥ 24 horas de vida
Tipo de leite na primeira alimentação láctea	Leite materno Leite do BLH Leite materno e/ou BLH + leite artificial Leite artificial
Idade pós-natal quando iniciou amamentação	< 72 horas de vida ≥ 72 horas de vida
Idade corrigida quando iniciou amamentação	< 32 semanas 32 – 34 semanas ≥ 35 semanas
Peso quando iniciou amamentação	< 1.500g 1.500-2.499g ≥ 2.500g
Peso na alta hospitalar	1.500 – 2.499g ≥ 2.500g

A reanimação ao nascimento foi caracterizada pela necessidade de ventilação por pressão positiva e/ou massagem cardíaca e/ou administração de medicamento na sala de parto. O contato pele a pele precoce foi considerado se realizado nas primeiras 24 horas após o nascimento. A presença de patologias e/ou complicações de saúde durante o período de hospitalização do bebê foi coletado no prontuário médico conforme diagnósticos e registros médicos e incluíram: síndrome do desconforto respiratório/membrana hialina, pneumonia, enterocolite necrosante, sepse, infecções, hemorragia intracraniana e outras patologias.

O início da amamentação (idade pós-natal, idade corrigida e peso quando prematuro iniciou a amamentação) foi considerado quando o prematuro foi colocado em contato com a mama materna pela primeira vez com a finalidade de receber alimentação com leite materno. Para a avaliação do suporte ventilatório foi considerado o uso de ventilação mecânica invasiva (VMI) e/ou ventilação não invasiva por pressão positiva, *Continuous Positive Airway Pressure* (CPAP) e/ou *Bilevel Positive Airway Pressure* (BIPAP); e para a oxigenoterapia, foi considerado o uso de capacete/halo, cateter, “bigode” e oxigênio na incubadora.

4.5 Instrumentos e técnicas de coleta de dados

Foram utilizados dois instrumentos de coleta de dados a fim de obter informações necessárias para a comparação intragrupos (M1 e M2) e intergrupos (hospital controle e hospital intervenção): o formulário de coleta de dados do tipo de alimentação, prevalência do AME e condições de saúde do prematuro, contendo também as variáveis maternas e neonatais (APÊNDICE C), adaptado do projeto multicêntrico, cujos dados foram coletados por meio de entrevista estruturada com as mães e levantamento de prontuário dos prematuros; e a ferramenta de avaliação da IHAC-Neo (*Neo-BFHI Assessment Tool*), com dados obtidos por meio de entrevista estruturada com profissionais e mães, observação não participante nas unidades neonatais e análise documental.

A entrevista estruturada, também conhecida como entrevista diretiva, 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). O motivo da padronização é 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 pesquisa ou 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).

4.5.1 Formulário da prevalência do AME e condições de saúde do prematuro

O formulário utilizado para a coleta de dados referente à prevalência do AME, variáveis maternas, neonatais e condições de saúde dos prematuros foi redigido por um grupo de pesquisadoras especialistas em AM e que fazem parte do projeto multicêntrico ao qual este doutorado está vinculado. A elaboração deste roteiro se deu de maneira conjunta por meio de reuniões presenciais e encontros virtuais.

Antes do início da coleta de dados nos dois hospitais, foi realizado um estudo piloto a fim de avaliar as facilidades e dificuldades de preenchimento, a semântica e a compreensão das questões incluídas neste roteiro durante a coleta de dados nos prontuários e, principalmente, nas perguntas dirigidas às mães de prematuros. Além disso, foi avaliado a consistência dos dados a serem coletados baseado nos objetivos propostos.

No estudo piloto o formulário foi aplicado em 10 mães de prematuros das cinco regiões do país onde foi realizado o projeto multicêntrico, duas delas cujos prematuros estavam internados nas unidades neonatais do hospital intervenção e atendiam aos critérios de inclusão estabelecidos. As mães foram entrevistadas após a alta hospitalar de seus filhos, para que todas as perguntas pudessem ser avaliadas. Foi levado em consideração as dificuldades e facilidades das entrevistadoras/auxiliares de pesquisa em preencher o formulário com dados do prontuário e a compreensão das mães às perguntas realizadas durante a entrevista. Durante as entrevistas do piloto também foi utilizado um diário de campo para auxiliar nas anotações, sugestões e adequações necessárias.

A partir da análise do estudo piloto e das sugestões identificadas para uma melhor coleta das informações, foram modificados doze itens do roteiro: excluído perguntas específicas sobre alguns dados sociodemográficos dos pais (condições de moradia, número de cômodos na casa, número de pessoas que residem na casa, se possui água encanada, destino do lixo); substituição das opções de localização da moradia, “Região metropolitana” e “Região não metropolitana” por “Urbana” e “Rural”, respectivamente; retirada da variável neonatal comprimento ao nascimento e na alta hospitalar e da variável materna presença de bolsa rota; inclusão da opção “Não se aplica – primípara” nas questões sobre história de parto prematuro e amamentação anterior; inclusão de dado que especifique quando ocorreu o contato pele a pele; substituição da palavra “seio” por “peito”; inclusão da opção “Não amamenta –(registrar zero)” na pergunta “Como você se sente amamentando seu filho?”.

Após as adequações necessárias e adaptação do instrumento desenvolvido para o projeto multicêntrico, ao qual esta pesquisa se vincula, e para atender ao estabelecido na presente investigação, o roteiro estruturado (APÊNDICE C) foi finalizado e apresenta os seguintes subitens: dados de identificação; dados sociodemográficos dos pais; dados gestacionais e do parto; condições de nascimento; condições de saúde do RN na internação; aspectos nutricionais; dados do AM na internação; dados do AM na alta hospitalar; dados do AM no domicílio (primeiro mês após a alta); vivência materna no AM; e dados do aleitamento aos seis meses de vida (incluído apenas nesta pesquisa).

A fim de facilitar a coleta de dados, evitar a dupla digitação no banco de dados do *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 21.0 e aumentar a qualidade dos dados, no M2 este mesmo formulário estruturado da prevalência do AME e condições de saúde do prematuro foi transferido para uma ferramenta eletrônica e coletado pelo *tablet*. Este processo contou com a assessoria de um técnico em informática, quem gerenciou a plataforma eletrônica por meio do aplicativo *iForm – Zerion Software Inc.* no *tablet*, o qual passou a ser eletrônico, com as mesmas questões e opções de preenchimento presentes na coleta do M1. Após a finalização da coleta de dados no M2, o técnico de informática responsável transferiu todos os dados coletados para o *software* SPSS 21.0.

4.5.2 Ferramenta de avaliação da adesão à IHAC-Neo

Foi utilizada a ferramenta de avaliação da IHAC-Neo, versão eletrônica de 11 de junho de 2014. Este instrumento confidencial foi desenvolvido pelo grupo de pesquisadores dos países nórdicos e Quebec da IHAC-Neo sob coordenação da Dra. Laura N. Haiek, com o objetivo de avaliar a adesão de instituições aos Dez Passos do Sucesso do Aleitamento Materno e Três Princípios Norteadores da IHAC-Neo e o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno. Esta ferramenta eletrônica foi originalmente desenvolvida para coletar, resumir e divulgar informações sobre as políticas e práticas descritas na IHAC convencional e foi adaptada para a IHAC-Neo (HAIEK, 2012).

O projeto multicêntrico, ao qual esta pesquisa se vincula, 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 nestes hospitais brasileiros. 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.

A versão utilizada nesta pesquisa não foi a final, visto que o instrumento ainda estava em fase de adaptações durante o desenvolvimento desta pesquisa. A versão do instrumento também foi submetida ao processo de tradução e equivalência conceitual, semântica, idiomática e cultural da língua inglesa para o português do Brasil, a fim de traduzi-lo e adapta-lo ao contexto brasileiro e também transcritos para a Plataforma *iForm Zerion Software Inc.* a fim de serem coletados por meio do *tablet*. Este processo de validação foi realizado pela equipe de pesquisadores do projeto multicêntrico.

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.

Os escores de adesão aos Dez Passos da IHAC-Neo, aos Três Princípios Norteadores e ao Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno são dados por meio da triangulação dos dados coletados nos formulários preenchidos pelo entrevistador durante entrevista com as mães de prematuros, profissionais da saúde (incluindo os

gerentes/responsáveis das unidades neonatais) e durante observação de avaliador externo (observação da unidade e revisão/análise documental).

Cada um dos Passos, Princípios Norteadores e o Código foram mensurados por meio de critérios, sendo que cada critério incluía a resposta à uma ou mais questões abertas ou semiestruturadas avaliadas na perspectiva dos profissionais, puérperas e observador externo (HAIEK, 2012).

Assim, a ferramenta eletrônica 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.

É importante destacar que, 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, conforme demonstrado no Quadro 3.

Quadro 3 - Critérios e fontes das informações coletadas nos Dez Passos, Três Princípios Norteadores da IHAC-Neo e do Código. Sudeste, 2014-2016.

Diretrizes	Total de critérios	Fontes de informação e nº critérios
Passo 1	5	Revisão documental – 3 critérios Observação – 2 critérios
Passo 2	14	Revisão documental – 8 critérios Profissionais – 4 critérios Observação – 1 critério Gerentes das unidades neonatais – 1 critério
Passo 3	6 (1 não pontuado)	Revisão documental – 3 critérios (1 não pontuado) Profissionais – 1 critério Observação – 1 critério Gerentes das unidades neonatais – 1 critério
Passo 4	12 (2 não pontuados)	Mães – 6 critérios (2 não pontuados) Profissionais – 3 critérios Revisão documental – 3 critérios
Passo 5	18	Mães – 7 critérios Profissionais – 6 critérios Revisão documental – 3 critérios Observação – 2 critérios

- continua -

- conclusão -

Diretrizes	Total de critérios	Fontes de informação e nº critérios
Passo 6	10 (1 não pontuado)	Mães – 4 critérios Revisão documental – 4 critérios (1 não pontuado) Observação – 2 critérios
Passo 7	8	Mães – 4 critérios Observação – 3 critérios Revisão documental – 1 critério
Passo 8	7	Observação – 3 critérios Mães – 2 critérios Revisão documental – 2 critérios
Passo 9	13	Mães – 4 critérios Profissionais – 4 critérios Revisão documental – 4 critérios Observação – 1 critério
Passo 10	11 (1 não pontuado)	Gerentes de unidades neonatais – 4 critérios Mães – 4 critérios (1 não pontuado) Revisão documental – 3 critérios
PN 1	6	Mães – 5 critérios Revisão documental – 1 critério
PN 2	10	Mães – 4 critérios Observação – 4 critérios Revisão documental – 2 critérios
PN 3	8	Revisão documental – 3 critérios Mães – 2 critérios Profissionais – 2 critérios Gerentes de unidades neonatais – 1 critério
Código	16	Revisão documental – 7 critérios Mães – 3 critérios Gerentes de unidades neonatais – 3 critérios Observação – 2 critérios Profissionais – 1 critério

PN= Princípio Norteador

Além disso, considerou-se como adesão satisfatória os Passos, Princípios e o Código que atingiram no mínimo, 80% das respostas consideradas desejáveis aos indicadores. Para os indicadores com menos de 80% de adesão satisfatória, o escore recebia zero (não implementado) e os indicadores com 80% ou mais de adesão satisfatória, o escore recebia 1 (implementado), preenchido automaticamente pelo próprio formulário eletrônico.

Os escores parciais são calculados por meio da soma dos pontos obtidos em cada indicador de um dado Passo/Princípio dividido pelo número máximo de pontos, considerando a implementação total. O escore global dos Dez Passos é calculado pela somatória dos escores parciais de cada um dos Dez Passos, variando de 0 a 10 pontos; e o escore global dos Três Princípios Norteadores também é calculado pela somatória dos escores parciais dos três

Princípios (1, 2 e 3), mas varia de 0 a 3 pontos (HAIEK, 2012). Os resultados da adesão em termos percentuais referem-se a multiplicação do escore obtido por 100, quando o escore máximo é 1 (parciais dos Dez Passos – Passo 1 a 10, parciais dos Três Princípios Norteadores – Princípio 1 a 3 e Código), enquanto que para o percentual de adesão global é a média desses percentuais parciais. Por exemplo, escores parciais de 0,40 (40% de adesão); 0,55 (55% de adesão) e 0,75 (75% de adesão) de cada um dos Três Princípios Norteadores resultam em escore global de 1,7 que representa 57% de adesão $[(40+55+75)/3]$.

4.6 Procedimentos para a coleta de dados

A coleta de dados foi realizada em dois momentos (1 e 2) nos hospitais (intervenção e controle), com intervalo mínimo de 12 meses, sendo no hospital intervenção antes e após a implementação da IHAC-Neo. Foram coletados dados sobre prevalência do AME e condições de saúde dos prematuros por meio de levantamento de prontuários e entrevistas com mães; adesão à IHAC-Neo por meio de entrevistas com profissionais e mães, observação das unidades neonatais e análise documental.

Na fase de implementação da IHAC-Neo guiada pela KT, sintetizada de forma descritiva no item 4.6.2, foram registrados dados qualitativos do processo e das práticas com foco no AM, em diário de campo, a fim de monitorar fatores contextuais que complementam a compreensão dos dados coletados nos dois momentos (1 e 2) citados anteriormente. Os procedimentos para as coletas de dados nessas fases do estudo estão descritos a seguir.

4.6.1 Coleta de dados no M1 (antes da implementação da IHAC-Neo no hospital intervenção)

Inicialmente, foi realizada a coleta de dados no M1, tanto do hospital controle quanto do hospital intervenção, para subsidiar as fases posteriores de implementação da IHAC-Neo no hospital intervenção e para a comparação posterior entre os dois hospitais.

4.6.1.1 Coleta de dados da prevalência do AME, variáveis maternas e condições de saúde do prematuro

O recrutamento dos bebês para a coleta de dados da prevalência do AME, das condições de saúde do prematuro e das variáveis maternas no hospital intervenção ocorreu no período de 07 de abril a 07 de julho de 2014, sendo acompanhados até janeiro de 2015 com a finalização da coleta aos seis meses de vida. No hospital controle o recrutamento ocorreu no período de 06 de agosto a 20 de novembro de 2014, acompanhando e coletando dados dos seis meses até maio de 2015.

Estes dados foram coletados pela pesquisadora e mais três auxiliares de pesquisa (uma pós-graduanda e duas graduandas em enfermagem) no hospital intervenção e por duas auxiliares de pesquisa (uma pós-graduanda e uma docente da área de enfermagem) no hospital controle. Antes do início da coleta todas as auxiliares foram treinadas e capacitadas, inclusive com auxílio de tecnologias à distância.

Os dados sociodemográficos dos pais, obstétricos, de nascimento, condições de saúde do prematuro durante internação, tempo de internação, primeira alimentação láctea, início da amamentação (considerado quando o prematuro foi colocado em contato com a mama pela primeira vez com a finalidade de receber alimentação com leite materno) e tipo de aleitamento na alta hospitalar foram coletados em revisão de prontuários ou registros sistemáticos confiáveis das unidades neonatais utilizando roteiro estruturado (APÊNDICE C). Os dados não encontrados no prontuário eram coletados em entrevista com a mãe durante a internação do bebê ou no primeiro contato com ela após a alta hospitalar. Alguns dados coletados no prontuário foram confirmados com as mães/pais durante a entrevista.

Após a alta hospitalar do prematuro, a pesquisadora e as auxiliares verificavam no sistema informatizado ou no prontuário do prematuro, a data de agendamento do primeiro retorno no ambulatório de seguimento ou no BLH da instituição, entre o 7º e 30º dia após a alta. No dia agendado para o retorno nesse período, as entrevistadoras localizavam as mães no ambulatório e, enquanto a mãe aguardava a consulta ou após a mesma, os dados referentes ao AM após a alta e as vivências maternas sobre AM foram coletados, além dos demais dados faltantes. Caso a mãe não comparecesse ou a consulta fosse remarcada ou cancelada, as auxiliares de pesquisa telefonavam para a mãe (preferencialmente na segunda semana após a alta hospitalar, os quais podiam se estender até 30 dias) e realizavam a entrevista por telefone.

Para a coleta de dados aos seis meses de idade pós-natal, a pesquisadora e as auxiliares de coleta identificavam o período em que cada participante do estudo completaria esta idade e checavam, no sistema de agendamento dos retornos, a data mais próxima da consulta ambulatorial do prematuro nesse período. Considerou-se o período dos 29 dias seguintes ao dia que o prematuro completaria seis meses de vida (seis meses e zero dias a seis meses e 29 dias). Caso o prematuro não tivesse consulta no ambulatório e/ou BLH nesse período ou já tivesse tido alta do ambulatório de prematuros e não fizesse mais acompanhamento na instituição, a entrevista com as mães era realizada via contato telefônico. A pesquisadora e as auxiliares de coleta também utilizaram um quadro controle do acompanhamento das coletas aos seis meses de idade pós-natal (APÊNDICE D).

Para a análise de quando o bebê parou de ser amamentado com leite materno foi considerada a idade pós-natal do prematuro na data em que a mãe relatou o desmame. Nos casos em que a mãe não foi localizada aos seis meses ou não se recordou de quando foi o desmame, considerou-se como critério a última informação do prontuário das consultas no ambulatório em que estava registrado que o bebê estava em AM, sendo que a consulta posterior, o prematuro já estava desmamado. Para esta pesquisa foi considerado como desmame a cessação do AM (exclusivo ou não), ou seja, ausência de ingestão de leite materno, conforme Brasil (2009).

No Quadro 4 constam as fontes de dados utilizadas para a coleta de dados das principais variáveis do estudo sobre a prevalência do AME em prematuros.

Quadro 4 - Fontes de dados para a coleta das variáveis sociodemográficas maternas, obstétricas, neonatais e condições de saúde do prematuro incluídas no estudo.

Fonte de dados	Variáveis
Primária: Entrevista estruturada com as mães no recrutamento ou durante hospitalização do prematuro	Pais residem juntos Zona de domicílio Escolaridade materna Estado civil Mãe trabalha fora de casa Renda familiar mensal

- continua -

- conclusão -

Fonte de dados	Variáveis
Secundária: Prontuário clínico do prematuro	Idade materna Número de consultas de pré-natal Complicações durante a gestação Experiência prévia no AM Número de gestações anteriores Tipo de gestação Complicações durante o parto Tipo de parto Sexo Tempo total de hospitalização Idade gestacional ao nascer Peso ao nascer Reanimação ao nascimento Contato pele a pele precoce Amamentação durante primeira hora de vida Patologias durante hospitalização Internação na UTIN e/ou enfermaria canguru Uso de suporte ventilatório e/ou oxigenoterapia Idade pós-natal na primeira alimentação láctea Tipo de leite na primeira alimentação láctea Idade pós-natal quando iniciou a amamentação Idade corrigida quando iniciou a amamentação Peso quando iniciou a amamentação Peso na alta hospitalar Tipo de AM na alta hospitalar Técnica de AM na alta hospitalar
Primária: Entrevista com a mãe no momento da alta hospitalar ou pelo telefone ou durante retorno no ambulatório no primeiro mês após a alta hospitalar	Dificuldades no AM durante hospitalização do prematuro Mãe se sentiu apoiada pela equipe de saúde para amamentar Tipo de AM durante primeiro mês no domicílio Técnica de AM na alta hospitalar Data do desmame
Primária: Entrevista com a mãe pelo telefone ou durante retorno no ambulatório aos seis meses de vida	Tipo de AM aos seis meses de vida Técnica de AM aos seis meses de vida Data do desmame

Houve algumas dificuldades operacionais para a coleta dos dados da prevalência do AM no M1, principalmente após a alta hospitalar do bebê. No hospital intervenção, a maioria dos prematuros, especialmente os pré-termo tardios, não teve retornos agendados dentro do primeiro mês de vida, sendo referenciado diretamente para as unidades básicas de saúde. Isto aconteceu no período da Copa do Mundo de 2014, no qual o ambulatório fechou alguns dias e o número de vagas para os retornos ficou restrito aos bebês com maior prioridade (pré-termo

extremos e moderados com complicações). Dessa maneira, a coleta de dados no primeiro mês pós-alta no hospital intervenção foi realizada por meio de contato telefônico com as mães em uma frequência muito maior que a esperada, apesar de previsto no projeto.

No hospital controle, a coleta de dados iniciou tardiamente devido a exigência de tramitar novamente o projeto pelo CEP do hospital, mesmo após a anuência deles e a aprovação do CEP da instituição preponente. Além disso, durante o período de recrutamento dos bebês, as unidades neonatais do hospital controle não receberam admissões de RN por duas semanas devido surto de infecção. Para não comprometer o recrutamento dos prematuros neste primeiro momento optou-se por estender a coleta de dados pelo mesmo período de tempo em que as unidades ficaram fechadas (duas semanas).

4.6.1.2 Coleta de dados da adesão às diretrizes da IHAC-Neo

A coleta de dados basais do nível de adesão à IHAC-Neo no hospital intervenção foi realizada no período de 11 de julho a 19 de setembro de 2014, por meio de entrevista estruturada com 21 mães de prematuros (11 mães cujos bebês ainda estavam internados e 10 mães cujos bebês já tinham recebido alta hospitalar), 01 diretor de enfermagem pediátrica e neonatal, 01 diretor da neonatologia, 41 profissionais de saúde que atuam diretamente nas unidades neonatais (06 enfermeiras, 22 técnicos/auxiliares de enfermagem, 06 médicos contratados, 01 fonoaudióloga, 01 assistente social, 03 residentes médicos de pediatria/neonatologia, incluindo os diretores de enfermagem e de neonatologia que também responderam ao questionário de membros da equipe, além do questionário específico de gerentes); e realização de quatro observações por três observadores externos em dias e períodos distintos, totalizando 68 instrumentos preenchidos.

No hospital controle, o período de coleta desses dados foi de 10 de outubro de 2014 a 19 de junho de 2015, totalizando 75 instrumentos, sendo 21 mães de prematuros (11 mães de bebês internados e 10 mães cujos bebês já estavam no domicílio), 01 diretor de enfermagem pediátrica e neonatal, 01 diretor da neonatologia, 49 profissionais de saúde (06 enfermeiras, 03 residentes de enfermagem materno-infantil, 24 técnicas/auxiliares de enfermagem, 06 médicos contratados, 04 residentes de medicina pediátrica/neonatal, 01 fisioterapeuta, 01 residente de fisioterapia, 01 terapeuta ocupacional, 01 psicóloga e os diretores de enfermagem e neonatologia, os quais também responderam ao questionário de membros da equipe); e três observações em períodos distintos realizado por duas observadoras externas.

Após a identificação e o sorteio dos profissionais, a pesquisadora e outra doutoranda treinada no hospital intervenção, e uma mestranda treinada no hospital controle, convidavam o profissional sorteado, apresentavam os objetivos da pesquisa e após consentimento informado, o participante 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.

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

A observação não participante foi realizada nas unidades neonatais do hospital intervenção por três enfermeiras: a pesquisadora; uma doutoranda e enfermeira atuante na área de neonatologia; e uma enfermeira com expertise na avaliação da IHAC convencional. Foram realizadas quatro visitas às unidades neonatais em períodos diversos e as observadoras entraram em consenso para o preenchimento do instrumento da observação. No hospital controle as observações foram realizadas pela pesquisadora e por uma mestranda também atuante na enfermagem neonatal e treinada para esta atividade. Neste hospital foram realizadas três visitas nas unidades com internações de neonatos e houve consenso entre as observadoras para o preenchimento do instrumento eletrônico.

A análise documental de ambos os hospitais foi realizada pela pesquisadora principal no hospital intervenção, auxiliada por uma doutoranda da área, e por uma auxiliar da pesquisa no hospital controle. Ocorreu em três dias, incluindo o contato com enfermeiras, médicos, residentes, gerentes das unidades e escriturários a fim de ter acesso à 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). Foram incluídos na análise documental protocolos clínicos; normas e rotinas das unidades neonatais; procedimentos operacionais padrão; folderes, cartilhas, cartazes e folhetos de orientação e informação tanto para a equipe quanto para as mães; relatórios técnicos e outros materiais presentes e utilizados nas unidades neonatais relacionados à promoção, proteção e apoio ao AM.

4.6.2 Implementação da IHAC-Neo guiada pela *Knowledge Translation*

A implementação dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno adaptados para as Unidades Neonatais e guiados pelos Três Princípios Norteadores da IHAC-Neo ocorreu apenas nas unidades neonatais do hospital intervenção. Para o engajamento efetivo dos profissionais da saúde em adotar e cumprir os novos passos da IHAC-Neo, é preciso que a equipe de saúde seja envolvida ativamente no processo de mudança da prática, incluindo identificar as práticas, 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 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). Portanto, o processo de mudança de práticas em ambientes de saúde, além de ser muito complexo, deve ser contínuo e dinâmico.

Em revisão integrativa sobre barreiras e facilitadores para a implementação da IHAC convencional, 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, estabelecer coordenadores nacionais, estabelecer sistemas formais de monitoramento para as taxas e práticas de AM e implementar estratégias de publicidade social para mudar as atitudes da população em relação ao AM. As recomendações intra e inter organizacionais estão relacionadas à adoção de estratégias de mudança eficazes que visem a cultura organizacional e as práticas clínicas como, líderes qualificados, recursos dedicados ao processo de implementação, plano estratégico reforçando o compromisso do administrador e equipe multidisciplinar, implementação flexível de mudança de práticas, abordagem de melhoria contínua da qualidade, entre muitos outros (SEMENIC et al., 2012).

Já em relação às dificuldades da implementação das adaptações que levaram à IHAC-Neo, existem outras barreiras atreladas às dificuldades de mudança das práticas clínicas. Estudo realizado no Canadá identificou como principais barreiras contextuais para esta implementação o estado de saúde do bebê, a separação entre pais e filhos, a carga de trabalho e padrões de trabalho da equipe de saúde, a falta de conhecimentos e habilidades da equipe e a falta de continuidade do apoio à amamentação (BENOIT; SEMENIC, 2014).

A efetividade de qualquer intervenção clínica, incluindo a IHAC-Neo, irá depender 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. Dessa forma, a implementação da intervenção nesta pesquisa está embasada no referencial teórico da KT, para facilitar a atualização, efetividade e a sustentabilidade de práticas inovadoras, norteadas pelo modelo conceitual PARIHS (*Promoting Action on Research Implementation in Health Services*), e a aplicação das estratégias EPIC (*Evidence-Based Practice Identification & Change*) (CANADIAN INSTITUTES OF HEALTH RESEARCH, 2011).

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, reconhecendo que existe uma ampla gama de interessados na KT, incluindo os gestores políticos, profissionais de saúde, pacientes, familiares, cuidadores informais, pesquisadores e indústrias. O interesse na KT tem aumentado drasticamente nos últimos anos devido ao 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).

Assim, a KT surgiu com o intuito 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 utilização do modelo PARIHS para a implementação da IHAC convencional foi recomendada em um artigo de revisão integrativa, visto que este modelo fornece orientações para a prática baseada em evidências efetivas nas mudanças, considera a natureza das evidências a serem implementadas, o contexto organizacional para a mudança e a abordagem organizacional para facilitar a mudança na prática. O uso deste modelo da KT, o qual foca no contexto, é essencial para o desenvolvimento de intervenções eficazes para apoiar a adoção da IHAC em diferentes ambientes de cuidado de saúde (SEMENIC et al., 2012). Dessa forma, acredita-se que este modelo também será altamente eficaz na implementação da IHAC-Neo, sendo escolhido para guiar o processo de implementação desta nova estratégia para o incentivo ao AM.

Assim, acredita-se que o processo de implementação de uma intervenção inovadora como a IHAC-Neo será melhor alcançado pela utilização de uma abordagem da KT, dentro de um processo coletivo e democrático, ao invés de uma abordagem impositiva e verticalizada. Este processo convida os profissionais a se responsabilizarem voluntariamente pela implementação e sustentação da prática inovadora.

Portanto, a implementação da IHAC-Neo no hospital intervenção requereu um plano estratégico, com avaliação sistemática para monitorar as melhorias da prática e o aprimoramento do cuidado. Dessa forma, esta implementação da intervenção foi guiada pela KT, norteadas pelo modelo conceitual PARIHS e a aplicação das estratégias EPIC a fim de obter mudanças na prática clínica na área da saúde.

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 (RYCROFT-MALONE et al., 2002; CANADIAN INSTITUTES OF HEALTH RESEARCH, 2011). As principais características e premissas do modelo PARIHS são: as evidências 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 do que outros; e a necessidade de uma facilitação apropriada para melhorar a probabilidade de sucesso (KITSON et al., 2008; NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR METHODS AND TOOLS, 2011).

A estratégia EPIC, guiada pelo modelo conceitual PARIHS, desenvolvida originalmente por Lee et al. (2009) e, posteriormente, adaptada por Stevens (2009), 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).

Assim, a estratégia EPIC personaliza as intervenções e estratégias de implementação para maximizar o potencial de melhoria em cada hospital, enquanto fornece liderança e apoio dos pares para os esforços de melhoria contínua, sempre reconhecendo a importância do contexto local (CRONIN et al., 2011).

Estudo realizado em UTIN canadenses encontrou que a implementação do método EPIC para a melhoria da qualidade do cuidado diminuiu a incidência de infecção hospitalar e displasia broncopulmonar nessas unidades intensivas. Os participantes da pesquisa obtiveram consenso de que a EPIC constitui método útil para alcançar a melhoria e foi implementada efetivamente; propiciou grande oportunidade de aprendizagem e a natureza colaborativa foi fundamental para o sucesso. Além disso, esta estratégia permitiu mudar a prática dentro de um tempo muito curto e com ferramentas de auditoria simples. Por outro lado, a incapacidade do acesso aos dados para *feedback* em tempo útil, a falta 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 (CRONIN et al., 2011).

Ademais, qualquer estratégia designada para abordar e minimizar as barreiras encontradas no processo de mudanças na prática clínica deve considerar o contexto da organização e do sistema de saúde no qual a mudança está acontecendo. Após a implementação dessas estratégias, o seu impacto nos serviços de saúde também deve ser avaliado (ELLEN et al., 2014).

A tomada de decisão baseada em evidências científicas ainda não é uma constante nos serviços de cuidados à saúde brasileiros e pode ser considerada um desafio para os gestores desses serviços. Recursos financeiros e humanos limitados, limitação de tempo, atitudes negativas ou resiliência para mudança e rotatividade da equipe foram as principais barreiras para a implementação de suportes para a tomada de decisão baseada em evidências científicas nas organizações de saúde canadenses. Ao contrário, os facilitadores identificados no estudo de Dogherty et al. (2013) foram o interesse dos gestores do sistema de saúde, a disposição dos mesmos para investir dinheiro e recursos e criar uma cultura da KT em longo prazo nas organizações de saúde.

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, fácil de usar, relevantes para a prática, para os usuários e para o contexto local; desenvolvimento de parcerias com a participação

dos principais interessados e equipe envolvida; equipe multidisciplinar; plano estratégico exigido antecipadamente; recursos assegurados; uso de múltiplas estratégias; manejo de conflitos; acompanhamento, *feedback* e avaliação dos resultados; desenvolvimento de capacidades para a sustentabilidade e melhoria contínua (DOGHERTY et al., 2013).

Os atributos, habilidades e conhecimentos necessários para uma facilitação de sucesso são: capacidade de gerar confiança e de envolver os indivíduos no processo de mudança; habilidades de mediar conhecimentos, relacionamentos e apoio em todos os níveis; ser respeitoso, paciente flexível e mente aberta; ter credibilidade, senso de humor e uma rede de apoio; ter comunicação eficaz, resistente, audaciosa, visionária; possuir habilidades de relacionamento interpessoais, administração, organização, liderança, ensino e formação de equipe; ser autêntico, tenaz e experiente nas políticas; ser um especialista na clínica e no processo, mas não necessariamente ser um especialista no conteúdo (DOGHERTY et al., 2013).

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 (BERNARDI et al., 2010). Tal método também está em consonância com a proposta do MS para esta melhoria contínua da qualidade (BRASIL, 2005). Dessa forma, no momento da implementação, algumas etapas operacionais foram seguidas:

- Etapas 1: Antes da implementação propriamente dita, foram organizados todos os dados coletados no M1 na unidade intervenção, a fim de serem utilizados pelos participantes para a discussão e consenso sobre a implementação dos Dez Passos da IHAC-Neo durante esse processo. Foi ministrado também um curso de capacitação para os profissionais e os diretores das unidades neonatais do hospital intervenção ministrado pelas pesquisadoras e a sensibilização quanto aos Princípios e Passos da IHAC-Neo. No hospital controle foi ministrada uma palestra sobre a IHAC-Neo.

- Etapas 2: Inclui a fase de Preparação da estratégia EPIC, envolvendo a formação voluntária do Conselho de Pesquisa e Prática (CPP), que estabelece um consenso sobre as práticas que requerem mudança para implementar os Três Princípios Norteadores e os Dez Passos da IHAC-Neo, baseado nos dados basais e na melhor evidência científica. Os membros do CPP são aqueles que tomam a liderança, podem influenciar a mudança na prática e possuem uma visão comum para a mudança e é constituído por representantes voluntários da equipe multidisciplinar.

O CPP foi inicialmente constituído por 12 membros, sendo uma enfermeira da UTIN, duas enfermeiras da UCIN, uma enfermeira do alojamento conjunto/obstetrícia, uma enfermeira do ambulatório de neonatologia, uma técnica de enfermagem da UTIN, uma técnica de enfermagem da UCIN, uma fonoaudióloga, uma biomédica responsável pelo BLH, uma médica neonatologista da UTIN, uma médica neonatologista da UCIN, uma médica neonatologista do alojamento conjunto. Com o desenvolver da pesquisa, alguns membros foram substituídos por questões pessoais ou por remanejamento de cargos e/ou unidades de atuação no hospital (médica da UCIN, enfermeira do ambulatório, enfermeira da UCIN, enfermeira da UTIN, técnicas de enfermagem da UCIN e da UTIN) e outros profissionais foram inseridos ao grupo para contribuir no processo de trabalho do CPP (inserção de uma enfermeira do BLH, uma terapeuta ocupacional, um médico da UTIN, uma enfermeira da UCIN), de acordo com sugestões e consenso do grupo.

Conforme modelo PARIHS adotado, a pesquisadora deste estudo, juntamente com uma docente, coordenadora da região Sudeste no projeto multicêntrico ao qual este doutorado está vinculado, e com outra doutoranda e enfermeira do hospital, atuaram como facilitadoras do processo de implementação da IHAC-Neo guiada pela KT. Assim, estas pesquisadoras envolvidas no projeto promoveram inicialmente uma capacitação de todos os membros do CPP para aprofundamento nos Princípios e Passos da IHAC-Neo, desenvolvimento das metas, localização e interpretação das evidências disponíveis para basear as decisões na melhor evidência científica, além das estratégias EPIC e do referencial de KT.

Na fase de Identificação e Implementação, os membros do CPP elaboravam um plano para uma mudança da prática baseado nas evidências científicas e no que foi acordado com a equipe, testavam a mudança utilizando estratégias de KT, analisavam os resultados e elaboravam um plano de ação baseado em um processo interativo. Assim, os membros do CPP se reuniam e obtinham um consenso sobre as mudanças necessárias possíveis para cada passo; as evidências científicas para o AME do prematuro; a implementação das mudanças práticas conforme prioridade; e seleção de uma mudança e articulação com uma meta coerente e factível. Com o consenso sobre as práticas e prioridades potencialmente úteis para a implementação da mudança, os profissionais da equipe de saúde da unidade implementaram mudanças simples ou múltiplas, por meio das estratégias de KT selecionadas em ciclos rápidos baseados na estratégia PDCA (BERNARDI et al., 2010).

Foram necessários quatro ciclos para resultar na mudança das práticas das unidades neonatais em conformidade com a IHAC-Neo, os quais foram norteados pelos Três Princípios Norteadores e tendo como foco os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno do

premature. Os passos trabalhados em cada ciclo foram analisados e escolhidos pelos próprios membros do CPP, com período de três a quatro meses para finalizar cada ciclo, podendo se estender para outro ciclo. 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. O CPP assumiu a liderança no cumprimento dos passos para a implementação das mudanças, enquanto os pesquisadores proporcionavam treinamento, *feedback*, assessoria e recursos (facilitação).

As reuniões presenciais ocorreram sempre no período de trabalho dos profissionais de saúde das unidades neonatais e membros do CPP, geralmente às quintas-feiras no período da manhã, com duração média de uma hora e 30 minutos. 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 foi variável visto que dependia diretamente do processo de trabalho nas unidades neonatais para sua saída para a reunião.

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 perpassou 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 presenciais para os passos 4 e 18 reuniões para o Passo 9.

No terceiro ciclo, iniciado em setembro de 2015, o CPP optou por continuar trabalhando os passos 7 e 9 que ainda não haviam atingido a meta pactuada e 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 presenciais.

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, algumas auditorias ainda foram realizadas para a finalização dos indicadores preestabelecidos e para analisar o cumprimento ou não dos passos. 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.

- Etapa 3: 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.

No Apêndice E destaca-se resumidamente os temas e passos discutidos nas reuniões presenciais e o quantitativo de membros do CPP e a participação dos facilitadores durante as reuniões realizadas durante a implementação da intervenção IHAC-Neo.

Após esta descrição sucinta da implementação da IHAC-Neo, apresenta-se a seguir os procedimentos de coleta de dados durante essa fase tanto na unidade intervenção (dados

qualitativos do processo) como no controle (dados qualitativos das mudanças nas práticas dirigidas ao AM). A análise do processo de implementação desta estratégia guiada pelo referencial da KT constitui objeto de estudo de outra investigação vinculada ao projeto multicêntrico.

4.6.2.1 Dados qualitativos do processo de implementação da IHAC-Neo

Para monitorar quaisquer fatores contextuais ou eventos inesperados que pudessem influenciar os resultados do estudo, bem como permitir uma maior compreensão dos resultados da prevalência do AME em prematuros e adesão às diretrizes da IHAC-Neo, optou-se por incluir dados qualitativos coletados secundariamente durante a execução da pesquisa. A pesquisadora, juntamente com as auxiliares de pesquisa do hospital controle e as facilitadoras do processo de implementação da IHAC-Neo na unidade intervenção coletaram dados qualitativos utilizando um diário de campo para anotações detalhadas ao longo de todo o período de execução da pesquisa, em ambos os hospitais participantes.

Algumas vezes, os resultados de um estudo podem fornecer uma compreensão incompleta do problema de pesquisa e existe uma necessidade de maiores explicações. Uma típica situação é quando os dados quantitativos requerem uma explicação do que eles realmente significam. Os resultados quantitativos podem interligar explicações das relações entre variáveis, porém mais detalhes da compreensão do que estes testes estatísticos ou tamanho do efeito na realidade significam podem não serem suficientes (CRESWELL; CLARCK, 2011). Apesar de não considerar este estudo misto (com abordagem quantitativa e qualitativa) pelo fato de não apresentar coleta e técnicas sistematizadas dos dados qualitativos, acredita-se que a inclusão de informações qualitativas nesta pesquisa pode auxiliar numa melhor compreensão e entendimento dos resultados primários apresentados, visto que o ato de amamentar, especialmente um bebê prematuro, é extremamente multifatorial e associado à diversos condicionamentos.

As informações documentadas no diário de campo incluíram: mudanças no gerenciamento e no processo de trabalho das unidades neonatais; alterações nos protocolos ou rotina de cuidados neonatais; realização de educação continuada sobre o tema de cuidados neonatais, família e promoção do AM; questões, preocupações e decisões tomadas pela equipe de liderança das unidades neonatais do hospital intervenção durante as reuniões do CPP; *feedback* fornecidos aos membros do CPP quanto ao progresso alcançado em relação aos objetivos e metas estabelecidos durante a fase de implementação da IHAC-Neo; as percepções gerais do

pesquisador e dos facilitadores do processo quanto às barreiras e facilidades para a implementação de cada um dos Dez Passos da IHAC-Neo durante toda a fase de intervenção.

No hospital intervenção, os registros no diário de campo foram feitos pela pesquisadora e facilitadoras do processo de implementação da IHAC-Neo (uma aluna de doutorado e uma docente da área de enfermagem neonatal, coordenadora da região Sudeste do projeto multicêntrico), durante as reuniões do CPP e durante os acontecimentos ocorridos em todo o período de execução da pesquisa. Posteriormente, estas anotações foram transcritas em documento Word.

Além disso, as três facilitadoras do processo de implementação, quem estavam presentes durante todo o processo de decisão e encaminhamentos das ações para mudanças de práticas neste hospital, foram convidadas a fornecer por escrito suas percepções das principais barreiras e facilitadores para se implementar cada um dos Dez Passos no hospital intervenção. As três facilitadoras participantes estavam envolvidas diretamente na pesquisa, visto que uma era coordenadora da região Sudeste no projeto multicêntrico e duas eram pesquisadoras (doutorandas) também vinculadas a este projeto. As respostas das três facilitadoras foram integradas e resumidas em uma tabela para interpretação e foram analisadas pela pesquisadora sob o olhar da multifatorialidade do AM em prematuros, incluindo as suas diversas dimensões, como recursos humanos, estrutura física, ambiente, processo de trabalho, conhecimentos e atitudes da equipe e dos pais, tempo de implementação da intervenção, continuidade no apoio à amamentação e lactação, treinamento e educação da equipe de saúde, cuidado centrado na família, entre outras.

No hospital controle as anotações no diário de campo foram feitas pelas auxiliares de coleta treinadas durante toda a execução do projeto, conforme os acontecimentos e as impressões das auxiliares em relação às mudanças na prática de promoção, proteção e apoio ao AM em prematuros. Além disso, durante o período de implementação da intervenção IHAC-Neo no hospital intervenção (16 meses), foi preenchido um roteiro de monitoramento apenas do hospital controle (APÊNDICE F), a cada três meses, mediante visita às unidades neonatais. Foram realizadas cinco monitorizações (março, junho, setembro, dezembro de 2015 e março de 2016), cujos dados foram coletados com enfermeiras supervisoras e a chefia de enfermagem das unidades neonatais e com a coordenação do BLH do hospital controle, o qual é muito atuante e responsável pela educação continuada de todos os setores materno-infantis do referido hospital.

Este instrumento de monitoramento da unidade controle foi desenvolvido por uma pesquisadora na área de neonatologia e coordenadora regional do projeto multicêntrico e foi

validado por outras pesquisadoras da área para uso no referido projeto. Apresenta sete perguntas abertas e fechadas sobre recertificação da IHAC convencional; implantação de novos protocolos e rotinas voltadas para o AM; realização de cursos, capacitações e treinamentos para promoção, proteção e apoio à amamentação; educação continuada sobre AM; além de contratações ou demissões nas unidades neonatais nos últimos três meses. Todas estas informações também foram sumarizadas e analisadas pela pesquisadora de acordo com a temporalidade dos acontecimentos e os resultados da prevalência do AM e da adesão do hospital às práticas da IHAC-Neo apresentados pelas unidades participantes.

4.6.3 Coleta de dados no M2 (após a implementação da IHAC-Neo no hospital intervenção)

O segundo momento de coleta de dados, denominado M2, foi iniciado um mês após o fim do processo de implementação da intervenção IHAC-Neo no hospital intervenção. Os pesquisadores coletaram as mesmas variáveis e indicadores de prevalência do AM, condições de saúde dos prematuros, variáveis maternas e a adesão às diretrizes da IHAC-Neo, mensurados no M1, tanto no hospital intervenção quanto no hospital controle, com os mesmos instrumentos, roteiros e métodos.

4.6.3.1 Coleta de dados da prevalência do AM, variáveis maternas e condições de saúde do prematuro

A coleta de dados da prevalência do AM, das variáveis maternas e das condições de saúde do prematuro no M2 foi realizada de maneira eletrônica pelo *tablet* por meio do aplicativo *iForm – Zerion Software Inc.*, conforme mencionado anteriormente. A plataforma foi testada inúmeras vezes quanto sua funcionalidade e praticidade para a coleta dos dados pela pesquisadora e contou com a assessoria de um técnico de informática para o gerenciamento desta plataforma eletrônica. Todas as questões e opções de preenchimento presentes no instrumento utilizado no M1 foram mantidas nesta ferramenta eletrônica no M2. Após o término da coleta de dados pós-intervenção, o técnico de informática responsável transferiu todos os dados coletados para o *software* SPSS 21.0.

O recrutamento para os participantes da pesquisa nesta fase no hospital intervenção ocorreu no período de 09 de maio a 09 de setembro de 2016 e no hospital controle ocorreu no

período de 14 de julho a 14 de novembro de 2016. As coletas de dados até os seis meses de vida dos bebês finalizaram em fevereiro de 2017 no hospital intervenção e maio de 2017 no controle.

Inicialmente, o recrutamento dos prematuros no M2 deveria ocorrer por um período de três meses, como ocorrido no M1; porém, o número de bebês que tiveram alta no período dos três primeiros meses foi muito pequeno comparado à primeira coleta e as pesquisadoras optaram por ampliar o recrutamento para mais um mês, em ambos os hospitais. Assim, no M2, o recrutamento dos prematuros para a pesquisa ocorreu no período de quatro meses, incluindo-se aqueles que tiveram alta hospitalar nesse período e atendiam aos critérios de inclusão. Após o fim do recrutamento, os prematuros selecionados também foram acompanhados no primeiro mês após a alta e aos seis meses de vida.

Os dados da prevalência do AM no M2 foram coletados pela pesquisadora e mais uma auxiliar de pesquisa (pós-graduanda em enfermagem que já havia participado da coleta no M1) no hospital intervenção e por uma auxiliar de pesquisa (pós-graduanda em enfermagem) no hospital controle. Antes do início da coleta foram realizadas novas reuniões e treinamentos, presenciais e por tecnologias à distância, para a capacitação das auxiliares de pesquisa quanto aos procedimentos operacionais e ao preenchimento da plataforma eletrônica.

Os procedimentos operacionais realizados pelas assistentes de pesquisa e pela pesquisadora para o recrutamento das mães e prematuros e para a coleta de dados durante a hospitalização, no primeiro mês após a alta e aos seis meses de vida foram exatamente os mesmos que os realizados no M1, incluindo as visitas diárias às unidades neonatais, análise dos livros de admissão e alta, preenchimento de quadro controle dos incluídos na pesquisa (APÊNDICE B), verificação no sistema dos retornos ambulatoriais, preenchimento do quadro controle do acompanhamento das coletas aos seis meses de idade pós-natal (APÊNDICE D).

Assim como no M1, houve algumas dificuldades operacionais para a coleta dos dados no M2 da prevalência do AM, principalmente os retornos ambulatoriais dos prematuros serem programados após o primeiro mês de alta hospitalar e a dificuldade de encontrar as mães no retorno ambulatorial, sendo que a grande maioria das entrevistas no pós-alta foi realizada via contato telefônico. Houve também nova tramitação da pesquisa no CEP do hospital controle para a coleta de dados no M2 devido exigências institucionais, mesmo com a aprovação anterior do projeto, o que atrasou o início dessa coleta no controle em dois meses.

4.6.3.2 Coleta de dados da adesão às diretrizes da IHAC-Neo

Para a coleta de dados da adesão dos profissionais à IHAC-Neo no M2 foi necessário realizar um dimensionamento do quantitativo de profissionais da saúde que foram entrevistados no M1 e que continuavam trabalhando diretamente no cuidado aos neonatos nas unidades neonatais no M2. Este levantamento foi necessário para dimensionar as perdas de profissionais nesta fase, visto que os mesmos profissionais deveriam ser entrevistados nos dois momentos.

No hospital intervenção, houve perda de 03 residentes médicos (término da residência), 04 técnicas de enfermagem (demissão e transferência de setor), 01 gerente de enfermagem (transferência de setor) e 01 enfermeira (demissão). No controle, houve perdas de 08 técnicas/auxiliares de enfermagem (término do contrato), 03 residentes de enfermagem (término da residência), 04 residentes médicos (término da residência) e 01 residente de fisioterapia (término da residência).

Para a substituição destas perdas foi realizado um sorteio de novos profissionais de saúde por categoria profissional para as entrevistas de adesão à IHAC-Neo, em substituição aos profissionais que não estavam mais atuando nas unidades neonatais (perdas), para manter a amostragem estabelecida conforme orientação profissional estatística.

Novamente, houve capacitação, treinamento e supervisão de auxiliares de pesquisa para a coleta destes dados no M2 em ambas as unidades, inclusive com o auxílio de tecnologias à distância. A técnica de entrevista e os procedimentos operacionais realizados para a coleta de dados com profissionais, gerentes, mães, observações externas e análises documentais da adesão à IHAC-Neo foram as mesmas do M1.

A coleta de dados da adesão à IHAC-Neo no M2 por meio de entrevistas com os profissionais e mães, análise documental e observação externa, iniciou em 02 de junho e finalizou em 16 de novembro de 2016, no hospital intervenção, e em 01 de agosto finalizando em 09 de dezembro de 2016, no hospital controle.

No hospital intervenção foram entrevistadas 21 mães de prematuros (10 mães de bebês que estavam próximos da alta hospitalar e 11 mães cujos bebês já estavam no domicílio há no máximo um mês) e 41 profissionais de saúde que estavam atuando diretamente nos cuidados neonatais (06 enfermeiras, 22 técnicas/auxiliares de enfermagem, 06 médicos contratados, 01 fonoaudióloga, 01 assistente social, 03 residentes médicos de pediatria/neonatologia), acrescidos do diretor de enfermagem e o da neonatologia que também responderam tanto ao questionário de gerentes quanto de membros da equipe. Realizado três observações das

unidades neonatais em dias e horários diferentes por duas observadoras externas (pesquisadora principal e doutoranda da área de neonatologia), capacitadas para tal atividade e que já haviam realizado a observação no M1, além do preenchimento das questões referentes à análise documental das unidades. Com isto, totalizaram 67 instrumentos eletrônicos preenchidos.

No hospital controle foram preenchidos 72 instrumentos eletrônicos sendo, 21 de entrevistas com mães (10 mães de bebês próximos à alta hospitalar e 11 mães com bebês que já haviam recebido a alta no último mês); 01 entrevista com o diretor de enfermagem pediátrica e neonatal (o diretor médico estava de licença durante todo o período da coleta de dados); 47 de entrevistas com profissionais de saúde (06 enfermeiros, 22 técnicas/auxiliares de enfermagem, 07 médicos contratados, 03 residentes de enfermagem, 03 residentes médicos de pediatria/neonatologia, 01 fisioterapeuta, 01 residente de fisioterapia, 01 nutricionista, 01 psicóloga, 01 terapeuta ocupacional e 01 diretor de enfermagem que respondeu tanto o questionário de gerentes quanto o de integrantes da equipe); três observações em períodos distintos realizadas por duas observadoras externas e capacitadas (duas doutorandas da área de neonatologia), uma delas já havia participado da observação no M1; e mais o instrumento da análise documental realizada pelas mesmas observadoras externas.

4.7 Análise dos dados

Todos os dados da prevalência do AM, variáveis maternas e condições de saúde do prematuro coletados no papel no M1 foram digitados no *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 21.0 por duas pessoas independentes e treinadas (dupla digitação). No M2 estes dados foram coletados eletronicamente pelo aplicativo *iForm* no *tablet* e foram transferidos para o banco de dados do SPSS com as mesmas variáveis do M1. Para o controle de qualidade destes dados foi realizado a dupla digitação no SPSS dos dados do M1, uma análise descritiva prévia para identificar erros de digitação e *outliers* e, por fim, a análise e correções dos dados inconsistentes do banco de dados nos dois momentos (1 e 2).

Para a categorização das variáveis coletadas de forma descritiva no instrumento da prevalência utilizou-se como base as categorias presentes no estudo de Leite (2014), o qual utilizou o mesmo instrumento, com exceção da coleta aos seis meses de idade pós-natal do bebê. As variáveis descritivas relacionadas aos seis meses (facilidades e dificuldades enfrentadas no processo de amamentação) não foram categorizadas segundo o estudo de Leite (2014) por não incluir estas variáveis, sendo categorizadas neste estudo conforme critérios da pesquisadora.

A fim de diminuir a subjetividade da categorização de todos os dados descritivos realizada pela pesquisadora, enviou-se para três enfermeiras com expertise na área de neonatologia e metodologia qualitativa uma tabela contendo as categorias utilizadas e as respostas descritivas que foram inseridas em cada categoria, separados em hospitais intervenção e controle. As enfermeiras convidadas sugeriram algumas mudanças de respostas para outra categoria e de ampliação de algumas categorias, o que foi acatado pela pesquisadora conforme pertinência. Após a adaptação das mudanças sugeridas, a nova categorização foi reenviada às enfermeiras convidadas a fim de concordarem com a versão final.

Nesta pesquisa, optou-se por utilizar o prematuro como a unidade de análise e, portanto, todas as análises descritivas consideraram o número total de prematuros participantes em cada período e em cada hospital. Cada prematuro tinha um instrumento de coleta de dados individual e as informações maternas nos prematuros gemelares e trigemelares foram repetidas nos instrumentos e no banco de dados.

Assim, todos os bebês participantes desta pesquisa foram compilados em um único banco de dados, ou seja, os prematuros do hospital intervenção e do hospital controle em ambos os momentos de coleta (M1 e M2), totalizando 162 prematuros no ponto de coleta da alta hospitalar, 160 prematuros no ponto de coleta durante o primeiro mês após a alta, e 153 prematuros no ponto de coleta aos seis meses de vida.

Foi realizado também a identificação dos dados faltantes no banco de dados e a realização da imputação única desses dados. A realização da imputação de dados foi realizada apenas para as variáveis selecionadas para a análise de regressão logística. Na variável contínua (número de consultas de pré-natal) os valores faltantes foram substituídos pela média do grupo ao qual ele pertencia (intervenção ou controle no M1 ou M2); e para as variáveis categóricas (renda mensal da família e presença de dificuldades para amamentar durante a hospitalização), os valores imputados foram aqueles mais prevalentes no grupo pertencente (moda). Não foi realizado imputação dos dados nas variáveis de desfecho (tipo de AM no primeiro mês após a alta e aos seis meses de vida) deste estudo, considerando perdas de seguimento dos participantes.

Estratégias para lidar com os dados faltantes de um estudo podem aumentar o tamanho efetivo do conjunto de dados e permitir a inclusão de mais preditores no modelo (HARREL, 2001). Os métodos de imputação única apresentam ganhos nos resultados em relação à análise de casos completos, apesar desse método poder reduzir a variabilidade amostral por imputarem valores centrais da distribuição para os participantes com dados faltantes (LITTLE; RUBIN, 2002).

Optou-se por utilizar a imputação única de acordo com a proporção de dados faltantes nas variáveis, segundo Harrel (2001), que define o uso da imputação única ou a análise somente dos dados completos se a proporção dos dados faltantes for menor ou igual a 0,05; uso da imputação única sem problemas ou a imputação múltipla para proporção entre 0,05 a 0,15; e uso da imputação múltipla para proporções maiores ou iguais a 0,15. No caso deste estudo, as três variáveis imputadas (número de consultas de pré-natal, renda familiar e complicações no AM durante a hospitalização) apresentaram proporção menor que 0,15 (variando de 0,02 a 0,12), o que justifica o uso da imputação única (HARREL, 2001) para os dados faltantes.

Inicialmente foram examinados a distribuição das principais características sociodemográficas, maternas e neonatais por meio da análise descritiva das variáveis coletadas no instrumento da prevalência do AM, variáveis maternas e condições de saúde dos prematuros. Para a descrição dos resultados das variáveis categóricas foram utilizadas distribuições de frequências e para as variáveis quantitativas, média, mediana, desvio-padrão e valores mínimo e máximo.

Para testar a homogeneidade dos hospitais em relação às variáveis de caracterização (comparações intragrupos e intergrupos) foram realizados teste Qui-quadrado ou teste Exato de Fisher para as variáveis categóricas e teste de Mann-Whitney para as variáveis contínuas.

Para responder os objetivos de comparar hospitais e momentos de coleta em relação à prevalência do AME e ainda identificar os preditores do AME em prematuros, foi realizado modelo de regressão logística com efeitos aleatórios, bruto e ajustado.

A escolha para a regressão logística com efeitos aleatórios se deu pelo fato de se manter todos os bebês gemelares (21 gêmeos) e trigemelares (3 trigêmeos) na amostra. Assim, para controlar as medidas repetidas das mães por razão da gemelaridade dos bebês, foi utilizado o modelo de regressão logística com efeitos aleatórios pertencentes à classe dos modelos GEE (*Generalized Estimating Equations*). A comparação entre os fatores prognósticos quanto ao AME foi feita através deste modelo, o qual representa a relação não linear entre a variável resposta e as covariáveis (DAVIDIAN; GILTINAN, 1995), com o auxílio do *software Statistical Analysis System* (SAS) 9.2.

Além disso, para as análises de regressão logística, o desfecho “tipo de alimentação láctea” foi dicotomizado em AME (incluindo o AMP, o qual não oferece outros tipos de leite além do materno apesar do bebê poder receber água, bebidas à base de água, suco de frutas, medicamentos e xaropes) e não AME (AM ou não AM ou AM com alimentação complementar ou não AM com alimentação complementar) na alta hospitalar, no primeiro mês pós-alta e aos

seis meses de idade pós-natal dos prematuros. Optou-se por manter o AME e o AMP na mesma categoria pois em ambos, os bebês só recebem leite humano e por haver pouca frequência do AME na amostra deste estudo.

A escolha das variáveis neonatais e maternas para a inclusão na regressão bruta foi baseada na prática clínica e na vasta literatura sobre o tema (PINEDA, 2011b; AZEVEDO; CUNHA, 2013; MAMEMOTO et al., 2013; BRIERE et al., 2014; MAASTRUP et al., 2014b; ERICSON et al., 2016; LUZ, 2016; WILSON et al., 2017). As variáveis neonatais selecionadas para a regressão univariada foram idade gestacional (dias); peso ao nascer (gramas); peso na alta hospitalar (gramas); duração da internação (dias) e presença de patologias e/ou complicações de saúde durante o período de hospitalização do bebê. Outras variáveis neonatais como o tempo de uso de suporte ventilatório e oxigenoterapia, idade da primeira alimentação láctea do prematuro, o início da amamentação (primeira mamada no peito para se alimentar), a idade pós-natal e corrigida e o peso na ocasião do início da amamentação não foram incluídos como covariáveis a serem analisadas por se entender que estas variáveis são altamente correlacionadas à idade gestacional, ao peso ao nascer e às patologias e complicações ocorridas durante a hospitalização, optando por utilizar estas últimas três variáveis nas análises. Quanto às variáveis maternas e obstétricas, foram investigadas idade materna; nível de escolaridade da mãe; estado civil; renda familiar; mãe trabalha fora de casa; experiência prévia no AM; tipo de gestação (única ou múltipla); e se houve dificuldades em amamentar seu filho durante o período de hospitalização. Além destas, também foram incluídas as variáveis hospital (intervenção e controle) e momento de coleta (M1 e M2) e a interação entre ambas na regressão logística.

Paralelamente foi realizada a matriz de correlação (coeficiente de correlação de Sperman para as variáveis contínuas e teste Qui-quadrado para as variáveis categóricas) no *software* SPSS 21.0 para as variáveis previamente escolhidas a fim de avaliar a presença de colinearidade. Nenhuma das variáveis obteve alta correlação nesta amostra e assim, todas as variáveis escolhidas foram mantidas no modelo de regressão logística.

Para a análise ajustada foram escolhidas apenas as variáveis que apresentaram $p \leq 0,25$ no modelo de regressão bruta. As regressões bruta e ajustada com efeito aleatório foram realizadas no *software* SAS 9.2.

Portanto, os *softwares* utilizados nas análises deste estudo foram o SPSS 21.0 e SAS 9.2. Para todas as análises adotou-se um nível de significância de 5%.

Para responder ao objetivo referente à comparação de adesão às diretrizes da IHAC-Neo nos dois hospitais e nos dois momentos de coleta, foram apresentadas a adesão aos Dez Passos,

Três Princípios Norteadores e ao Código contidos na IHAC-Neo nos dois hospitais e nos dois momentos de coleta no mesmo hospital por meio de gráficos. 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).

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 se obter o percentual de adesão multiplicou-se o escore obtido por 100, quando o escore máximo é 1 (parciais dos Dez Passos – Passo 1 a 10, parciais dos Três Princípios Norteadores – Princípio 1 a 3 e Código), enquanto que o percentual de adesão global foi calculado pela média desses percentuais parciais.

Devido impossibilidade da realização de testes estatísticos, uma vez que se considera como unidade de análise da adesão às diretrizes da IHAC-Neo o hospital em que está sendo investigado (neste estudo, apenas dois hospitais participantes), foi realizado apenas a comparação descritiva das mudanças nos escores de adesão aos Dez Passos, Três Princípios Norteadores e ao Código entre os momentos 1 e 2 (M1 – M2) no hospital intervenção e no hospital controle.

4.8 Aspectos éticos

As anuências das duas instituições de saúde para a realização da pesquisa em suas dependências, inclusive nos ambulatorios de seguimento dos prematuros, foram providenciadas e autorizadas pelos respectivos responsáveis.

Considerando que esta pesquisa integrou projeto mais amplo, multicêntrico, realizado nas cinco regiões do país, o projeto foi submetido à análise e à aprovação pelo CEP da instituição proponente e foi aprovado sob parecer nº 553.935 e CAAE nº 23975813.7.1001.5393 (ANEXO A), atendendo aos aspectos éticos previstos na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012a). Pelo fato deste projeto ampliar a coleta de dados com os prematuros aos seis meses de idade pós-natal, o que não estava previsto no projeto multicêntrico, foi submetida e aprovada uma emenda pelo CEP responsável, através da Plataforma Brasil sob parecer nº 914.135 (ANEXO B).

Foi 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 TCLE para todos os

participantes – profissionais de saúde do hospital intervenção (APÊNDICE G), profissionais de saúde do hospital controle (APÊNDICE H) e mães de prematuros internados nas unidades neonatais dos dois hospitais (intervenção e controle) (APÊNDICE A) e, em caso de mães adolescentes, também foi solicitada autorização e assinatura do responsável. Uma via do TCLE assinado com todas as informações da pesquisa e contato da pesquisadora responsável foi entregue aos participantes.

5 Resultados

Os resultados deste estudo estão apresentados em três sessões: a primeira, tem como foco o tipo de alimentação, a prevalência e os fatores preditores do AME, portanto articulada ao primeiro e terceiro objetivos específicos; a segunda, trata do nível de adesão às diretrizes da IHAC-Neo, em consonância com o segundo objetivo específico; a terceira, contém dados qualitativos do processo de implementação da IHAC-Neo, bem como sobre os acontecimentos e impressões que ocorreram ao longo de toda a pesquisa nos dois hospitais, a fim de auxiliar na compreensão deste processo e dos resultados obtidos nas duas primeiras sessões.

5.1 Tipo de alimentação e prevalência do AME em prematuros na alta, no primeiro mês pós-alta e aos seis meses de vida

A caracterização dos prematuros participantes desta pesquisa, bem como de suas mães, está apresentada conforme o hospital em que nasceram e foram mantidos hospitalizados nas unidades neonatais (hospital intervenção e hospital controle) e o momento em que participaram da coleta (M1 e M2).

Conforme mencionado anteriormente, a unidade de análise realizada nesta pesquisa foi o prematuro.

5.1.1 Caracterização da amostra

No hospital intervenção

No hospital intervenção antes da implementação da IHAC-Neo, M1, 52 prematuros e 48 mães foram incluídos neste estudo, visto que participaram quatro pares de gêmeos neste momento. No M2 da coleta de dados no hospital intervenção, após a implementação da IHAC-Neo nas unidades neonatais, participaram 49 prematuros e 43 mães, sendo quatro gêmeos e um trigêmeos.

Os prematuros tinham mães com idade de 15 a 43 anos, média de 27,6 ($\pm 7,3$) e mediana de 26,0 anos, no M1, variabilidade de 14 a 41 anos, média de 26,4 ($\pm 6,0$) e mediana de 26,0 anos, no M2. Houve predomínio de prematuros cujas mães tinham oito anos ou mais de

escolaridade (M1=61,5% – 32; M2=65,3% – 32), casada/união consensual (M1=71,2% – 37; M2=53,1% – 26) e que não trabalhavam fora de casa (M1=50,0% – 26; M2=59,2% – 29).

Os prematuros tinham pais com idade variando de 18 a 53 anos, média de 30,9 ($\pm 8,0$) e mediana 30,0 anos; 55,7% (29) com oito anos ou mais de escolaridade, no M1. No M2, a idade paterna variou de 19 a 47 anos com média de 29,3 ($\pm 6,7$) e mediana de 29,0 anos; 51,0% (25) dos pais tinham oito anos ou mais de escolaridade. A renda da família do prematuro mais prevalente no M1 foi menor ou igual a dois salários mínimos (71,2% – 37) e no M2 foi maior que dois salários mínimos (61,2% – 30).

Na gestação atual, um prematuro cuja mãe não realizou pré-natal nos dois momentos (M1=1,9%; M2=2,0%) e o número de consultas variou de 1 a 15, média 7,1 ($\pm 3,1$) e mediana de 7,0 no M1; variabilidade de 2 a 34 consultas, média de 8,5 ($\pm 5,4$) e mediana de 7,0 consultas no M2; predominou a realização de consultas de pré-natal em UBS e hospital (M1=36,5% – 19; M2=46,9 – 23).

Ainda com relação as variáveis maternas, tem-se prematuros cujas mães eram primíparas (M1=48,1% – 25; M2=32,7% – 16), tiveram experiência prévia com AM (M1=40,4% – 21; M2=57,1% – 28), partos prematuros anteriores (M1=15,4% – 8; M2=20,4% – 10) e intercorrências na gestação (M1=69,2% – 36; M2=67,3% – 33), sendo que uma única gestante pôde apresentar até cinco intercorrências diferentes durante a gestação, predominando as doenças hipertensivas (hipertensão arterial crônica ou hipertensão arterial gestacional ou pré-eclâmpsia ou eclâmpsia ou síndrome Hellp) (M1=23,1% – 12; M2=26,5% – 13) e infecções do trato urinário (com e sem tratamento) (M1=17,3% – 9; M2=12,2% – 6). Predominou ainda, a ausência de intercorrências no parto (M1=92,3% – 48; M2=87,8% – 43). Dentre as intercorrências no parto, destacam-se prematuros cujas mães apresentaram: infecções (M1=1,9% – 1; M2=0,0% – 0), hemorragias (M1=1,9% – 1; M2=0,0% – 0), hipertensão arterial (M1=1,9% – 1; M2=0,0% – 0), complicações de ruptura prematura de membranas (M1=0,0% – 0; M2=6,1% – 3), estresse fetal (M1=0,0% – 0; M2=2,0% – 1) e outras (M1= 3,8% – 2; M2=8,2% – 4), sendo que um prematuro pôde apresentar até duas intercorrências no parto.

No hospital intervenção no M1, predominou prematuros do sexo feminino (59,6% – 31); idade gestacional variando de 26 semanas e 5 dias a 36 semanas e 6 dias, média de 32,8 ($\pm 3,1$) e mediana de 33,9 semanas de gestação; peso ao nascer mínimo de 490,0g e máximo de 3.295,0g, média de 1.753,2 ($\pm 642,7$) e mediana de 1.712,5g. No M2, predominou prematuros do sexo masculino (55,1% – 27); idade gestacional variando de 25 a 36 semanas, média de 32,3 ($\pm 2,8$) e mediana de 33 semanas; peso variando de 545 a 3.770g; média 1.746,7 ($\pm 690,2$) e

mediana de 1.615,0g; Apgar ≥ 6 no quinto minuto em 98,1% (51) dos prematuros em M1 e 100% (49) em M2. O contato pele a pele foi realizado em 9,6% (5) dos prematuros em M1 (três imediatamente após o nascimento e dois não registrados) e 12,2% (6) dos prematuros em M2 (cinco imediatamente após o nascimento e um entre a segunda até a vigésima quarta hora de vida). A amamentação na primeira hora de vida ocorreu em apenas um prematuro no M1 (1,9%) e nenhum no M2 (0,0%).

Dos prematuros nascidos no hospital intervenção no M1, 73,1% (38) ficaram internados na UTIN, com média de 13,1 ($\pm 16,7$) e mediana 8,0 dias de internação, variando de 1 a 76 dias; e no M2, 73,5% (36) dos prematuros ficaram internados por algum período na UTIN, com média de 16,7 ($\pm 24,0$) e mediana 5,0 e dias (variabilidade de 1 a 94 dias). No M1, 98,1% (51) dos prematuros ficaram internados na UCIN, com média de 17,5 ($\pm 18,3$) e mediana de 8,0 e dias, variando de 1 a 61 dias; e no alojamento conjunto, 73,1% (38) dos bebês ficaram internados com suas mães, com média de 5,7 ($\pm 3,5$) e mediana de 5,0 e dias, variando de 1 a 14 dias. No M2, 89,8% (44) ficaram internados na UCIN por um tempo médio de 26,0 ($\pm 18,3$) e mediana de 21,0 dias, variando de 1 a 83 dias; 40,8% (20) ficaram internados no alojamento conjunto com suas mães, em média por 4,9 ($\pm 1,4$) dias e mediana 4,0, variando de 2 a 9 dias.

A maioria dos prematuros (M1=63,5% – 33; M2=63,3% – 31) necessitou de suporte ventilatório (ventilação mecânica invasiva – VMI e/ou ventilação não invasiva por pressão positiva, *Continuous Positive Airway Pressure* – CPAP e/ou *Bilevel Positive Airway Pressure* – BIPAP), com média de 10,1 ($\pm 14,8$) dias e mediana de 4,0, variando de 1 a 64 dias no M1; e média de uso de 12,3 ($\pm 21,2$) dias e mediana de 3,0, variando de 1 a 91 dias no M2. A oxigenoterapia (capacete/halo, cateter, “bigode” e oxigênio na incubadora) foi utilizada por 36,5% (19) dos prematuros, com média de 4,0 ($\pm 5,6$) dias e mediana de 2,0, variando de 1 a 20 dias no M1; e em 38,8% (19) dos prematuros, com média de 11,0 ($\pm 19,7$) dias e mediana de 3,0, variando de 1 a 76 dias no M2.

A grande maioria dos prematuros (M1=80,8% – 42; M2=71,4% – 35) apresentou alguma patologia durante a internação, sendo que um único prematuro teve até seis patologias diferentes. Os prematuros apresentaram síndrome do desconforto respiratório (M1=71,2% – 37; M2=34,7% – 17); sepse (M1=34,6% – 18; M2=32,7% – 16); membrana hialina (M1=19,2% – 10; M2=6,1% – 3); hemorragia intracraniana (M1=11,5% – 6; M2=2,0% – 1); enterocolite necrosante (M1=9,6% – 5; M2=4,1% – 2) e pneumonia (M1=1,9% – 1; M2=2,0% – 1).

Dentre os prematuros participantes na unidade intervenção no M1, 63,5% (33) utilizaram nutrição parenteral durante internação, em período variável de um dia a 62 dias; a

média foi de 11,3 ($\pm 11,0$) dias de nutrição parenteral e a mediana 9,0 dias. No M2, 67,3% (33) fizeram uso de nutrição parenteral, variando de 1 a 55 dias, com média de 10,9 ($\pm 11,7$) e mediana de 6,0 dias.

Ao analisar a **primeira alimentação láctea**, constata-se que foi ofertado leite humano proveniente do BLH (materno pasteurizado ou doado) (M1=76,9% – 40; M2=91,8% – 45), leite materno ordenhado cru (M1=19,2% – 10; M2=8,2% – 4) e o leite humano ou materno complementado com fórmula infantil (M1=3,8% – 2; M2=0,0% – 0). Foram administrados em sua maioria por sonda nasogástrica ou orogástrica (M1=86,5% – 45; M2=89,8% – 44) e por técnica de gavagem com uso de seringa, seja por bomba de infusão ou não (M1=84,6% – 44; M2=91,8% – 45), seguida da técnica de copo (M1=9,6% – 5; M2=6,1% – 3) e apenas peito (M1=0,0% – 0; M2=2,0% – 1), e em idade pós-natal muito variável (M1=1 a 168; M2=2 a 432 horas de vida), com média de 26,0 ($\pm 33,8$) horas e mediana de 16 horas após o nascimento no M1 e média de 24,9 ($\pm 63,1$) e mediana de 11,0 horas de vida no M2.

Quanto ao **início da amamentação** no hospital intervenção, no M1, variou de 5 horas a 102 dias de idade pós-natal, com média de 18,2 ($\pm 22,9$) e mediana de 7,5 dias de vida; com idade corrigida mínima de 31,8 e máxima de 41,3 semanas, média de 35,4 ($\pm 1,7$) e mediana de 35,2 semanas; peso variando de 1.400 a 2.975g, com média de 1.907,1 ($\pm 406,0$) e mediana 1.760,0g. No M2, por outro lado, seis (12,2%) prematuros participantes nunca foram amamentados no peito de suas mães durante a hospitalização, e naqueles amamentados, o início variou de 1 a 116 dias de vida, com média de 14,8 ($\pm 20,9$) e mediana de 9,0 dias de vida; a idade corrigida mínima foi de 31,6 e máxima de 42,6 semanas, com média de 34,8 ($\pm 2,2$) e mediana de 34,3 semanas; peso variando de 1.085g a 3.400g, com média de 1.890,5 ($\pm 510,0$) e mediana 1.720,0g.

Dentre os seis prematuros que nunca foram amamentados durante a internação, no M2, quatro não foram ao peito durante a internação devido o leite materno ter “secado” e dois tiveram dificuldades na sucção e não quiseram mamar, segundo relatos maternos. Um desses prematuros teve alta em não AM com uso de mamadeira, porém na coleta durante o primeiro mês no domicílio e aos seis meses de vida, estava em AM complementado com fórmula infantil.

A técnica predominante nesta primeira amamentação foi o peito + sonda (M1=48,1% – 25; M2=72,1% – 31), seguido do peito + copo (M1=25,0% – 13; M2=7,0% – 3), só peito (M1=19,2% – 10; M2=13,9% – 6), peito + mamadeira/chuca (M1=3,8% – 2; M2=0,0% – 0) e translactação (M1=0,0% – 0; M2=7,0% – 3). A mamadeira foi usada como complementação

após o peito em apenas dois (3,8%) bebês no M1 e não foi utilizada nem na primeira alimentação láctea e nem na primeira vez que o bebê foi ao peito no M2.

Em relação às **vivências maternas sobre a amamentação** apresentam-se a seguir, dados referentes às dificuldades na amamentação durante hospitalização, orientações sobre o AM na alta hospitalar, sentimento de amamentar seu filho prematuro e dificuldades e facilidades das mães quando o prematuro estava com seis meses de idade pós-natal, tendo como referência o número de prematuros nos dois momentos (M1; M2) do hospital intervenção.

No hospital intervenção, 57,7% (30) das mães no M1 e 34,7% (17) no M2 relataram dificuldades na amamentação durante o período de hospitalização de seus filhos. Apontaram uma ou mais dificuldades, destacando-se as limitações relativas à sucção e/ou pega do bebê (M1=43,3% – 13; M2=41,2% – 7), diminuição do leite (M1=20,0% – 6; M2=35,3% – 6), sonolência do prematuro (M1=16,7% – 5; M2=23,5% – 4), prematuridade em si (M1=0,0% – 0; M2=70,6% – 12), dificuldades na técnica correta de amamentação (M1=16,7% – 5; M2=) e na ordenha (M1=13,3% – 4; M2=0,0% – 0), gemelaridade (M1=0,0% – 0; M2=29,4% – 5). Problemas com as mamas foram relatados por 13,7% (7) das mães no M1 e 6,1% (3) no M2, sendo as intercorrências mais frequentes a fissura (M1=85,7% – 6; M2=100,0% – 3) e o ingurgitamento mamário (M1=14,3% – 1; M2=66,7% – 2).

As orientações sobre o AM recebidas na alta do hospital intervenção também foram dadas à maioria das mães (M1=86,5% – 45; M2=79,6% – 39), de uma a três informações diferentes para uma mesma mãe, sendo as mais frequentes a técnica de amamentação (M1=40,0% – 18; M2= 0,0% – 0), cuidados com as mamas (M1=28,9% – 13; M2=28,2% – 11), intervalo entre as mamadas (M1=28,9% – 13; M2=2,6% – 1), técnicas de ordenha (M1=26,7% – 12; M2=41,0% – 16), AM em livre demanda (M1=13,3% – 6; M2=61,5% – 24), importância do AME (M1=11,1% – 5; M2=51,3% – 20), e até os seis meses de vida (M1=13,3% – 6; M2=46,1% – 18), oferecimento do peito antes do complemento (M1=8,9% – 4; M2=20,5% – 8), uso e preparo da fórmula infantil (M1=8,9% – 4; M2=20,5% – 8).

Ainda no momento da alta, apenas um (1,9%) prematuro foi encaminhado para o BLH no M1; e 24,5% (12) dos bebês foram encaminhados pela equipe de saúde para o BLH e 10,2% (5) para outros encaminhamentos, no M2, além das consultas de seguimento no hospital, realizadas rotineiramente. Após a alta no hospital intervenção, poucas mães procuraram ajuda para o AM (M1=15,4% – 8; M2= 4,1% – 2).

O sentimento materno de amamentar o filho prematuro foi variável, com maior prevalência dos sentimentos de felicidade (M1=44,2% – 23; M2=22,4% – 11), estar bem/muito

bem (M1=15,4% – 8; M2=65,3% – 32), confiança (M1=17,3% – 9; M2=2,0% – 1) certeza que o AM contribui para a saúde do filho (M1=1,9% – 1; M2=0,0% – 0), sentimento que o bebê precisa de complemento (M1=9,6% – 5; M2=2,0% – 1) e cansaço (M1=0,0% – 0; M2=6,1% – 3) ao amamentarem seus filhos.

Aos seis meses de idade pós-natal do prematuro, perguntou-se às 19 mães no M1 e às 21 mães no M2 que ainda estavam amamentando, exclusivamente ou não, sobre as dificuldades e facilidades encontradas nesse processo até o momento. As principais facilidades relatadas por aquelas que ainda amamentavam aos seis meses foram: saber da importância do AM na saúde de seu filho (M1=15,8% – 3; M2=80,9% – 17), considerar a amamentação prática e fácil (M1=68,4% – 13; M2=38,1% – 8), ter experiência prévia no AM (M1=5,3% – 1; M2=23,8% – 5), receber orientações sobre o AM (M1=0,0% – 0; M2=19,0% – 4), não necessitar de preparo do leite e/ou mamadeira (M1=15,8% – 3; M2=14,3% – 3). As principais dificuldades relatadas foram a produção de leite (M1=5,3% – 1; M2=42,9% – 9), a volta ao trabalho (M1=5,3% – 1; M2=28,6% – 6) e a pega e sucção do prematuro (M1=15,8% – 3; M2=23,8% – 5).

No hospital controle

No hospital controle durante o M1, antes da implementação da IHAC-Neo no hospital intervenção, foram incluídos 32 prematuros e 23 mães, visto que a amostra foi constituída de cinco gemelares e dois trigemelares. No M2, após a implementação da IHAC-Neo nas unidades neonatais, participaram 29 prematuros e 21 mães, sendo oito gêmeos.

Os prematuros tinham mães com idade 14 e 38 anos de idade, média de 24,9 ($\pm 7,5$) e mediana de 22,0, no M1; e entre 18 a 40 anos, média de 28,9 ($\pm 7,5$) e mediana de 28,0 anos, no M2. Houve predomínio de prematuros cujas mães tinham oito anos ou mais de escolaridade (M1=84,4% – 27; M2=89,7% – 26) e solteira/divorciada/viúva (M1=81,3% – 26; M2=65,5% – 19). No M1, havia mais prematuros cujas mães trabalhavam fora de casa (78,1% – 25) e, no M2, predominou mães que não trabalhavam fora (65,5% – 19).

Os prematuros tinham pais com idade variando de 16 a 43 anos, média de 28,7 ($\pm 9,1$) e mediana de 27,0 anos, sendo que 56,3% (18) tinham oito anos ou mais de escolaridade, no M1. No M2, os prematuros tinham pais com idade variando de 17 a 44 anos, média de 30,4 ($\pm 7,4$) e mediana de 33,0 anos, e 89,6% (26) dos pais tinham escolaridade maior ou igual a oito anos. A renda familiar predominante em ambos os momentos foi menor ou igual a dois salários mínimos (M1=84,4% – 27; M2=65,5% – 19).

Todos os prematuros tiveram mães que realizaram o pré-natal na gestação atual (M1=100% – 32; M2=100% – 29) e o número de consultas variou de 2 a 10, média de 7,1 ($\pm 2,5$) e mediana de 8,0 no M1 e variação de 1 a 10, com média de 5,6 ($\pm 2,2$) e mediana de 6,0 consultas no M2. Predominou consultas de pré-natal realizadas apenas em hospitais (M1=43,8% – 14; M2=65,5% – 19) e em UBS e hospital (M1=34,4% – 11; M2=24,1% – 7).

Ainda, em relação as variáveis maternas têm-se prematuros cujas mães eram primíparas (M1=59,4% – 19; M2=24,1% – 7), tiveram experiência prévia com AM (M1=37,5% – 12; M2=75,9% – 22) e partos prematuros anteriores (M1=9,4% – 3; M2=17,2% – 5). Ocorreram intercorrências na gestação atual do prematuro (M1=43,8% – 14 e M2=20,7% – 6), sendo que uma única gestante pôde apresentar mais de uma intercorrência durante a gestação, predominando as doenças hipertensivas (incluindo hipertensão arterial crônica, hipertensão arterial gestacional, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, síndrome Hellp) (M1=21,9% – 7; M2=20,7% – 6). Intercorrências durante o parto não foram relatadas em ambos os momentos do grupo controle.

No M1, houve predominância do sexo feminino (56,3% – 18) nos prematuros; idade gestacional variando de 28 semanas e 2 dias a 36 semanas e 6 dias, com média de 33,5 ($\pm 2,3$) e mediana de 34 semanas; peso ao nascer variando de 915 a 3.225g, com média de 1.849,8 ($\pm 597,3$) e mediana 1.762,5g. No M2, o sexo masculino foi predominante (82,8% – 24); idade gestacional variando de 24 a 36 semanas, média de 33,7 ($\pm 3,1$) e mediana de 34 semanas; peso ao nascer variando de 590 a 2.930g, com média 1.854,9 ($\pm 622,3$) e mediana 1.860,0g. Apgar ≥ 6 no quinto minuto em todos (100,0% – 32) os prematuros do hospital controle no M1 e em 96,6% (28) no M2. O contato pele a pele precoce foi realizado em metade (16) dos prematuros, sendo destes 93,8% (15) realizados imediatamente após o nascimento e 6,3% (1) durante a primeira hora de vida, no M1; enquanto que no M2, não foi realizado ou registrado em qualquer bebê. A amamentação na primeira hora de vida também não foi realizada entre os prematuros nascido na unidade controle, tanto no M1 quanto no M2.

No M1, 100% (32) dos prematuros ficaram internados por 1 a 93 dias na UTIN, com média de 20,0 ($\pm 24,2$) dias e mediana 10,0; 62,5% (20) internaram na UCIN por 2 a 18 dias, com tempo médio de 9,0 ($\pm 4,6$) e mediana de 8,0 dias; 9,4% (3) ficaram internados de 2 a 7 dias no alojamento conjunto, com média por 4,7 ($\pm 2,5$) dias e mediana 5,0. Na enfermaria canguru, presente apenas no hospital controle, 46,9% (15) dos prematuros ficaram aí internados por 2 a 28 dias, com média de 13,7 ($\pm 10,5$) dias e mediana 13,0. No M2, 89,7% (26) dos prematuros ficaram internados por 2 a 99 dias na UTIN, com média de 27,5 dias e mediana

17,5; na UCIN, 65,5% (19) ficaram internados por 1 a 48 dias, com tempo médio de 16,2 ($\pm 12,4$) dias e mediana de 15,0; na enfermaria canguru, apenas 6,9% (2) bebês ficaram internados por 1 a 7 dias, com média e mediana de 4,0 ($\pm 4,2$) dias; 10,3% (3) ficaram internados com suas mães no alojamento conjunto por 4 a 7 dias, com média de 5,3 ($\pm 1,5$) dias e mediana 5,0.

Dos prematuros do M1, 65,6% (21) necessitaram de suporte ventilatório (VMI e/ou CPAP e/ou BIPAP) por 1 a 60 dias, com média de 7,8 dias de uso e mediana 1,0; nenhum necessitou apenas de oxigenoterapia (capacete/halo, cateter, “bigode” e oxigênio na incubadora). Já no M2, 41,4% (12) dos prematuros precisaram desse suporte ventilatório durante a internação por 1 a 69 dias, com média de uso de 14,5 ($\pm 21,5$) dias e mediana de 3,5. A oxigenoterapia no M2 foi utilizada por 51,7% (15) prematuros por 1 a 69 dias, com média de 17,4 ($\pm 22,4$) dias e mediana de 5,0.

Em relação às patologias apresentadas durante a internação, o prematuro pôde ser diagnosticado com até três patologias, sendo as mais frequente a síndrome de desconforto respiratório (M1=59,4% – 19; M2=20,7% – 6), membrana hialina (M1=12,5% – 4; M2=3,4% – 1), sepse (M1=9,4% – 3; M2=3,4% – 1) e hemorragia intracraniana (M1=3,1% – 1; M2=0,0% – 0).

O uso da nutrição parenteral ocorreu em 50,0% (16) dos prematuros no M1, variando de 7 a 35 dias, com média de 15,5 ($\pm 8,2$) e mediana de 13 dias. No M2, 51,7% (15) fizeram uso de nutrição parenteral, variando de 4 a 33 dias, com média de 14,5 ($\pm 9,0$) e mediana de 12,0 dias.

Ao analisar a **primeira alimentação láctea** dos prematuros, constatou-se que a maioria recebeu leite do BLH (materno pasteurizado ou doado) (M1=68,8% – 22; M2=86,2% – 25), seguido de leite materno ordenhado cru (M1=25,0% – 8; M2=10,3% – 3), apenas fórmula infantil (M1= 6,3% – 2; M2=0,0% – 0) e leite humano complementado com fórmula infantil (M1=0,0% – 0; M2=3,4% – 1). A média de idade pós-natal na primeira alimentação láctea no M1 foi de 82,4 ($\pm 112,9$) horas e mediana de 42,0 horas de vida; e no M2 foi de 62,6 (± 84) e mediana de 48,0 horas de vida, havendo grande variabilidade nos dois momentos (M1=1 a 480 horas; M2= 6 a 408 horas). A via de administração mais utilizada foi a sonda orogástrica ou nasogástrica (M1=75,0% – 24; M2=89,7% – 26), com a técnica de gavagem por seringa ou bomba de infusão (M1=75,0% – 24; M2=89,7 – 26), seguida do copo (M1=12,5% – 4; M2=3,4% – 1), mamadeira/chuca (M1=9,4% – 3; M2=0,0% – 0), peito + copo (M1= 0,0% – 0; M2=3,4% – 1) e peito (M1=0,0% – 0; M2=3,4% – 1) na primeira dieta.

Em relação ao **início da amamentação**, no M1, todos (100% – 32) os prematuros foram amamentados no hospital, enquanto no M2, dois prematuros (6,9%) nunca foram amamentados no peito de suas mães durante a hospitalização, sendo verbalizado por uma delas que isto foi devido leite materno ter “secado”, e o outro devido traumas mamilares extensos (fissuras), além dessa mãe relatar pouco leite.

Dos que foram amamentados, seu início variou de 1 a 74 dias de vida, com média de 19,1 ($\pm 20,3$) dias e mediana de 10,0 dias de vida no M1; e variou de 1 a 80 dias de vida, com média de 15,6 ($\pm 19,3$) e mediana de 10,0 dias de vida no M2. A idade corrigida mínima foi de 34,3 e máxima de 40,7 semanas, média de 36,2 ($\pm 1,8$) e mediana de 35,8 semanas; peso variando de 1.500 a 3.250g, com média de 2.040,2 ($\pm 507,5$) e mediana 1.845,0g no M1. No M2, a idade corrigida mínima foi de 31,7 e máxima de 39,4 semanas, média de 35,7 ($\pm 1,8$) e mediana de 36,0 semanas; peso variou de 1.312 a 3.100g, com média de 2.074,7 ($\pm 450,6$) e mediana 1.928,0g. A técnica predominante nesta primeira amamentação também foi o peito + sonda (M1=53,1% – 17; M2=74,1,0% – 20), seguido do peito + copo (M1=31,3% – 10; M2=14,8% – 4), peito + mamadeira/chuca (M1=15,6% – 5; M2= 0,0% – 0) e apenas peito (M1= 0,0% – 0; M2=11,1% – 3).

As **vivências maternas sobre a amamentação** apresentam-se a seguir, com dados referentes às dificuldades na amamentação durante a hospitalização, orientações sobre o AM na alta hospitalar, sentimento de amamentar seu filho prematuro e dificuldades e facilidades das mães quando o prematuro estava com seis meses de idade pós-natal, tendo como referência o número de prematuros nos dois momentos (M1; M2) do hospital controle.

Quanto as dificuldades na amamentação durante o período de hospitalização de seus filhos, a maioria (M1=65,6% – 21; M2=58,6% – 17) das mães participantes do hospital controle afirmou que não teve. As demais (M1=34,4% – 11; M2=41,4% – 12) apontaram uma ou duas dificuldades, destacando-se as dificuldades de sucção e/ou pega do bebê (M1=54,5% – 6; M2=66,7% – 8), a diminuição do leite (M1=18,2% – 2; M2=33,3% – 4), prematuridade (M1=9,1% – 1; M2=0,0% – 0), gemelaridade (M1=0,0% – 0; M2=16,7% – 2), sonolência do prematuro (M1=0,0% – 0; M2=16,7% – 2), anatomia da mama (M1=0,0% – 0; M2=16,7% – 2), ingurgitamento mamário (M1=0,0% – 0; M2= 2) e dor durante a amamentação (M1=0,0% – 0; M2=16,7% – 2). A maioria das mães dos prematuros (M1=71,9% – 23; M2= 93,1% – 27) também relatou ausência de intercorrência com as mamas; naquelas que apresentaram (M1=28,1% – 9; M2=6,9% – 2), a fissura (M1=55,5% – 5; M2=100,0% – 2) e o ingurgitamento mamário (M1=55,5% – 5; M2=100,0% – 2) foram as intercorrências mais prevalentes.

Quanto às orientações sobre o AM na alta hospitalar, a maioria (M1=84,4% – 27; M2=100% – 29) das mães recebeu alguma orientação sobre cuidados com as mamas (M1=40,7% – 11; M2= 79,3%– 23), técnica da ordenha (M1=25,9% – 7; M2=27,6%– 8), importância do AME (M1=7,4% – 2 ; M2=79,3% – 23), até os seis meses (M1=7,4% – 2; M2=72,4% – 21) e em livre demanda (M1=3,7% – 1; M2=96,6% – 28), alternar mamas a cada mamada (M1=0,0% – 0; M2=20,7% – 6), como utilizar e preparar o leite artificial (M1=7,4% – 2; M2=0,0% – 0), onde encontrar suporte e apoio à amamentação após a alta (M1=7,4% – 2; M2=0,0% – 0), dentre outras, sendo que uma mãe poderia informar mais de uma orientação recebida.

Ainda no momento da alta, 100% (M1=32; M2=29) dos bebês do hospital controle não foram encaminhados pela equipe de saúde a outros serviços após a alta, para além do ambulatório de seguimento do próprio hospital. Após a alta hospitalar, nenhuma mãe procurou ajuda para o AM no M1 e quatro mães (13,6%) procuraram ajuda no M2, todas no BLH de referência.

O sentimento de amamentar seu filho prematuro foi variável, com maior prevalência do sentimento de estar bem/muito bem (M1=65,6% – 21; M2=58,6 – 17), feliz (M1=25,0% – 8; M2=75,9% – 22), confiante (M1=3,1% – 1; M2=27,6% – 8), contribuindo para a saúde de seu bebê (M1= 0,0% – 0; M2=13,8% – 4), sentindo que seu bebê necessita de complementação (M1= 0,0% – 0; M2=6,9% – 2) e cansada (M1=3,1% – 1; M2= 0,0% – 0).

Na entrevista com as mães aos seis meses de idade pós-natal do prematuro, perguntou-àquelas que ainda estavam amamentando (15 mães no M1 e 11 mães no M2), exclusivamente ou não, sobre as dificuldades e facilidades encontradas nesse processo até o momento. A principal facilidade relatada por elas foi o fato da amamentação ser prática e fácil (M1=40,0% – 6; M2=90,9% – 10), saber da importância da amamentação para a saúde de seu filho (M1=9,1% – 1; M2=54,5% – 6), não necessitar de preparo do leite e/ou mamadeira (M1=0,0% – 0; M2=45,5% – 15); a principal dificuldade relatada foi a pega e sucção do prematuro (M1=53,3% – 8; M2=27,3% – 3).

Comparações das amostras intragrupos (M1 vs M2) e intergrupos (hospital intervenção vs controle)

A distribuição e comparação dos prematuros do hospital intervenção e do hospital controle entre o M1 (antes da implementação da IHAC-Neo) e o M2 (após a implementação da

IHAC-Neo), de acordo com as variáveis maternas, neonatais e suas condições de saúde estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos prematuros e suas mães, segundo as variáveis sociodemográficas, maternas e neonatais nos hospitais intervenção e controle, comparando-se o M1 com o M2. Sudeste, 2014 – 2017.

Variáveis	Hospital Intervenção				Valor <i>p</i>	Hospital Controle				Valor <i>p</i>
	M1 (n=52)		M2 (n= 49)			M1 (n=32)		M2 (n= 29)		
	n (%)	Mediana (Mín-Máx)	n (%)	Mediana (Mín-Máx)		n (%)	Mediana (Mín-Máx)	n (%)	Mediana (Mín-Máx)	
<i>Pais residem juntos</i>										
Sim	39 (75,0)		40 (81,6)		0,420 ^a	23 (71,9)		27 (93,1)		0,046 ^a *
Não	13 (25,0)		9 (18,4)			9 (28,1)		2 (6,9)		
<i>Zona de domicílio</i>										
Urbana	51 (98,1)		48 (98,0)		1,000 ^b	32 (100)		29 (100)		—
Rural	1 (1,9)		1 (2,0)			0 (0)		0 (0)		
<i>Idade materna (anos)</i>		26 (15-43)		26 (14-41)	0,540 ^c		22 (14-38)		28 (18-40)	0,033 ^c *
<i>Escolaridade materna</i>										
<8 anos	20 (38,5)		17 (34,7)		0,694 ^a	5 (15,6)		3 (10,3)		0,710 ^b
≥8 anos	32 (61,5)		32 (65,3)			27 (84,4)		26 (89,7)		
<i>Estado civil</i>										
Solteira/divorciada/viúva	15 (28,8)		23 (46,9)		0,061 ^a	26 (81,3)		19 (65,5)		0,244 ^a
Casada/união consensual	37 (71,2)		26 (53,1)			6 (18,8)		10 (34,5)		
<i>Mãe trabalha fora de casa</i>										
Sim	26 (50,0)		20 (40,8)		0,354 ^a	25 (78,1)		10 (34,5)		0,001 ^a *
Não	26 (50,0)		29 (59,2)			7 (21,9)		19 (65,5)		
<i>Renda familiar mensal</i>										
≤2 salários mínimos ^d	37 (71,2)		19 (38,8)		0,001 ^a *	27 (84,4)		19 (65,5)		0,088 ^a
>2 salários mínimos ^d	15 (28,8)		30 (61,2)			5 (15,6)		10 (34,5)		

- continua -

- continuação -

Variáveis	Hospital Intervenção				Valor <i>p</i>	Hospital Controle				Valor <i>p</i>
	M1 (n=52)		M2 (n= 49)			M1 (n=32)		M2 (n= 29)		
	n (%)	Mediana (Mín-Máx)	n (%)	Mediana (Mín-Máx)		n (%)	Mediana (Mín-Máx)	n (%)	Mediana (Mín-Máx)	
<i>Número de gestações</i>		2 (1-9)		2 (1-7)	0,341 ^c		1 (1-4)		2 (1-7)	0,003 ^{c *}
<i>Número de consultas de pré-natal</i>										
<6 consultas	12 (23,1)		12 (24,5)		0,868 ^a	11 (34,4)		12 (41,4)		0,607 ^a
≥6 consultas	40 (76,9)		37 (75,5)			21 (65,6)		17 (58,6)		
<i>Complicações durante a gestação</i>										
Sim	36 (69,2)		33 (67,3)		0,839 ^a	14 (43,8)		6 (20,7)		0,055 ^a
Não	16 (30,8)		16 (32,7)			18 (56,3)		23 (79,3)		
<i>Experiência prévia no AM</i>										
Sim	21 (40,4)		28 (57,1)		0,092 ^a	12 (37,5)		22 (75,9)		0,003 ^{a *}
Não/Primípara	31 (59,6)		21 (42,9)			20 (62,5)		7 (24,1)		
<i>Tipo de gestação</i>										
Única	40 (76,9)		33 (67,3)		0,283 ^a	11 (34,4)		10 (34,5)		1,000 ^a
Múltipla	12 (23,1)		16 (32,7)			21 (65,6)		19 (65,5)		
<i>Tipo de parto</i>										
Vaginal	28 (53,8)		16 (32,7)		0,032 ^{a *}	6 (18,8)		8 (27,6)		0,412 ^a
Cesárea	24 (46,2)		33 (67,3)			26 (81,3)		21 (72,4)		
<i>Complicações durante o parto</i>										
Sim	4 (7,7)		6 (12,2)		0,518 ^b	0 (0)		0 (0)		—
Não	48 (92,3)		43 (87,8)			32 (100)		29 (100)		

- continua -

- continuação -

Variáveis	Hospital Intervenção				Valor <i>p</i>	Hospital Controle				Valor <i>p</i>
	M1 (n=52)		M2 (n= 49)			M1 (n=32)		M2 (n= 29)		
	n (%)	Mediana (Mín-Máx)	n (%)	Mediana (Mín-Máx)		n (%)	Mediana (Mín-Máx)	n (%)	Mediana (Mín-Máx)	
<i>Sexo</i>										
Masculino	21 (40,4)		27 (55,1)		0,139 ^a	14 (43,8)		24 (82,8)		0,002 ^{a *}
Feminino	31 (59,6)		22 (44,9)			18 (56,3)		5 (17,2)		
<i>Idade gestacional</i>										
<28 semanas	4 (7,7)		4 (8,2)		0,945 ^b	0 (0)		2 (6,9)		0,444 ^b
28 a 31 semanas	10 (19,2)		11 (22,4)			5 (15,6)		5 (17,2)		
≥32 semanas	38 (73,1)		34 (69,4)			27 (84,4)		22 (75,9)		
<i>Peso ao nascer</i>										
<1500g	17 (32,7)		16 (32,7)		0,997 ^a	9 (28,1)		6 (20,7)		0,501 ^a
≥1500g	35 (67,3)		33 (67,3)			23 (71,9)		23 (79,3)		
<i>Reanimação ao nascimento</i>										
Sim	18 (34,6)		26 (53,1)		0,062 ^a	7 (21,9)		17 (58,6)		0,003 ^{a *}
Não	34 (65,4)		23 (46,9)			25 (78,1)		12 (41,4)		
<i>Contato pele a pele precoce</i>										
Sim	5 (9,6)		6 (12,2)		0,672 ^a	16 (50,0)		0 (0)		<0,001 ^{a *}
Não / Ignorado	47 (90,4)		43 (87,8)			16 (50,0)		29 (100)		
<i>Amamentação na primeira hora de vida</i>										
Sim	1 (1,9)		0 (0)		1,000 ^b	0 (0)		0 (0)		—
Não	51 (98,1)		49 (100)			32 (100)		29 (100)		
<i>Patologias durante hospitalização</i>										
Sim	42 (80,8)		35 (71,4)		0,270 ^a	24 (75,0)		11 (37,9)		0,003 ^{a *}
Não	10 (19,2)		14 (28,6)			8 (25,0)		18 (62,1)		

- continua -

- continuação -

Variáveis	Hospital Intervenção				Valor <i>p</i>	Hospital Controle				Valor <i>p</i>
	M1 (n=52)		M2 (n= 49)			M1 (n=32)		M2 (n= 29)		
	n (%)	Mediana (Mín-Máx)	n (%)	Mediana (Mín-Máx)		n (%)	Mediana (Mín-Máx)	n (%)	Mediana (Mín-Máx)	
<i>Duração da internação (dias)</i>		19 (4-137)		24 (4-160)	0,442 ^c		23 (6-93)		24 (3-146)	0,811 ^c
<i>Internação em UTIN</i>										
Sim	38 (73,1)		36 (73,5)		0,964 ^a	32 (100)		26 (89,7)		0,102 ^b
Não	14 (26,9)		13 (26,5)			0 (0)		3 (10,3)		
<i>Internação em enfermaria canguru</i>										
Sim	0 (0)		0 (0)		—	15 (46,9)		2 (6,9)		0,001 ^{a *}
Não	52 (100)		49 (100)			17 (53,1)		27 (93,1)		
<i>Uso de suporte ventilatório e/ou oxigenoterapia</i>										
Sim	35 (67,3)		33 (67,3)		0,997 ^a	21 (65,6)		16 (55,2)		0,404 ^a
Não	17 (32,7)		16 (32,7)			11 (34,4)		13 (44,8)		
<i>Idade pós-natal na primeira alimentação láctea</i>										
<24 horas de vida	35 (67,3)		42 (85,7)		0,030 ^{a *}	9 (28,1)		8 (27,6)		0,963 ^a
≥24 horas de vida	17 (32,7)		7 (14,3)			23 (71,9)		21 (72,4)		
<i>Tipo de leite na primeira alimentação láctea</i>										
Leite materno	10 (19,2)		4 (8,2)		0,079 ^b	8 (25,0)		3 (10,3)		0,113 ^b
Leite do BLH	40 (76,9)		45 (91,8)			22 (68,8)		25 (86,2)		
Materno e/ou BLH + leite artificial	2 (3,8)		0 (0)			0 (0)		1 (3,4)		
Leite artificial	0 (0)		0 (0)			2 (6,3)		0 (0)		
<i>Idade pós-natal quando iniciou amamentação</i>										
<72 horas de vida	16 (30,8)		16 (37,2)		0,509 ^a	9 (28,1)		6 (22,2)		0,604 ^a
≥72 horas de vida	36 (69,2)		27 (62,8)			23 (71,9)		21 (77,8)		
			(n=43)					(n=27)		

(n=43)

(n=27)

- continua -

- conclusão -

Variáveis	Hospital Intervenção				Valor <i>p</i>	Hospital Controle				Valor <i>p</i>
	M1 (n=52)		M2 (n= 49)			M1 (n=32)		M2 (n= 29)		
	n (%)	Mediana (Mín-Máx)	n (%)	Mediana (Mín-Máx)		n (%)	Mediana (Mín-Máx)	n (%)	Mediana (Mín-Máx)	
<i>Idade corrigida quando iniciou amamentação</i>										
<32 semanas	1 (1,9)		2 (4,7)		0,507 ^b	0 (0)		1 (3,7)		0,769 ^b
32-34 semanas	22 (42,3)		22 (51,2)			9 (28,1)		8 (29,6)		
≥35 semanas	29 (55,8)		19 (44,2)			23 (71,9)		18 (66,7)		
			(n=43)					(n=27)		
<i>Peso quando iniciou amamentação</i>										
<1500g	2 (3,8)		5 (11,6)		0,342 ^b	0 (0)		1 (3,7)		0,625 ^b
1500-2499g	45 (86,5)		33 (76,7)			26 (81,3)		20 (74,1)		
≥2500g	5 (9,6)		5 (11,6)			6 (18,8)		6 (22,2)		
			(n=43)					(n=27)		
<i>Peso na alta hospitalar</i>										
1500-2499g	45 (86,5)		37 (75,5)		0,156 ^a	25 (78,1)		19 (65,5)		0,273 ^a
≥2500g	7 (13,5)		12 (24,5)			7 (21,9)		10 (34,5)		
<i>Dificuldades no AM durante hospitalização do prematuro</i>										
Sim	30 (57,7)		17 (34,7)		0,021 ^{a *}	11 (34,4)		12 (41,4)		0,573 ^a
Não	22 (42,3)		32 (65,3)			21 (65,6)		17 (58,6)		
<i>Mãe se sentiu apoiada pela equipe para amamentar</i>										
Sim	47 (90,4)		43 (95,6)		0,029 ^{b *}	32 (100)		29 (100)		—
Não	1 (1,9)		1 (2,2)			0 (0)		0 (0)		
Às vezes	4 (7,7)		1 (2,2)			0 (0)		0 (0)		
			(n=45)							

UTIN = Unidade de Terapia Intensiva Neonatal BLH = Banco de Leite Humano **p*<0,05^a Teste Qui-quadrado ^b Teste Exato de Fisher ^c Teste Mann-Whitney ^d Salário mínimo=R\$724,00 (2014)

Ao comparar os dois momentos, M1 e M2, no hospital intervenção, houve diferenças estatisticamente significantes ($p<0,05$) na renda familiar mensal ($p=0,001$), tipo de parto ($p=0,032$), idade pós-natal na primeira alimentação láctea ($p=0,030$), dificuldades no AM durante a hospitalização do prematuro ($p=0,021$) e mães apoiadas pela equipe para amamentar ($p=0,029$). Assim, no M1, foi verificada proporção maior de mães com renda familiar de até dois salários mínimos, parto vaginal e dificuldades no AM; bem como proporção menor de prematuros que iniciaram a alimentação láctea antes de 24 horas e de mães que se sentiram apoiadas pela equipe na amamentação, em comparação com o M2 no hospital intervenção.

A comparação entre os dois momentos no hospital controle mostrou diferenças estatisticamente significantes ($p<0,05$) em pais residem juntos ($p=0,046$), idade materna ($p=0,033$), trabalho fora do lar ($p=0,001$), número de gestações anteriores ($p=0,003$), experiência prévia no AM ($p=0,003$), sexo do prematuro ($p=0,002$), reanimação ao nascimento ($p=0,003$), contato pele a pele precoce ($p<0,001$), patologias durante hospitalização ($p=0,003$) e internação em enfermaria canguru ($p=0,001$). Assim, no M1, verificada proporção maior de pais que não residem juntos, mães com menor idade, trabalho fora do lar, primíparas e sem experiência prévia no AM; bem como maior proporção de prematuros do sexo feminino, não reanimado ao nascimento, em contato pele a pele precoce, com patologias durante hospitalização e internação na enfermaria canguru, em comparação com o M2 na unidade controle.

A seguir, apresenta-se as comparações entre os prematuros dos hospitais controle e intervenção no M1 e no M2 (Tabela 2). Novamente, estas duas amostras também apresentam diferenças significativas entre elas em algumas variáveis que podem estar associadas à prevalência do AM.

Tabela 2 - Distribuição dos prematuros e suas mães, segundo as variáveis sociodemográficas, maternas e neonatais nos momentos 1 e 2, comparando-se o hospital controle com o intervenção. Sudeste, 2014 – 2017.

Variáveis	M1				Valor <i>p</i>	M2				Valor <i>p</i>
	Hospital Controle (n=32)		Hospital Intervenção (n= 52)			Hospital Controle (n=29)		Hospital Intervenção (n= 49)		
	n (%)	Mediana (Mín-Máx)	n (%)	Mediana (Mín-Máx)		n (%)	Mediana (Mín-Máx)	n (%)	Mediana (Mín-Máx)	
<i>Pais residem juntos</i>										
Sim	23 (71,9)		39 (75,0)		0,752 ^a	27 (93,1)		40 (81,6)		0,196 ^b
Não	9 (28,1)		13 (25,0)			2 (6,9)		9 (18,4)		
<i>Zona de domicílio</i>										
Urbana	32 (100)		51 (98,1)		1,000 ^b	29 (100)		48 (98,0)		1,000 ^b
Rural	0 (0)		1 (1,9)			0 (0)		1 (2,0)		
<i>Idade materna (anos)</i>		22 (14-38)		23 (15-43)	0,081 ^c		28 (18-40)		26 (14-41)	0,226 ^c
<i>Escolaridade materna</i>										
<8 anos	5 (15,6)		20 (38,5)		0,026 ^{a *}	3 (10,3)		17 (34,7)		0,017 ^{a *}
≥8 anos	27 (84,4)		32 (61,5)			26 (89,7)		32 (65,3)		
<i>Estado civil</i>										
Solteira/divorciada/viúva	26 (81,3)		15 (28,8)		<0,001 ^{a *}	19 (65,5)		23 (46,9)		0,112 ^a
Casada/união consensual	6 (18,8)		37 (71,2)			10 (34,5)		26 (53,1)		
<i>Mãe trabalha fora de casa</i>										
Sim	25 (78,1)		26 (50,0)		0,010 ^{a *}	10 (34,5)		20 (40,8)		0,578 ^a
Não	7 (21,9)		26 (50,0)			19 (65,5)		29 (59,2)		
<i>Renda familiar mensal</i>										
≤2 salários mínimos ^d	27 (84,4)		37 (71,2)		0,167 ^a	19 (65,5)		19 (38,8)		0,022 ^{a *}
>2 salários mínimos ^d	5 (15,6)		15 (28,8)			10 (34,5)		30 (61,2)		

- continua -

- continuação -

Variáveis	M1				Valor <i>p</i>	M2				Valor <i>p</i>
	Hospital Controle (n=32)		Hospital Intervenção (n= 52)			Hospital Controle (n=29)		Hospital Intervenção (n= 49)		
	n (%)	Mediana (Mín-Máx)	n (%)	Mediana (Mín-Máx)		n (%)	Mediana (Mín-Máx)	n (%)	Mediana (Mín-Máx)	
<i>Número de gestações</i>		1 (1-4)		2 (1-9)	0,213 ^c		2 (1-7)		2 (1-7)	0,379 ^c
<i>Número de consultas de pré-natal</i>										
<6 consultas	11 (34,4)		12 (23,1)		0,259 ^a	12 (41,4)		12 (24,5)		0,118 ^a
≥6 consultas	21 (65,6)		40 (76,9)			17 (58,6)		37 (75,5)		
<i>Complicações durante a gestação</i>										
Sim	14 (43,8)		36 (69,2)		0,021 ^{a *}	6 (20,7)		33 (67,3)		<0,001 ^{a *}
Não	18 (56,3)		16 (30,8)			23 (79,3)		16 (32,7)		
<i>Experiência prévia no AM</i>										
Sim	12 (37,5)		21 (40,4)		0,793 ^a	22 (75,9)		28 (57,1)		0,096 ^a
Não/Primípara	20 (62,5)		31 (59,6)			7 (24,1)		21 (42,9)		
<i>Tipo de gestação</i>										
Única	11 (34,4)		40 (76,9)		<0,001 ^{a *}	10 (34,5)		33 (67,3)		0,005 ^a
Múltipla	21 (65,6)		12 (23,1)			19 (65,5)		16 (32,7)		
<i>Tipo de parto</i>										
Vaginal	6 (18,8)		28 (53,8)		0,001 ^{b *}	8 (27,6)		16 (32,7)		0,800 ^a
Cesárea	26 (81,3)		24 (46,2)			21 (72,4)		33 (67,3)		
<i>Complicações durante o parto</i>										
Sim	0 (0)		4 (7,7)		0,293 ^b	0 (0)		6 (12,2)		0,079 ^b
Não	32 (100)		48 (92,3)			29 (100)		43 (87,8)		
<i>Sexo</i>										
Masculino	14 (43,8)		21 (40,4)		0,761 ^a	24 (82,8)		27 (55,1)		0,013 ^{a *}
Feminino	18 (56,3)		31 (59,6)			5 (17,2)		22 (44,9)		

- continua -

- continuação -

Variáveis	M1				Valor <i>p</i>	M2				Valor <i>p</i>
	Hospital Controle (n=32)		Hospital Intervenção (n= 52)			Hospital Controle (n=29)		Hospital Intervenção (n= 49)		
	n (%)	Mediana (Mín-Máx)	n (%)	Mediana (Mín-Máx)		n (%)	Mediana (Mín-Máx)	n (%)	Mediana (Mín-Máx)	
<i>Idade gestacional</i>										
<28 semanas	0 (0)		4 (7,7)		0,304 ^b	2 (6,9)		4 (8,2)		0,923 ^b
28-31 semanas	5 (15,6)		10 (19,2)			5 (17,2)		11 (22,4)		
≥32 semanas	27 (84,4)		38 (73,1)			22 (75,9)		34 (69,4)		
<i>Peso ao nascer</i>										
<1500g	9 (28,1)		17 (32,7)		0,660 ^a	6 (20,7)		16 (32,7)		0,256 ^a
≥1500g	23 (71,9)		35 (67,3)			23 (79,3)		33 (67,3)		
<i>Reanimação ao nascimento</i>										
Sim	7 (21,9)		18 (34,6)		0,215 ^a	17 (58,6)		26 (53,1)		0,633 ^a
Não	25 (78,1)		34 (65,4)			12 (41,4)		23 (46,9)		
<i>Contato pele a pele precoce</i>										
Sim	16 (50,0)		5 (9,6)		<0,001 ^{a *}	0 (0)		6 (12,2)		0,079 ^b
Não / Ignorado	16 (50,0)		47 (90,4)			29 (100)		43 (87,8)		
<i>Amamentação na primeira hora de vida</i>										
Sim	0 (0)		1 (1,9)		1,000 ^b	0 (0)		0 (0)		—
Não	32 (100)		51 (98,1)			29 (100)		49 (100)		
<i>Patologias durante hospitalização</i>										
Sim	24 (75,0)		42 (80,8)		0,531 ^a	11 (37,9)		35 (71,4)		0,004 ^{a *}
Não	8 (25,0)		10 (19,2)			18 (62,1)		14 (28,6)		
<i>Duração da internação (dias)</i>	23 (6-93)		19 (4-137)		0,379 ^c	24 (3-146)		14 (4-160)		0,873 ^c
<i>Internação em UTIN</i>										
Sim	32 (100)		38 (73,1)		0,001 ^{a *}	26 (89,7)		36 (73,5)		0,087 ^a
Não	0 (0)		14 (26,9)			3 (10,3)		13 (26,5)		

- continua -

- continuação -

Variáveis	M1				Valor <i>p</i>	M2				Valor <i>p</i>
	Hospital Controle (n=32)		Hospital Intervenção (n= 52)			Hospital Controle (n=29)		Hospital Intervenção (n= 49)		
	n (%)	Mediana (Mín-Máx)	n (%)	Mediana (Mín-Máx)		n (%)	Mediana (Mín-Máx)	n (%)	Mediana (Mín-Máx)	
<i>Internação em enfermaria canguru</i>										
Sim	15 (46,9)		0 (0,0)		<0,001 ^{a *}	2 (6,9)		0 (0)		0,135 ^b
Não	17 (53,1)		52 (100)			27 (93,1)		49 (100)		
<i>Uso de suporte ventilatório e/ou oxigenoterapia</i>										
Sim	21 (65,6)		35 (67,3)		0,874 ^a	16 (55,2)		33 (67,3)		0,282 ^a
Não	11 (34,4)		17 (32,7)			13 (44,8)		16 (32,7)		
<i>Idade pós-natal na primeira alimentação láctea</i>										
<24 horas de vida	9 (28,1)		35 (67,3)		<0,001 ^{a *}	8 (27,6)		42 (85,7)		<0,001 ^{a *}
≥24 horas de vida	23 (71,9)		17 (32,7)			21 (72,4)		7 (14,3)		
<i>Tipo de leite na primeira alimentação láctea</i>										
Leite materno	8 (25,0)		10 (19,2)		0,176 ^b	3 (10,3)		4 (8,2)		0,521 ^b
Leite do BLH	22 (68,8)		40 (76,9)			25 (86,2)		45 (91,8)		
Leite materno e/ou BLH + leite artificial	0 (0)		2 (3,8)			1 (3,4)		0 (0)		
Leite artificial	2 (6,3)		0 (0)			0 (0)		0 (0)		
<i>Idade pós-natal quando iniciou amamentação</i>										
<72 horas de vida	9 (28,1)		16 (30,8)		0,797 ^a	6 (22,2)		16 (37,2)		0,189 ^b
≥72 horas de vida	23 (71,9)		36 (69,2)			21 (77,8) (n=27)		27 (62,8) (n=43)		
<i>Idade corrigida quando iniciou amamentação</i>										
<32 semanas	0 (0)		1 (1,9)		0,284 ^b	1 (3,7)		2 (4,7)		0,173 ^b
32-34 semanas	9 (28,1)		22 (42,3)			8 (29,6)		22 (51,2)		
≥35 semanas	23 (71,9)		29 (55,8)			18 (66,7) (n=27)		19 (44,2) (n=43)		

- continua -

- conclusão -

Variáveis	M1				Valor <i>p</i>	M2				Valor <i>p</i>
	Hospital Controle (n=32)		Hospital Intervenção (n= 52)			Hospital Controle (n=29)		Hospital Intervenção (n= 49)		
	n (%)	Mediana (Mín-Máx)	n (%)	Mediana (Mín-Máx)		n (%)	Mediana (Mín-Máx)	n (%)	Mediana (Mín-Máx)	
<i>Peso quando iniciou amamentação</i>										
<1500g	0 (0)		2 (3,8)		0,358 ^b	1 (3,7)		5 (11,6)		0,339 ^b
1500-2499g	26 (81,3)		45 (86,5)			20 (74,1)		33 (76,7)		
≥2500g	6 (18,8)		5 (9,6)			6 (22,2) (n=27)		5 (11,6) (n=43)		
<i>Peso na alta hospitalar</i>										
1500-2499g	25 (78,1)		45 (86,5)		0,315 ^a	19 (65,5)		37 (75,5)		0,343 ^a
≥2500 g	7 (21,9)		7 (13,5)			10 (34,5)		12 (24,5)		
<i>Dificuldades no AM durante hospitalização do prematuro</i>										
Sim	11 (34,4)		30 (57,7)		0,038 ^a *	12 (41,4)		17 (34,7)		0,555 ^a
Não	21 (65,6)		22 (42,3)			17 (58,6)		32 (65,3)		
<i>Mãe se sentiu apoiada pela equipe para amamentar</i>										
Sim	32 (100)		47 (90,4)		0,207 ^b	29 (100)		43 (95,6)		1,000 ^b
Não	0 (0)		1 (1,9)			0 (0)		1 (2,2)		
Às vezes	0 (0)		4 (7,7)			0 (0)		1 (2,2) (n=45)		

UTIN = Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

BLH = Banco de Leite Humano

* $p < 0,05$ ^a Teste Qui-quadrado ^b Teste Exato de Fisher ^c Teste Mann-Whitney ^d Salário mínimo=R\$724,00 (2014)

A comparação entre os prematuros e suas mães dos dois hospitais controle e intervenção no M1, antes da implementação da IHAC-Neo nas unidades neonatais do hospital intervenção, mostrou diferenças estatisticamente significantes ($p<0,05$) na escolaridade materna ($p=0,026$), estado civil ($p<0,001$), trabalho materno fora de casa ($p=0,010$), complicações durante gestação ($p=0,021$), tipo de gestação ($p<0,001$) e parto ($p=0,001$), contato pele a pele precoce ($p<0,001$), internação na UTIN ($p=0,001$) e na enfermaria canguru ($p<0,001$), idade pós-natal na primeira alimentação láctea ($p<0,001$) e dificuldades no AM durante hospitalização ($p=0,038$). Assim, no M1 no hospital controle, foi verificado proporção maior de mães com escolaridade acima de oito anos, solteira/divorciada/viúva, trabalho fora do lar, sem complicações durante a gestação, com gestação múltipla, parto cesáreo e sem dificuldades no AM durante hospitalização; bem como maior proporção de prematuros em contato pele a pele precoce, com internação na UTIN e na enfermaria canguru e início da alimentação láctea após 24 horas de vida, em comparação com a unidade intervenção (Tabela 2).

Conforme comparações entre os hospitais controle e intervenção no M2, após a IHAC-Neo, foi constatado diferenças estatisticamente significantes ($p<0,05$) na escolaridade materna ($p=0,017$), renda familiar ($p=0,022$), complicações na gestação ($p<0,001$), sexo do prematuro ($p=0,013$), patologias durante a internação ($p=0,004$) e idade pós-natal na primeira alimentação láctea ($p<0,001$). Assim, no M2, verificado no hospital controle proporção maior de mães com escolaridade acima de oito anos, renda familiar mensal de até dois salários mínimos, sem complicações durante a gestação e com gestação múltipla; bem como maior proporção de prematuros do sexo masculino, sem patologia durante a internação e com início da alimentação láctea após 24 horas de vida, em comparação com a unidade intervenção após a implantação da IHAC-Neo (Tabela 2).

Assim, é possível identificar que as amostras do hospital intervenção e do controle apresentaram diferenças significativas em onze variáveis no M1 e em seis no M2, sendo aquelas que têm relação com o AM foram controladas na análise de regressão.

5.1.2 Comparações do tipo de alimentação dos prematuros intragrupos (M1 vs M2) e intergrupos (hospital intervenção vs controle)

Com relação ao tipo de alimentação dos prematuros e prevalência do AME na alta hospitalar, no primeiro mês após a alta e aos seis meses de vida do prematuro, os dados são apresentados separadamente em cada hospital (intervenção e controle), iniciando-se com a

caracterização dos prematuros nesses três períodos de coleta, seguida da comparação do tipo de alimentação intragrupos (M1 vs M2) e intergrupos (intervenção vs controle), finalizando com a análise dos fatores confundidores e preditores do AME em prematuros.

No hospital intervenção

Na alta do hospital intervenção, a amostra foi constituída de 52 prematuros e 48 mães no M1 e de 49 prematuros e 43 mães no M2. Os prematuros participantes do M1 apresentaram idade corrigida de 33,4 a 46,3 semanas na alta, com média de 37,2 ($\pm 2,3$) e mediana de 36,6 semanas; o peso variou de 1.790 a 3.215g, com média de 2.137 ($\pm 399,8$) e mediana 1.947,5g. Os prematuros do M2 apresentaram na alta hospitalar, idade corrigida de 33,4 a 47,8 semanas, com média de 37,6 ($\pm 3,3$) e mediana 36,7 semanas, mínimo 33,4 e máximo 47,8 semanas; peso de 1.720g a 3.700g, com média de 2.255,4 ($\pm 518,8$) e mediana 2.015g.

Em relação ao tipo de alimentação do prematuro no momento da alta, predominou o AME (M1=48,1% – 25; M2=40,8% – 20), seguido do AM (M1=42,3% – 22; M2=36,7% – 18) e não AM (M1=9,6% – 5; M2=22,4% – 11). As técnicas utilizadas para administrar o leite na alta hospitalar foram: apenas peito (M1=23,1% – 12; M2=34,7% – 17), peito complementado com uso do copo (M1=61,5% – 32; M2=24,5% – 12), apenas mamadeira/chuca (M1=9,6% – 5; M2=22,4% – 11), peito complementado com mamadeira (M1=5,8% – 3; M2=16,3% – 8) e translação (M1= 0,0% – 0; M2= 2,0% – 1). Assim, na alta do hospital intervenção predominou o AME seguido do AM no M1 e M2, com leite recebido por sucção direta no peito complementada com uso do copo, no M1, enquanto no M2 foi mais frequente a sucção direta no peito. A prevalência do AME na alta decresceu (de 48,1% para 40,8%), após a implantação da IHAC-Neo no hospital intervenção.

A amostra do hospital intervenção no primeiro mês pós-alta manteve-se em 52 prematuros e 48 mães no M1 e reduziu para 47 prematuros e 41 mães no M2. O tempo de permanência dos prematuros no domicílio após a alta variou de 6 a 25 dias, com média de 10,6 ($\pm 3,8$) e mediana 9,5 dias até a entrevista com as mães, no M1. No M2, o tempo no domicílio variou de 7 a 25 dias, com média de 14,6 ($\pm 3,3$) e mediana 15 dias após a alta.

Por ocasião dessa primeira coleta no domicílio, os prematuros apresentavam no M1 idade pós-natal de 11 a 151 dias de vida, com média de 41,6 ($\pm 29,2$) e mediana 29,5 dias; idade corrigida de 35,7 a 48,3 semanas, com média de 38,7 ($\pm 2,4$) e mediana de 38,3 semanas. No M2, a idade pós-natal variou de 13 a 175 dias, com média de 52,0 ($\pm 36,8$) e mediana 41,0 dias; idade corrigida de 35,6 a 50,0 semanas, média de 39,8 ($\pm 3,3$) e mediana 38,6 semanas.

O AME (M1=46,1% – 24; M2=29,8% – 14) e o AM (M1=38,5% – 20; M2=48,9% – 23) continuaram sendo os predominantes no domicílio, seguidos do não AM (M1=15,4% – 8; M2=21,3% – 10). As técnicas de administração de leite entre os prematuros foram: apenas peito (M1=38,5% – 20; M2=29,8% – 14); peito complementado com mamadeira/chuca (M1=36,5% – 19; M2=42,6% – 20); apenas mamadeira/chuca (M1=15,4% – 8; M2=23,4% – 11); e peito complementado com copo (M1=9,6% – 5; M2=4,3% – 2). Verifica-se que, no primeiro mês pós-alta do hospital intervenção e no M1, predominou o AME e as técnicas de administração por sucção direta no peito complementada ou não com uso de mamadeira/chuca, enquanto no M2 o AM foi mais frequente com sucção direta no peito complementada com uso de mamadeira/chuca. A prevalência do AME no primeiro mês pós-alta também decresceu (de 46,1% para 29,8%), após a implantação da IHAC-Neo no hospital intervenção.

Três bebês em AME no M1 utilizaram a mamadeira no domicílio, sendo que estas mães relataram ordenhar o próprio leite e administrá-lo na mamadeira para seus filhos, além da sucção direta na mama. No M2, um dos bebês em AM utilizava exclusivamente a mamadeira como técnica de administração do leite, visto que a mãe ordenhava o seu leite materno e administrava-o pela mamadeira, além da complementação com fórmula infantil, também na mamadeira.

Aos seis meses de idade dos prematuros egressos do hospital intervenção, a amostra no M1 foi reduzida para 49 prematuros e 45 mães, pois não compareceram ao retorno e nem foram localizados por telefone três mães de três prematuros (perda de 5,8%). No M2, a amostra aos seis meses manteve-se em 47 prematuros e 41 mães.

A idade corrigida destes prematuros no M1 variou de 3,1 a 5,6 meses, com média de 4,6 ($\pm 0,7$) e mediana 4,8 meses, e a idade pós-natal variou de 176 a 216 dias, com média de 188,1 ($\pm 7,7$) e mediana 186,0 dias. No M2, os prematuros apresentavam idade corrigida de 2,9 a 5,6 meses, com média de 4,4 ($\pm 0,67$) e mediana de 4,5 meses, e a idade pós-natal variou de 178 a 200 dias, com média de 186,1 ($\pm 5,3$) e mediana 184,0 dias.

Os tipos de alimentação no segundo trimestre de vida dos prematuros foram: AME (M1=14,3% – 7; M2=8,5% – 4), AMP (M1=0,0% – 0; M2=2,1% – 1), AM (M1=6,1% – 3; M2=10,6% – 5), não AM (M1=18,4% – 9; M2=17,0% – 8), AM com alimentação complementar (M1=18,4% – 9; M2=23,4% – 11), e não AM com alimentação complementar (M1=42,8% – 21; M2=38,3% – 18). A técnica da mamadeira/chuca (M1= 57,1% – 28; M2=57,4% – 27), peito complementado com mamadeira (M1=14,3% – 7; M2=31,9% – 15) e, apenas peito (M1=24,5% – 12; M2=10,6% – 5) foram as técnicas de alimentação utilizadas pelos prematuros aos seis meses de vida. Verifica-se que, aos seis meses de vida dos prematuros do hospital intervenção,

predominou o não AM com alimentação complementar, sendo o leite administrado por mamadeira/chuca, tanto no M1 quanto no M2. A prevalência do AME aos seis meses de vida do prematuro também decresceu (de 14,3% para 8,5%), após a implementação da IHAC-Neo no hospital intervenção.

Ao analisar os prematuros do hospital intervenção que permaneciam desmamados aos seis meses de vida, verifica-se que a idade pós-natal do desmame ocorreu entre 5 a 153 dias, com média de 75,0 ($\pm 46,2$) e mediana 90,0 dias, no M1; e ocorreu entre 1 a 157 dias de vida, com média de 84,7 ($\pm 48,8$) e mediana 75,0 dias, no M2.

No hospital controle

Na alta do hospital controle, a amostra foi constituída de 32 prematuros e 23 mães no M1 e 29 prematuros e 21 mães no M2. No M1, os prematuros tinham idade corrigida entre 35,7 e 45,8 semanas, com média de 38,1 ($\pm 2,2$) e mediana de 37,7 semanas; peso de 1.820 a 3.550g, com média de 2.335,8g ($\pm 463,2$) e mediana de 2.227,5g. No M2, os prematuros apresentavam idade corrigida entre 33,7 e 44,8 semanas, com média de 38,2 ($\pm 2,4$) e mediana de 38,1 semanas; peso de 1.770 a 4.130g, com média de 2.521,1 ($\pm 630,1$) e mediana 2.360g.

Na alta hospitalar do hospital controle predominou prematuros em AM nos dois momentos (M1=90,6% – 29; M2=69,0% – 20), seguido em menor proporção do AME (M1=3,1% – 1; M2=17,2% – 5) e não AM (M1=6,3% – 2; M2=13,8% – 4). A prevalência do AME na alta hospitalar no M1 foi de apenas 3,1% (1) e no M2 aumentou para 17,2% (5). As técnicas mais utilizadas para a administração do leite foram: peito complementado com a mamadeira (M1=71,9% – 23; M2=48,3% – 14), peito complementado com copo (M1=18,8% – 6; M2=20,7% – 6), apenas mamadeira/chuca (M1=6,3% – 2; M2=13,8% – 4) e apenas peito (M1=3,1% – 1; M2=17,2% – 5). Assim, predominou o AM com sucção direta no peito complementada com uso de mamadeira, tanto no M1 quanto no M2, na alta do prematuro do hospital controle. A prevalência do AME na alta do hospital controle aumentou de 3,1% para 17,2%, ao comparar M1 com M2.

No primeiro mês pós-alta do hospital controle, a amostra permaneceu em 32 prematuros e 23 mães no M1 e 29 prematuros e 21 mães no M2. A coleta da alimentação destes prematuros no primeiro mês pós-alta ocorreu entre o 7º a 15º dia pós-alta em ambos os momentos, com média de 11,6 ($\pm 3,1$) dias no M1 e 9,8 ($\pm 2,6$) dias no M2. No M1, os prematuros tinham idade corrigida variando de 37,7 a 47,4 semanas, com média de 39,7 ($\pm 2,1$) e mediana 39,6 semanas. No M2, estavam com idade corrigida variando de 35,3 a 45,9 semanas, com média de 39,6 ($\pm 2,4$) e mediana 39,4 semanas.

À ocasião, o tipo de alimentação deles foi: AME (M1=6,3% – 2; M2=17,2% – 5), AM (M1=87,5% – 28; M2=58,6% – 17) e não AM (M1=6,3% – 2; M2=24,1% – 7). A técnica de administração de leite predominante foi a sucção no peito somado ao uso da mamadeira (M1=87,5% – 28; M2=58,6% – 17), seguida de apenas mamadeira/chuca (M1=6,3% – 2; M2=24,1% – 7) e apenas peito (M1=6,3% – 2; M2=17,2% – 5). Assim, predominou o AM com administração do leite por sucção direta no peito complementada com uso de mamadeira, tanto no M1 quanto no M2, no primeiro mês pós-alta do hospital controle. A prevalência do AME no primeiro mês pós-alta do hospital controle aumentou de 6,3% para 17,2%, ao comparar M1 com M2.

Aos seis meses de idade pós-natal dos prematuros egressos do hospital controle, a amostra reduziu para 28 prematuros e 20 mães no M1, pois não foram localizadas três mães de quatro prematuros (12,5% de perda nesse momento de coleta), e manteve-se em 29 prematuros e 21 mães no M2. Apesar das perdas, estes prematuros não localizados permaneceram na pesquisa com os dados relativos ao nascimento, internação, alta hospitalar e primeiro mês no domicílio.

No M1, a idade corrigida foi de 3,5 a 5,7 meses, com média de 4,8 ($\pm 0,6$) e mediana de 4,9 meses, e a idade pós-natal variou de 182 a 211 dias, com média de 190,2 ($\pm 8,1$) e mediana 188,5 dias. Os prematuros do M2 apresentavam idade corrigida de 2,3 a 5,3 meses, com média de 4,4 ($\pm 0,7$) e mediana de 4,6 meses, e a idade pós-natal variou de 180 a 202 dias, com média de 182 ($\pm 4,1$) e mediana 181 dias.

Os tipos de alimentação no sexto mês de vida dos prematuros foram: AME (M1= 0,0% – 0; M2=3,4% – 1), AMP (M1=3,6% – 1; M2=0,0% – 0), AM (M1=28,6% – 8; M2=0,0% – 0), não AM (M1=28,6% – 8; M2=31,0% – 9), AM e alimentação complementar (M1=21,4% – 6; M2=34,5% – 10), e não AM e alimentação complementar (M1=17,8% – 5; M2=31,0% – 9). Em relação às técnicas de administração do leite aos seis meses, a combinação de peito e mamadeira (M1=46,4% – 13; M2=17,2% – 5), apenas mamadeira (M1=46,4% – 13; M2=55,2% – 16) e apenas peito (M1=6,3% – 2; M2=27,6% – 8) foram as utilizadas neste período. Verifica-se que, aos seis meses de vida dos prematuros egressos do hospital controle, no M1, predominou o AM e o não AM, sendo o leite administrado por mamadeira combinada ou não com a sucção direta no peito; enquanto que no M2 foi mais frequente o AM com alimentação complementar, seguido do não AM com ou sem alimentação complementar, sendo o leite administrado principalmente por mamadeira. A prevalência do AME aos seis meses de vida dos egressos do hospital controle foi insignificante por estar presente em apenas um prematuro (3,4%) no M2.

Ao analisar os prematuros do hospital controle que permaneciam desmamados aos seis

meses de vida, constata-se que a idade pós-natal do desmame variou de 24 a 150 dias de vida, com média de 110,8 ($\pm 47,1$) e mediana 120 dias, no M1, enquanto que no M2, o desmame ocorreu entre 11 a 177 dias de idade pós-natal, com média de 104,3 ($\pm 42,9$) e mediana 124 dias.

Comparações intragrupos (M1 vs M2) e intergrupos (hospital intervenção vs controle)

A Tabela 3 mostra a distribuição dos prematuros segundo o tipo de alimentação em ambos os hospitais comparando intragrupos os dois momentos da coleta (M1 vs M2) em cada hospital, enquanto na Tabela 4 a comparação é entre os hospitais (intervenção vs controle) em cada momento.

Tabela 3 - Distribuição dos prematuros segundo o tipo de alimentação na alta, no primeiro mês pós-alta e aos seis meses de vida dos prematuros dos hospitais intervenção e controle, comparando-se o M1 com o M2. Sudeste, 2014 - 2017.

Tipo de alimentação		Hospital Intervenção			Hospital Controle		
		M1	M2	Valor	M1	M2	Valor
		n (%)	n (%)	P	n (%)	n (%)	P
Alta Hospitalar	AME	(n= 52) 25 (48,1)	(n= 49) 20 (40,8)	0,210 ^a	(n= 32) 1 (3,1)	(n= 29) 5 (17,2)	0,088 ^b
	AMP	0 (0)	0 (0)		0 (0)	0 (0)	
	AM	22 (42,3)	18 (36,7)		29 (90,6)	20 (69,0)	
	Não AM	5 (9,6)	11 (22,4)		2 (6,3)	4 (13,8)	
Primeiro mês após a alta	AME	(n= 52) 24 (46,1)	(n= 47) 14 (29,8)	0,244 ^a	(n= 32) 2 (6,3)	(n= 29) 5 (17,2)	0,037 ^b *
	AMP	0 (0)	0 (0)		0 (0)	0 (0)	
	AM	20 (38,5)	23 (48,9)		28 (87,5)	17 (58,6)	
	Não AM	8 (15,4)	10 (21,3)		2 (6,3)	7 (24,1)	
Seis meses de vida	AME	(n= 49) 7 (14,3)	(n= 47) 4 (8,5)	0,791 ^b	(n= 28) 0 (0)	(n= 29) 1 (3,4)	0,013 ^b *
	AMP	0 (0)	1 (2,1)		1 (3,6)	0 (0)	
	AM	3 (6,1)	5 (10,6)		8 (28,6)	0 (0)	
	Não AM	9 (18,4)	8 (17,0)		8 (28,6)	9 (31,0)	
	AM e AC	9 (18,4)	11 (23,4)		6 (21,4)	10 (34,5)	
	Não AM e AC	21 (42,8)	18 (38,3)		5 (17,8)	9 (31,0)	

AME= Aleitamento Materno Exclusivo; AMP= Aleitamento Materno Predominante; AM= Aleitamento Materno; Não AM= Não Aleitamento Materno; AC= Alimentação Complementar

^a Teste Qui-quadrado ^b Teste Exato de Fisher * $p < 0,05$

Constata-se na Tabela 3 que o tipo de alimentação do prematuro assistido no hospital intervenção não diferiu significativamente ($p \geq 0,05$) ao se comparar antes e após a

implementação da IHAC-Neo, tanto na alta quanto no primeiro mês pós-alta e aos seis meses de vida do prematuro. Destaca-se a redução da prevalência do AME ao longo do tempo, nos dois momentos, sendo acentuada a queda do primeiro mês pós-alta aos seis meses de vida tanto no M1 (de 46,1% para 14,3%) quanto no M2 (de 29,8% para 8,5%), assim como da alta até o mês consecutivo (de 40,8% para 29,8%) no M2. Aos seis meses de idade predominou o não AM com ou sem alimentação complementar no M1 (61,2%) e M2 (55,3%).

No hospital controle, o tipo de alimentação diferiu significativamente ($p<0,05$) nos momentos 1 e 2 no primeiro mês pós-alta ($p=0,037$) com aumento da prevalência do AME (de 6,3% para 17,2%) e do não AM (de 6,3% para 24,1%), assim como no sexto mês de vida do prematuro ($p=0,013$) com aumento maior da alimentação complementar com o AM (de 21,4% para 34,5%) e com o não AM (de 17,8% para 31,0%); nessa idade a prevalência do AME foi inexpressiva (apenas 3,4% no M2).

Quando se compara o AM, exclusivo ou não, nos dois momentos, verifica-se que as taxas de prematuros que recebiam algum tipo de leite materno (AME, AMP, AM ou AM com alimentação complementar) reduziram tanto no hospital intervenção como no controle, na alta hospitalar e no primeiro mês pós-alta; já aos seis meses de idade aumentou no hospital intervenção após a implementação da IHAC-Neo (de 38,8% no M1 para 44,6% no M2), enquanto que no hospital controle esta taxa diminuiu (de 53,6% no M1 para 37,9% no M2).

Tabela 4 - Distribuição dos prematuros segundo o tipo de alimentação na alta, no primeiro mês pós-alta e aos seis meses de vida nos dois momentos (M1 e M2), comparando-se o hospital intervenção com o controle. Sudeste, 2014 - 2017.

Tipo de alimentação		M1		Valor <i>p</i> ^a	M2		Valor <i>p</i> ^a
		Hospital Intervenção	Hospital Controle		Hospital Intervenção	Hospital Controle	
		n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
Alta hospitalar		(n= 52)	(n= 32)		(n= 49)	(n= 29)	
	AME	25 (48,1)	1 (3,1)	<0,001*	20 (40,8)	5 (17,2)	0,021*
	AMP	0 (0)	0 (0)		0 (0)	0 (0)	
	AM	22 (42,3)	29 (90,6)		18 (36,7)	20 (69,0)	
	Não AM	5 (9,6)	2 (6,3)		11 (22,4)	4 (13,8)	
Primeiro mês pós- alta		(n= 52)	(n= 32)		(n= 47)	(n= 29)	
	AME	24 (46,1)	2 (6,3)	<0,001*	14 (29,8)	5 (17,2)	0,469
	AMP	0 (0)	0 (0)		0 (0)	0 (0)	
	AM	20 (38,5)	28 (87,6)		23 (48,9)	17 (58,6)	
	Não AM	8 (15,4)	2 (6,3)		10 (21,3)	7 (24,1)	
Seis meses de vida		(n= 49)	(n= 28)		(n= 47)	(n= 29)	
	AME	7 (14,3)	0 (0)	0,004*	4 (8,5)	1 (3,4)	0,215
	AMP	0 (0)	1 (3,6)		1 (2,1)	0 (0)	
	AM	3 (6,1)	8 (28,6)		5 (10,6)	0 (0)	
	Não AM	9 (18,4)	8 (28,6)		8 (17,0)	9 (31,0)	
	AM e AC	9 (18,4)	6 (21,4)		11 (23,4)	10 (34,5)	
	Não AM e AC	21 (42,8)	5 (17,8)		18 (38,3)	9 (31,0)	

AME= Aleitamento Materno Exclusivo; AMP= Aleitamento Materno Predominante; AM= Aleitamento Materno; Não AM= Não Aleitamento Materno; AC= Alimentação Complementar ^a Teste Exato de Fisher * $p<0,05$

Verifica-se na Tabela 4 que, no M1, o tipo de alimentação diferiu significativamente ($p<0,05$) na alta hospitalar ($p<0,001$), no primeiro mês pós-alta ($p<0,001$) e aos seis meses de vida ($p=0,004$) dos prematuros do hospital intervenção em comparação com o controle. No M1, na alta e no primeiro mês pós-alta a prevalência do AME em prematuros do hospital intervenção (48,1% e 46,1%, respectivamente) foi muito acima daquela encontrada no hospital controle (3,1% e 6,3%, respectivamente); aos seis meses de idade, nenhum prematuro estava em AME no hospital controle, apesar de a prevalência do não AM com alimentação complementar foi muito mais elevada no hospital intervenção (42,8%) que no controle (17,8%).

No M2, o tipo de alimentação diferiu significativamente ($p<0,05$) apenas na alta hospitalar ($p=0,021$), tendo o hospital intervenção prevalência muito maior de AME (40,8% vs 17,2%) e muito menor de AM (36,7% vs 69,0%), em comparação com hospital controle.

O Gráfico 1 mostra as taxas do AME + AMP na alta hospitalar, no primeiro mês pós-alta e aos seis meses de vida dos prematuros internados no hospital controle e no hospital intervenção e nos dois momentos (M1 e M2). Cabe assinalar que neste gráfico o AMP ocorreu apenas aos seis meses de vida em ambos os hospitais e que a junção destes dois tipos de alimentação também foi realizada nas análises de regressão logística apresentadas na próxima subsecção.

Gráfico 1 - Prevalência em porcentagem do AME (incluindo o AMP) na alta hospitalar, no primeiro mês pós-alta hospitalar e aos seis meses de vida dos prematuros dos hospitais intervenção e controle nos dois momentos (1 e 2). Sudeste, 2014-2017.

Observa-se que, no geral, tanto em M1 quanto em M2, a prevalência do AME (incluindo o AMP) na alta, no pós-alta e aos seis meses de vida do prematuro, foi sempre maior no hospital intervenção, em comparação com o hospital controle. Mas, ao comparar M1 com M2, o hospital controle aumentou a prevalência do AME, enquanto que o hospital que implementou a IHAC-Neo reduziu suas taxas na alta, no pós-alta e aos seis meses de vida do prematuro.

Ao longo do tempo, a prevalência do AME + AMP no hospital intervenção decresceu tanto antes (M1) quanto após (M2) a implementação da IHAC-Neo, com redução acentuada do primeiro mês pós-alta ao sexto mês de vida do prematuro nos dois momentos (de 46,1% para 14,3% em M1 e de 29,8% para 10,6% em M2) e da alta ao primeiro mês pós-alta no M2 (de 40,8% para

29,8%). Diferentemente, no hospital controle, a prevalência do AME no primeiro mês pós-alta dobrou (de 3,1% para 6,3%) em M1 e se manteve (17,2%) em M2 ao comparar com a da alta hospitalar, mas a partir do primeiro mês pós-alta houve decréscimo, sendo inexpressiva a prevalência do AME + AMP ao sexto mês de vida do prematuro (apenas 3,6 em M1 e 3,4% no M2).

5.1.3 Fatores preditores do AME em prematuros

Os fatores preditores do AME na alta hospitalar, durante o primeiro mês após a alta e aos seis meses de vida foram obtidos por meio da análise de regressão logística com efeito aleatório realizada entre todos os participantes da coleta da prevalência do AME. Além disso, esta análise auxilia numa compreensão mais ampla do processo multifatorial e complexo de se amamentar exclusivamente um prematuro, o desfecho principal desta pesquisa.

Cabe assinalar que nestas análises o tipo de alimentação láctea AME e AMP foram incluídos na mesma categoria (considerados como AME), que ocorreu somente aos seis meses de vida do prematuro. Optou-se por considerar o AME incluindo o AMP pelo fato dos bebês em ambas as categorias só receberem leite humano e por haver pouca frequência do AME na amostra, conforme mencionado anteriormente.

Os resultados da análise bruta dos fatores maternos e neonatais associados à presença de AME em prematuros nos três períodos estudados, estão apresentados na Tabela 5. Inclui-se no modelo final ajustado as variáveis que apresentaram valor de $p < 0,25$ na análise bruta.

Na regressão bruta no momento da alta hospitalar obteve-se relação significativa ($p < 0,05$) entre AME e o hospital em que os participantes foram internados ($p < 0,01$); na comparação entre hospitais no M1 ($p < 0,01$); entre o AME e a idade gestacional ($p < 0,01$); o peso ao nascer ($p < 0,01$); a duração da hospitalização do prematuro em unidades neonatais ($p < 0,01$); e a dificuldade para amamentar durante a hospitalização ($p = 0,02$).

Durante o primeiro mês após a alta hospitalar, as variáveis significativas em relação ao AME em prematuros foram o hospital em que os prematuros foram internados ($p < 0,01$); o hospital em que foram internados no M1 ($p < 0,01$); a idade gestacional ($p < 0,01$); o peso ao nascer ($p < 0,01$); a duração total da hospitalização do prematuro ($p < 0,01$); o fato da mãe trabalhar ou não fora de casa ($p = 0,03$) e o tipo de gestação ($p = 0,02$).

Aos seis meses de vida do prematuro, nenhuma variável analisada foi estatisticamente significativa para o AME.

Tabela 5 - Análise bruta da associação das variáveis maternas e neonatais com o AME na alta hospitalar, no primeiro mês após a alta hospitalar e aos seis meses de vida do prematuro. Sudeste, 2014-2017.

Variáveis		AME na alta hospitalar (n=162)		AME no 1º mês após a alta (n=160)		AME aos seis meses (n=153)	
		OR (IC 95%)	Valor p	OR (IC 95%)	Valor p	OR (IC 95%)	Valor p
<i>Hospital</i>							
Intervenção		8,25 (2,78 - 24,54)	<0,01**	5,30 (1,88 - 14,94)	<0,01**	3,92 (0,77 - 19,86)	0,10*
Controle		1,00		1,00		1,00	
<i>Momento</i>							
M2		1,04 (0,46 - 2,33)	0,92	0,72 (0,31 - 1,64)	0,42	0,73 (0,22 - 2,42)	0,60
M1		1,00		1,00		1,00	
<i>Momento x Hospital</i>							
Controle	M2	5,67 (0,49 - 64,99)	0,16*	2,75 (0,39 - 19,35)	0,30	0,96 (0,05 - 19,15)	0,98
	M1	1,00		1,00		1,00	
Intervenção	M2	0,77 (0,29 - 2,03)	0,59	0,50 (0,19 - 1,36)	0,17*	0,71 (0,19 - 2,66)	0,60
	M1	1,00		1,00		1,00	
M1	Intervenção	28,52 (3,03-268-85)	<0,01**	12,96 (2,35 - 71,40)	<0,01**	4,48 (0,46 - 44,03)	0,19*
	Controle	1,00		1,00		1,00	
M2	Intervenção	3,89 (0,99 - 15,14)	0,05*	2,37 (0,60 - 9,37)	0,21*	3,31 (0,32 - 34,21)	0,30
	Controle	1,00		1,00		1,00	
<i>Idade da mãe</i>		1,02 (0,96 - 1,08)	0,58	1,03 (0,97 - 1,09)	0,39	1,04 (0,95 - 1,13)	0,36
<i>Escolaridade da mãe</i>							
≥ 8 anos		0,99 (0,41 - 2,44)	0,99	0,65 (0,27 - 1,60)	0,34	0,68 (0,20 - 2,35)	0,53
< 8 anos		1,00		1,00		1,00	
<i>Estado civil</i>							
Casada/união consensual		1,67 (0,74 - 3,76)	0,20*	2,18 (0,94 - 5,04)	0,07*	1,35 (0,41 - 4,46)	0,61
Solteira/divorciada/viúva		1,00		1,00		1,00	

- continua -

- conclusão -

Variáveis	AME na alta hospitalar (n=162)		AME no 1º mês após a alta (n=160)		AME aos seis meses (n=153)	
	OR (IC 95%)	Valor <i>p</i>	OR (IC 95%)	Valor <i>p</i>	OR (IC 95%)	Valor <i>p</i>
<i>Mãe trabalha fora</i>						
Não	1,91 (0,84 - 4,32)	0,12*	2,54 (1,09 - 5,93)	0,03**	2,47 (0,68 - 8,99)	0,16*
Sim	1,00		1,00		1,00	
<i>Renda familiar</i>						
> 2 salários mínimos ^a	2,07 (0,91 - 4,72)	0,08*	1,04 (0,45 - 2,43)	0,92	0,43 (0,10 - 1,76)	0,23*
≤ 2 salários mínimos ^a	1,00		1,00		1,00	
<i>Experiência prévia no AM</i>						
Sim	1,02 (0,46 - 2,29)	0,96	1,34 (0,59 - 3,07)	0,47	1,29 (0,39 - 4,26)	0,66
Não	1,00		1,00		1,00	
<i>Tipo de gestação</i>						
Única	1,69 (0,73 - 3,94)	0,21*	3,06 (1,25 - 7,55)	0,02**	4,96 (0,99 - 24,97)	0,05*
Múltipla	1,00		1,00		1,00	
<i>Idade gestacional (dias)</i>	1,05 (1,02 - 1,08)	<0,01**	1,04 (1,01 - 1,07)	<0,01**	1,01 (0,98 - 1,04)	0,71
<i>Peso ao nascer (100 gramas) ^b</i>	1,14 (1,06 - 1,22)	<0,01**	1,12 (1,04 - 1,20)	<0,01**	1,04 (0,95 - 1,13)	0,41
<i>Duração da internação (dias)</i>	0,93 (0,89 - 0,96)	<0,01**	0,96 (0,93 - 0,98)	<0,01**	0,99 (0,97 - 1,02)	0,57
<i>Peso na alta hospitalar (100 gramas) ^b</i>	0,96 (0,88 - 1,04)	0,30	0,98 (0,90 - 1,06)	0,59	0,96 (0,84 - 1,10)	0,54
<i>Patologia/Complicações durante hospitalização</i>						
Não	2,04 (0,87 - 4,79)	0,10*	1,39 (0,58 - 3,32)	0,45	1,74 (0,52 - 5,84)	0,35
Sim	1,00		1,00		1,00	
<i>Dificuldades para amamentar durante hospitalização do bebê</i>						
Não	2,85 (1,20 - 6,72)	0,02**	1,93 (0,82 - 4,52)	0,12*	1,38 (0,40 - 4,71)	0,60
Sim	1,00		1,00		1,00	

^a Salário mínimo referente à R\$724,00 (2014)

AME = Aleitamento Materno Exclusivo

^b A estimativa se refere a um incremento na variável

AM= Aleitamento Materno

IC= Intervalo de Confiança

p*<0,25*p*<0,05

OR= Odds Ratio

As variáveis que obtiveram valor de $p < 0,25$ na análise de regressão bruta, em cada momento, compuseram o modelo para a análise ajustada. Assim, na alta hospitalar foram incluídas na regressão ajustada as seguintes variáveis: hospital, momento, interação entre hospital e momento, estado civil, mãe trabalha fora de casa, renda familiar mensal, tipo de gestação, idade gestacional, peso ao nascer, duração da internação do prematuro, presença de patologias/complicações e dificuldades de amamentar durante hospitalização. No primeiro mês após a alta hospitalar foram incluídas na regressão ajustada as variáveis: hospital, momento, interação entre hospital e momento, estado civil, mãe trabalha fora de casa, tipo de gestação, idade gestacional, peso ao nascer, duração da internação e dificuldades de amamentar o prematuro. Aos seis meses as variáveis hospital, momento, interação entre hospital e momento, mãe trabalha fora de casa, renda familiar mensal, e tipo de gestação apresentaram $p < 0,25$ e entraram para o modelo de regressão final.

No modelo final ajustado, as variáveis que foram estatisticamente significantes na relação com o AME, na alta hospitalar, foram o hospital ($p < 0,01$), a comparação entre hospital controle e intervenção dentre os prematuros participantes no M1 ($p < 0,01$) e do M2 ($p = 0,04$), e a duração da internação do prematuro ($p = 0,04$), conforme demonstrado na Tabela 6. No primeiro mês pós-alta, as variáveis significantes para o AME, apresentadas na Tabela 7, foram o hospital em que os prematuros estavam internados ($p = 0,02$) e a comparação entre hospital controle e intervenção dentre os prematuros participantes no M1 ($p = 0,02$). Na Tabela 8, aos seis meses de vida, o AME não foi significativamente associado a qualquer variável incluída no modelo.

Tabela 6 - Modelo da análise ajustada da associação das variáveis maternas e neonatais com o AME de prematuros na alta hospitalar. Sudeste, 2014-2017.

Variáveis			AME na alta hospitalar (n=162)	
			Odds Ratio (IC 95%)	Valor p
<i>Hospital</i>				
Intervenção			33,30 (4,40 – 252,10)	<0,01*
Controle			1,00	
<i>Momento</i>				
M2			0,96 (0,16 – 5,60)	0,96
M1			1,00	
<i>Momento x Hospital</i>				
Controle	M2		3,28 (0,16 – 65,38)	0,42
	M1		1,00	
Intervenção	M2		0,28 (0,056 – 1,42)	0,12
	M1		1,00	
M1	Intervenção		114,27 (5,99 – 2179,14)	<0,01*
	Controle		1,00	
M2	Intervenção		9,71 (1,07 – 87,99)	0,04*
	Controle		1,00	
<i>Estado civil</i>				
Casada/união consensual			0,51 (0,13 – 1,97)	0,31
Solteira/divorciada/viúva			1,00	
<i>Mãe trabalha fora</i>				
Não			1,69 (0,42 – 6,80)	0,44
Sim			1,00	
<i>Renda familiar</i>				
>2 salários mínimos ^a			2,93 (0,72 – 11,92)	0,13
≤2 salários mínimos ^a			1,00	
<i>Tipo de gestação</i>				
Única			0,58 (0,12 – 2,72)	0,47
Múltipla			1,00	
<i>Idade gestacional (dias)</i>			0,97 (0,91 – 1,04)	0,33
<i>Peso ao nascer (100 gramas) ^b</i>			1,14 (0,98 – 1,34)	0,09
<i>Duração da internação (dias)</i>			0,94 (0,89 – 0,99)	0,04*
<i>Patologia/Complicações durante hospitalização</i>				
Não			2,00 (0,45 – 8,96)	0,35
Sim			1,00	
<i>Dificuldades para amamentar durante hospitalização do bebê</i>				
Não			3,91 (0,93 – 16,35)	0,06
Sim			1,00	

^a Salário mínimo = R\$ 724,00 (2014); ^b A estimativa se refere a um incremento na variável; AME= Aleitamento Materno Exclusivo; IC= intervalo de confiança; *p<0,05

Na alta hospitalar, o hospital em que o prematuro ficou internado foi considerado um fator significativo ($p < 0,01$) para a prevalência do AME quando controlados os fatores de exposição. Assim, os prematuros internados no hospital intervenção, independente do momento (M1 ou M2) em que participaram, tinham maior chance de estarem em AME na alta hospitalar, se comparados com os prematuros internados no hospital controle. Dentre os prematuros participantes no M1, a chance de AME na alta nos prematuros internados no hospital intervenção é maior do que no hospital controle. A mesma relação se deu no M2, no qual os prematuros internados no hospital intervenção continuaram tendo maiores chances de estarem em AME na alta hospitalar em relação aos prematuros internados no hospital controle (Tabela 6).

Dentre as variáveis maternas e neonatais, apenas a duração da hospitalização do prematuro se mostrou como um fator associado ao AME na alta hospitalar de prematuros ($p = 0,04$), sendo que a cada um dia em que o bebê permanece internado no hospital, a chance desse prematuro estar em AME no momento da alta diminui em 6% (Tabela 6).

Apesar da idade gestacional, peso ao nascer e dificuldades de amamentar durante a internação se mostrarem estatisticamente significantes na relação com o AME na análise bruta desta amostra, quando outras variáveis de exposição foram controladas, estes fatores deixaram de ter relação significativa com o AME na alta hospitalar.

Tabela 7 - Modelo da análise ajustada da associação das variáveis maternas e neonatais com o AME no primeiro mês após a alta hospitalar. Sudeste, 2014-2017.

Variáveis		AME no 1º mês após a alta (n=160)	
		Odds ratio (IC 95%)	Valor <i>p</i>
<i>Hospital</i>			
Intervenção		5,50 (1,30 - 23,34)	0,02*
Controle		1,00	
<i>Momento</i>			
M2		0,96 (0,26 - 3,53)	0,94
M1		1,00	
<i>Momento x Hospital</i>			
Controle	M2	2,59 (0,27 - 25,17)	0,40
	M1	1,00	
Intervenção	M2	0,35 (0,09 - 1,33)	0,12
	M1	1,00	
M1	Intervenção	14,91 (1,72 - 129,32)	0,02*
	Controle	1,00	
M2	Intervenção	2,03 (0,36 - 11,55)	0,41
	Controle	1,00	
<i>Estado civil</i>			
Casada/união consensual		1,11 (0,35 - 3,56)	0,86
Solteira/divorciada/viúva		1,00	
<i>Mãe trabalha fora</i>			
Não		2,79 (0,88 - 8,80)	0,08
Sim		1,00	
<i>Tipo de gestação</i>			
Única		2,74 (0,73 - 10,36)	0,13
Múltipla		1,00	
<i>Idade gestacional (dias)</i>		0,99 (0,94 - 1,06)	0,97
<i>Peso ao nascer (100 gramas) ^a</i>		1,08 (0,95 - 1,22)	0,25
<i>Duração da internação (dias)</i>		0,97 (0,94 - 1,01)	0,16
<i>Dificuldades para amamentar durante hospitalização do bebê</i>			
Não		2,06 (0,61 - 6,95)	0,23
Sim		1,00	

AME= Aleitamento Materno Exclusivo IC= Intervalo de Confiança

^a Estimativa se refere a um incremento na variável * $p < 0,05$

Assim como na alta hospitalar, durante o primeiro mês pós-alta ou no domicílio a variável hospital e a interação entre momento e hospital foram as que tiveram relação estatisticamente significativa com o AME nos prematuros.

Os prematuros internados no hospital intervenção, independente do momento (M1 ou M2) em que participaram, tinham 5,5 vezes a chance dos internados no hospital controle de estarem em AME no primeiro mês após a alta hospitalar. Ademais, dentre todos os prematuros participantes no M1, antes da implementação da IHAC-Neo, aqueles que ficaram internados no hospital intervenção, continuaram tendo maior chance de estarem em AME no domicílio em relação aos que ficaram internados no controle, apesar da chance ter diminuído em relação à alta hospitalar (Tabela 7).

As demais variáveis maternas e neonatais estatisticamente significantes na análise bruta (idade gestacional, peso ao nascer, duração da internação do prematuro, mãe trabalhar fora de casa, tipo de gestação) não apresentaram relação significativa com o AME durante o primeiro mês após a alta ao serem ajustados com outras variáveis no modelo final.

Tabela 8 - Modelo da análise ajustada da associação das variáveis maternas e neonatais com o AME aos seis meses de vida do prematuro. Sudeste, 2014-2017.

Variáveis		AME aos seis meses de vida (n=153)	
		Odds ratio (IC 95%)	Valor p
<i>Hospital</i>			
	Intervenção	2,61 (0,46 - 15,00)	0,27
	Controle	1,00	
<i>Momento</i>			
	M2	0,89 (0,16 - 5,04)	0,89
	M1	1,00	
<i>Momento x Hospital</i>			
Controle	M2	0,82 (0,04 - 18,12)	0,90
	M1	1,00	
Intervenção	M2	0,97 (0,23 - 4,09)	0,96
	M1	1,00	
M1	Intervenção	2,41 (0,22 - 26,83)	0,46
	Controle	1,00	
M2	Intervenção	2,84 (0,25 - 32,41)	0,39
	Controle	1,00	

- continua -

- conclusão -

Variáveis	AME aos seis meses de vida (n=153)	
	Odds ratio (IC 95%)	Valor p
<i>Mãe trabalha fora</i>		
Não	2,40 (0,59 - 9,75)	0,21
Sim	1,00	
<i>Renda familiar</i>		
>2 salários mínimos ^a	0,44 (0,09 - 2,11)	0,29
≤2 salários mínimos ^a	1,00	
<i>Tipo de gestação</i>		
Única	4,40 (0,78 - 24,70)	0,09
Múltipla	1,00	

^a Salário mínimo = R\$ 724,00 (2014)* $p < 0,05$

AME= Aleitamento Materno Exclusivo

IC= Intervalo de Confiança

Aos seis meses de vida do prematuro, nenhuma variável estudada mostrou-se significativa com o AME no modelo ajustado, ao controlar variáveis confundidoras para a prevalência do AME nesta população (Tabela 8).

5.2 Adesão às diretrizes da IHAC-Neo

Inicialmente apresenta-se a caracterização dos profissionais de saúde e das mães entrevistados nos hospitais intervenção e controle para preenchimento da ferramenta de avaliação da IHAC-Neo. Após, relata-se os resultados do nível de adesão aos Três Princípios Norteadores e Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno da IHAC-Neo, além do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno, nos dois momentos (intragrupos M1 e M2 em cada hospital) e nos dois hospitais (intergrupos intervenção e controle em cada momento).

5.2.1 Caracterização dos profissionais e mães entrevistados

No hospital intervenção foram entrevistados 41 **profissionais de saúde** atuantes nas unidades neonatais tanto no M1 quanto no M2, incluindo os diretores/gestores de enfermagem e de medicina das unidades neonatais. Nove profissionais foram substituídos no M2.

No hospital controle foram entrevistados 49 profissionais de saúde no M1 e 47 profissionais no M2, também incluindo os diretores/gestores das unidades neonatais e com 16 profissionais substituídos no M2.

Apresenta-se na Tabela 9 a caracterização desses profissionais entrevistados no hospital intervenção e no hospital controle em ambos os momentos, devido substituições realizadas.

Tabela 9 - Distribuição das características dos profissionais entrevistados sobre a adesão à IHAC-Neo nos hospitais intervenção e controle e no M1 e M2. Sudeste, 2014-2016.

Variáveis	Hospital Intervenção		Hospital Controle	
	M1 (n=41)	M2 (n=41)	M1 (n=49)	M2 (n=47)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
<i>Nível de formação</i>				
Nível médio	22 (53,7)	22 (53,7)	23 (46,9)	13 (27,7)
Graduação	8 (19,5)	4 (9,8)	3 (6,1)	10 (21,3)
Especialização (>360h)	8 (19,5)	8 (19,5)	13 (26,5)	11 (23,4)
Mestrado	2 (4,9)	5 (12,2)	7 (14,3)	10 (21,3)
Doutorado	0 (0)	1 (2,4)	3 (6,1)	3 (6,4)
Pós-doutorado	1 (2,4)	1 (2,4)	0 (0,0)	0 (0,0)
<i>Turno de trabalho</i>				
Diurno (manhã e tarde)	16 (39,0)	12 (29,3)	33 (67,3)	9 (19,1)
Manhã	10 (24,4)	8 (19,5)	6 (12,2)	17 (36,2)
Tarde	5 (12,2)	4 (9,8)	8 (16,3)	0 (0,0)
Noturno	9 (22,0)	14 (34,1)	2 (4,1)	16 (34,0)
Diurno ou Noturno	1 (2,4)	3 (7,3)	2 (4,1)	5 (10,6)
<i>Mais de um vínculo de trabalho</i>				
Sim	9 (22,0)	6 (14,6)	22 (44,9)	17 (36,2)
Não	32 (78,0)	35 (85,4)	27 (55,1)	30 (63,8)
<i>Orientação recebida sobre a política de amamentação quando começou a trabalhar na unidade</i>				
Sim	31 (75,6)	34 (82,9)	37 (75,5)	41 (87,2)
Não	10 (24,4)	7 (17,1)	12 (24,5)	6 (12,8)
<i>Cursos ou treinamento prático em amamentação e práticas amigas da criança realizados desde que passou a integrar a equipe da unidade</i>				
Sim	29 (70,7)	39 (95,1)	43 (87,8)	44 (93,6)
Não	12 (29,3)	2 (4,9)	6 (12,2)	3 (6,4)
<i>Duração do curso realizado</i>				
	n=29	n=39	n=43	n=44
Menos que 20 horas	10 (34,5)	17 (43,6)	1 (2,3)	0 (0,0)
20 horas ou mais	17 (58,6)	20 (51,3)	42 (97,7)	44 (100)
Não sabe	2 (6,9)	2 (5,1)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)
<i>Tempo de trabalho na UN (meses)</i>	100 (105)	132 (102)	104 (108)	106 (113)

UN= Unidade Neonatal

A maioria dos profissionais entrevistados no hospital intervenção tinha nível médio (M1 e M2=53,7% – 22), com apenas este vínculo de trabalho (M1=78,0% – 32; M2=85,4% – 35) e medianas de 76 e 130 meses de trabalho na unidade neonatal, respectivamente em M1 e M2. Houve aumento na frequência de profissionais que receberam orientações sobre a política de AM quando iniciou o trabalho na unidade neonatal no M2 (M1=75,6% – 31 para M2=82,9% – 34), assim como a realização de cursos e/ou treinamentos práticos sobre AM (M1=70,7% – 29 para M2=95,1% – 39), o qual já era esperado devido às ações da implementação da IHAC-Neo no hospital intervenção.

No hospital controle, a maioria dos profissionais entrevistados tinha nível médio (M1=46,9% – 23; M2=27,7% – 13), apenas um vínculo de trabalho (M1=55,1% – 27; M2=63,8% – 30) e medianas de 72 e 60 meses trabalhando na unidade neonatal, respectivamente em M1 e M2. Houve pouco aumento nos relatos sobre orientações da política de AM quando iniciou o trabalho na unidade neonatal (M1=75,5% – 37; M2=87,2% – 41) e sobre realização de cursos e/ou treinamentos práticos sobre AM depois de já estar trabalhando na unidade (M1=87,8% – 43; M2=93,6% – 44).

Em relação às **mães**, foram entrevistadas 21 em cada momento da coleta em ambos os hospitais, sendo coletados dados de caracterização materna e do bebê além das perguntas específicas para avaliar a adesão à IHAC-Neo. Diferentemente do ocorrido com os profissionais, as amostras de mães entrevistadas no M1 e no M2 foram independentes.

A Tabela 10, a seguir, apresenta os dados de caracterização das mães entrevistadas sobre a adesão à IHAC-Neo em cada hospital (intervenção e controle), em ambos os momentos (M1 e M2).

Tabela 10 - Distribuição das características das mães de prematuros entrevistadas sobre a adesão à IHAC-Neo no hospital intervenção e no hospital controle no M1 e no M2. Sudeste, 2014-2016.

Variáveis	Hospital Intervenção		Hospital Controle	
	M1	M2	M1	M2
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
<i>Escolaridade materna</i>				
< 8 anos	1 (4,8)	0 (0,0)	1 (4,8)	2 (9,5)
≥ 8 anos	20 (95,2)	21 (100)	20 (95,2)	19 (90,5)
<i>Estado civil</i>				
Casada / união consensual	17 (81,0)	8 (38,1)	18 (85,7)	8 (38,1)
Solteira / divorciada	4 (19,0)	13 (61,9)	3 (14,3)	13 (61,9)
<i>Primípara</i>				
Sim	14 (66,7)	8 (38,1)	10 (47,6)	6 (28,6)
Não	7 (33,3)	13 (61,9)	11 (52,4)	15 (71,4)
<i>Tipo de gestação</i>				
Única	19 (90,5)	18 (85,7)	14 (66,7)	13 (61,9)
Múltipla	2 (9,5)	3 (14,3)	7 (33,3)	8 (38,1)
<i>Tipo de parto</i>				
Vaginal	10 (47,6)	9 (42,9)	4 (19,0)	5 (23,8)
Cesárea	11 (52,4)	12 (57,1)	17 (81,0)	16 (76,2)
<i>Sexo</i>				
Masculino	13 (61,9)	14 (66,7)	10 (47,6)	17 (81,0)
Feminino	8 (38,1)	7 (33,3)	11 (52,4)	4 (19,0)
<i>Idade gestacional</i>				
< 32 semanas	9 (42,9)	10 (47,6)	10 (47,6)	5 (23,8)
≥ 32 semanas	12 (57,1)	11 (52,4)	11 (52,4)	16 (76,2)
<i>Peso ao nascer</i>				
<1500 g	12 (57,1)	8 (38,1)	10 (47,6)	5 (23,8)
≥1500 g	9 (42,9)	13 (61,9)	11 (52,4)	16 (76,2)
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)
<i>Idade materna (anos)</i>	26,7 (8,9)	26,7 (7,1)	28,1 (6,7)	28,6 (7,6)

No hospital intervenção, a média de idade materna foi a mesma em ambos os momentos (26,7 anos) e a maioria das mães tinha oito anos ou mais de estudo (M1=95,2% – 20; M2= 100% – 21), gestação única (M1=90,5% – 19; M2=85,7% – 18) e parto atual cesáreo (M1=52,4% – 11; M2=57,1% – 12). Primíparas e mães casadas ou em união consensual foram mais frequentes em M1 (66,7% e 81,0%, respectivamente). A maioria dos prematuros era do gênero masculino (M1=61,9% – 13; M2=66,7% – 14), com idade gestacional maior ou igual a

32 semanas (M1=57,1% – 12; M2=52,4% – 11).

No hospital controle, as mães participantes de ambos os momentos tiveram idade média parecidas (28 anos), predominando escolaridade maior ou igual a oito anos (M1=95,2% – 20; M2=90,5% – 19), múltiparas (M1=52,4% – 11; M2=71,4% – 15), com gestação única (M1=66,7% – 14; M2=61,9% – 13) e parto atual cesáreo (M1=81,0% – 17; M2=76,2% – 16). Houve predomínio de prematuros do sexo feminino em M1 (52,4% – 11) e masculino em M2 (81,0% – 17), nascidos com 32 semanas ou mais (M1=52,4% – 11; M2=76,2% – 16) e com peso maior ou igual a 1500g (M1=52,4% – 11; M2=76,2% – 16).

5.2.2 Escores de adesão à IHAC-Neo

Obtido mediante a triangulação dos dados coletados em entrevistas com as mães e profissionais de saúde, observação das unidades neonatais e análise documental por observadores externos em ambos os hospitais e momentos, obteve-se o escore de adesão parcial a cada Passo (de 0 a 1) e o escore de adesão global aos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno em Prematuros adaptados às Unidades Neonatais (de 0 a 10), o escore de adesão parcial de cada Princípio (de 0 a 1) e global aos Três Princípios Norteadores da IHAC-Neo (de 0 a 3), bem como o escore de adesão ao Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno (de 0 a 1), mediante uso da ferramenta eletrônica de avaliação da IHAC-Neo.

Inicia-se com a apresentação intragrupos (M1 e M2) no hospital intervenção e depois no controle, seguida da apresentação intergrupos (hospital intervenção e controle) no M1 e depois no M2, com dois gráficos cada, sendo um relativo aos escores de adesão aos Dez Passos e o outro com os escores de adesão aos Três Princípios e ao Código.

No hospital intervenção, ao se comparar o momento antes e após a implementação da IHAC-Neo, pode-se identificar um aumento nos escores de adesão à IHAC-Neo da grande maioria dos Passos e um aumento considerável do escore de adesão global aos **Dez Passos**, passando de 3,27 (=33% de adesão) no M1 para 6,70 (=67% de adesão) no M2, conforme consta do Gráfico 2.

Antes da implementação da IHAC-Neo, M1, o maior escore de adesão no hospital intervenção foi o Passo 3 (informar gestante hospitalizada em risco de um nascimento prematuro ou de um bebê doente em relação ao manejo da lactação e amamentação e os benefícios do AM) com 0,80; seguido do Passo 1 (ter política de AM escrita, rotineiramente

comunicada a todos da equipe de saúde) com 0,40 e do Passo 2 (educação e treinamento de toda equipe no conhecimento e habilidades específicas necessárias para implementar a política) com 0,36. O Passo 8 (encorajar a amamentação por livre demanda ou alimentação em semidemanda como uma estratégia de transição para prematuros e bebês doentes) e Passo 9 (usar alternativas que não a mamadeira até a amamentação estar bem estabelecida e somente usar chupetas e protetores de mamilos com razões justificáveis), respectivamente com 0,14 e 0,15, foram os Passos com menor adesão neste momento.

Após a implementação da IHAC-Neo, M2, o Passo 3 foi o único que atingiu escore 1, ou seja, 100% de adesão. Ao comparar M1 com M2, os Passos com maior aumento nos escores de adesão foram: Passo 8 (de 0,14 para 0,86) e o Passo 9 (de 0,15 para 0,62); outros Passos que se destacaram no aumento do escore de adesão foram: Passo 5 (apresentar às mães como iniciar e manter a lactação e estabelecer precocemente a amamentação com a estabilidade do bebê como único critério – de 0,33 para 0,72), Passo 2 (de 0,36 para 0,79), Passo 4 (encorajar o contato pele a pele mãe-bebê precoce, contínuo e prolongado sem restrições injustificáveis – de 0,20 para 0,60), Passo 1 (de 0,40 para 0,80), Passo 7 (permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia – de 0,25 para 0,50) e Passo 10 (preparar os pais para continuar a amamentação e assegurar acesso aos serviços de apoio/grupos após a alta hospitalar – de 0,30 a 0,60).

Nesta mesma instituição, apenas o Passo 6 (não oferecer ao RN qualquer alimento ou líquido a não ser o leite materno, exceto se indicado pelo médico) teve uma diminuição no escore de adesão (de 0,33 para 0,22) quando comparados os momentos antes e após a intervenção.

Gráfico 2 - Escores parciais e global de adesão aos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno da IHAC-Neo no hospital intervenção nos momentos 1 e 2. Sudeste, 2014-2016.

Da análise do Gráfico 3 verifica-se que, após a implementação da IHAC-Neo, no hospital intervenção, o escore global de adesão aos **Três Princípios Norteadores** também aumentou consideravelmente de 1,30 para 2,58 correspondendo respectivamente a 43% e 86% de adesão. Houve aumento do escore de adesão parcial em cada Princípio, sendo maior no Princípio Norteador 1 (atitude da equipe deve focar e responder às necessidades individuais de cada mãe no seu contexto - de 0,50 para 1,00) e Princípio Norteador 2 (facilitar a abordagem do cuidado centrado na família – de 0,30 para 0,70). Também aumentou o escore de adesão ao **Código** de 0,56 para 0,81, o que correspondem ao aumento da adesão de 56% para 81%.

Gráfico 3 - Escores parciais e global de adesão aos Três Princípios Norteadores da IHAC-Neo e escore de adesão ao Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno no hospital intervenção nos momentos 1 e 2. Sudeste, 2014-2016.

No Gráfico 4 verifica-se que no hospital controle, o escore global de adesão aos **Dez Passos** aumentou de 5,54 para 6,68 representando adesão de 55% e 67%, respectivamente. Destaca-se aumento na maioria dos Passos, em especial no Passo 3 (informar a gestante hospitalizada em risco de um nascimento prematuro ou de um bebê doente em relação ao manejo da lactação e amamentação e os benefícios do AM) e Passo 7 (permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia) que tiveram maior aumento e atingiram escore 1 ou 100% de adesão à IHAC-Neo. Houve redução no escore de adesão ao Passo 8 (encorajar a amamentação por livre demanda ou, quando necessário, alimentação em semidemanda como uma estratégia de transição para prematuros e bebês doentes – de 0,57 para 0,43) e Passo 9 (usar alternativas que não a mamadeira até a amamentação estar bem estabelecida e usar chupetas e protetores de mamilos apenas com razões justificáveis – de 0,31 para 0,23).

Gráfico 4 - Escores parciais e global de adesão aos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno da IHAC-Neo no hospital controle nos momentos 1 e 2. Sudeste, 2014-2016.

Da análise do Gráfico 5 verifica-se que, em relação aos **Três Princípios Norteadores** da IHAC-Neo, o hospital controle aumentou o escore global de 2,13 para 2,48 correspondendo a 71% e 83% de adesão. O escore parcial do Princípio 1 (atitude da equipe deve focar e responder às necessidades individuais de cada mãe no seu contexto) se manteve em 1 (100% de adesão) nos dois momentos. Quanto à adesão ao **Código**, o hospital controle não apresentou um escore muito alto, embora tenha aumentado de 0,25 para 0,38 correspondendo a 25% e 38% de adesão, respectivamente.

Gráfico 5 - Escores parciais e global de adesão aos Três Princípios Norteadores da IHAC-Neo e escore de adesão ao Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno no hospital controle nos momentos 1 e 2. Sudeste, 2014-2016.

O Gráfico 6 apresenta os escores parciais e global de adesão aos **Dez Passos** para a IHAC-Neo no **M1**, comparando entregupos (hospital intervenção vs hospital controle), obtendo-se escore global de adesão muito menor no primeiro hospital ($3,27 = 33\%$ de adesão) em comparação com o controle ($5,54 = 55\%$ de adesão). É possível identificar diferenças nas práticas realizadas em ambos os hospitais, sendo que na maioria dos Passos, o hospital intervenção apresentou escores parciais de adesão menores (metade ou mais, no geral) em comparação com o controle, destacando-se o Passo 8 ($0,14$ vs $0,57$); exceções ocorreram apenas no Passo 3 ($0,80$ vs $0,60$) e Passo 6 ($0,33$ em ambos).

Ao se considerar o parâmetro de 80% de adesão, constatam-se que no hospital intervenção apenas o Passo 3 (informar gestantes hospitalizadas em risco de um nascimento prematuro ou de um bebê doente em relação ao manejo da lactação e amamentação e os benefícios do AM) esteve satisfatoriamente implantado no M1 (80% de adesão), enquanto que no hospital controle foi o Passo 1 (ter política escrita de AM) no M1 (80% de adesão).

Gráfico 6 - Escores parciais e global de adesão aos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno da IHAC-Neo nos hospitais intervenção e controle no M1. Sudeste, 2014-2015.

O Gráfico 7 mostra os escores parciais e global de adesão aos **Três Princípios Nortecedores** e ao **Código no M1**, em ambos os hospitais. O hospital intervenção também obteve escore global de adesão menor (1,30 = 43% de adesão) em comparação com o controle (2,13 = 71% de adesão), resultado de menores escores parciais, particularmente no Princípio Nortecedor 1 (0,50 vs 1,00). Diferentemente, o escore de adesão ao **Código** foi mais que o dobro no hospital intervenção em comparação com o controle (0,56 vs 0,25).

Apenas o Princípio Nortecedor 1 esteve totalmente implantado (100% de adesão) no M1 do hospital controle; os demais indicadores relativos aos Princípios Nortecedores e ao Código não atingiram adesão igual ou superior a 80%.

Gráfico 7 - Escores parciais e global de adesão aos Três Princípios Norteadores da IHAC-Neo e escore de adesão ao Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno nos hospitais intervenção e controle no M1. Sudeste, 2014-2015.

O Gráfico 8 mostra a adesão aos Dez Passos da IHAC-Neo no M2. Constatase que o hospital intervenção ultrapassou a adesão parcial obtida no controle no Passo 1 (ter política escrita de AM – 0,80 vs 0,60), Passo 5 (apresentar às mães como iniciar e manter a lactação e estabelecer precocemente a amamentação com a estabilidade do bebê como único critério – 0,72 vs 0,61), Passo 8 (encorajar amamentação por livre demanda ou, quando necessário, alimentação em semidemanda como uma estratégia de transição para prematuros e bebês doentes – 0,86 vs 0,43) e Passo 9 (usar alternativas que não a mamadeira até a amamentação estar bem estabelecida e usar chupetas e protetores de mamilos apenas com razões justificáveis – 0,62 vs 0,23). Apesar disto, o escore geral de adesão aos Dez Passos foi praticamente igual nos dois grupos.

Destacam-se que estavam totalmente implantados o Passo 3 nos dois hospitais e mais o Passo 7 no hospital controle. Ao se considerar o parâmetro de 80% de adesão, acrescentam ao hospital intervenção como satisfatoriamente implantados o Passo 1 (80%) e Passo 8 (86%), no M2, enquanto que no hospital controle foi o Passo 2 (86%).

Gráfico 8 - Escores parciais e global de adesão aos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno da IHAC-Neo nos hospitais intervenção e controle no M2. Sudeste, 2016.

No Gráfico 9 verificam-se que a adesão parcial aos Princípios Norteadores 1 e 3, bem como a adesão global estavam semelhantes nos dois hospitais, no M2. O hospital intervenção obteve adesão maior que o hospital controle no Princípio Norteador 2 (0,70 vs 0,60) e na adesão ao Código (0,81 vs 0,38).

Estavam totalmente implantados o Princípio Norteador 1 (100%) nos dois hospitais. Ao se considerar o parâmetro de 80% de adesão, constatam-se que no hospital intervenção também pode se considerar como implantados satisfatoriamente o Princípio Norteador 3 (88%), os Três Princípios (escore 2,58 = 86% de adesão) e o Código (81%); e no hospital controle a adesão global dos Três Princípios (escore 2,48 = 83% de adesão), particularmente o Princípio Norteador 3 (88%).

Gráfico 9 - Escores parciais e global de adesão aos Três Princípios Norteadores da IHAC-Neo e escore de adesão ao Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno nos hospitais intervenção e controle no M2. Sudeste, 2016.

Ao se avaliar a diferença entre os escores nos dois momentos da coleta de dados, antes e após a implementação da IHAC-Neo na unidade intervenção, conforme mostra a Tabela 11, é possível afirmar que em todos os indicadores a diferença é positiva, mostrando aumento nos escores de adesão, exceto no Passo 6 (- 0,11), enquanto no hospital controle três indicadores obtiveram diferença negativa com o decréscimo do escore no M2: Passos 1 (- 0,20), 8 (- 0,14) e 9 (- 0,08). Ainda a diferença positiva com aumento da adesão foi menor no grupo controle do que no hospital intervenção em dez indicadores: Passo 2, Passo 4, Passo 5, Passo 10, Dez Passos (global), nos Três Princípios Norteadores separadamente (três parciais) e o global, e no Código.

Tabela 11 - Escores parciais e globais de adesão à IHAC-Neo e a diferença entre os escores do M1 e do M2 nos hospitais intervenção e controle. Sudeste, 2014-2016.

Passos	Hospital Intervenção			Hospital Controle		
	M1	M2	Diferença	M1	M2	Diferença
1	0,40	0,80	+ 0,40	0,80	0,60	- 0,20
2	0,36	0,79	+ 0,43	0,64	0,86	+ 0,21
3	0,80	1,00	+ 0,20	0,60	1,00	+ 0,40
4	0,20	0,60	+ 0,40	0,50	0,70	+ 0,20
5	0,33	0,72	+ 0,39	0,56	0,61	+ 0,06
6	0,33	0,22	- 0,11	0,33	0,56	+ 0,23
7	0,25	0,50	+ 0,25	0,63	1,00	+ 0,38
8	0,14	0,86	+ 0,71	0,57	0,43	- 0,14
9	0,15	0,62	+ 0,46	0,31	0,23	- 0,08
10	0,30	0,60	+ 0,30	0,60	0,70	+ 0,10
Dez Passos global	3,27	6,70	+ 3,43	5,54	6,68	+ 1,15
Código	0,56	0,81	+ 0,25	0,25	0,38	+ 0,13
PN 1	0,50	1,00	+ 0,50	1,00	1,00	0,00
PN 2	0,30	0,70	+ 0,40	0,50	0,60	+ 0,10
PN 3	0,50	0,88	+ 0,38	0,63	0,88	+ 0,25
PN global	1,30	2,58	+ 1,28	2,13	2,48	+ 0,35

PN= Princípio Norteador da IHAC-Neo

5.3 Aspectos contextuais da implementação da IHAC-Neo

Os dados qualitativos coletados secundariamente durante toda a execução da pesquisa foram analisados e os principais deles apresentados a seguir, com vistas a permitir uma maior compreensão dos resultados da prevalência do AME em prematuros e dos escores de adesão às diretrizes da IHAC-Neo nos hospitais investigados.

Primeiramente, o hospital controle, que não recebeu a intervenção ativa nas suas unidades neonatais, durante todo o período de execução desta pesquisa, no monitoramento realizado verificou-se que houve implantação de ações relacionadas à ampliação da IHAC para o Cuidado Amigo da Mulher e, conseqüentemente, à promoção, proteção e apoio ao AM neste hospital. Foram informadas as seguintes ações desenvolvidas: novas normas, rotinas e protocolos da política de cuidados Amigo da Mulher e de livre acesso aos pais ao alojamento conjunto, UCIN, UTIN e maternidade; bem como capacitações e treinamentos para os

profissionais de saúde da área materno-infantil sobre a nova portaria da ampliação da IHAC e suas mudanças no hospital.

Nos meses de março e abril de 2015, o hospital carioca realizou o curso da IHAC com os objetivos de capacitar os profissionais da assistência materno-infantil na versão atualizada do Hospital Amigo da Criança e da Mulher, com enfoque nas diretrizes de aconselhamento em amamentação; revisão da implantação dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno e os nós críticos para a implementação das boas práticas de apoio ao AM no hospital; reflexão da equipe sobre a importância dos Dez Passos a fim de reduzir a morbimortalidade infantil e promover a humanização da assistência; promoção da sensibilização de funcionários, residentes e estagiários de diversos setores do hospital quanto à importância da IHAC. Este curso, com aulas teóricas e práticas, teve duração de 20 horas e abrangeu a maioria dos funcionários do hospital e todos os funcionários que atuam na assistência direta aos pacientes internados nas unidades neonatais, totalizando 110 participantes, conforme dado obtido na análise documental da instituição.

O hospital controle também realizou um programa de educação continuada sobre AM para todos os profissionais das unidades materno-infantil, incluindo as unidades neonatais, o qual foi gerenciado e realizado pelo Banco de Leite Humano. Durante a fase de implementação da IHAC-Neo no hospital intervenção, o hospital controle realizou dez ações de educação em saúde, incluindo cursos, oficinas, palestras e atividades extra hospitalares sobre diversos assuntos relacionados ao AM como manejo da amamentação, processo de pasteurização do leite humano doado, anatomia e fisiologia da amamentação, normas da IHAC, entre outros temas.

Além disso, o hospital controle recebeu uma nova avaliação da IHAC convencional realizada pelo Ministério da Saúde em setembro de 2015, período em que estava sendo realizado o processo de implementação da IHAC-Neo no hospital intervenção. Apesar desta avaliação não englobar diretamente os profissionais atuantes e os bebês internados em unidades neonatais, várias ações de promoção do AM e da IHAC foram realizadas para todos os funcionários da área materno-infantil, o que engloba estes.

Por outro lado, o hospital intervenção também realizou educação continuada e capacitações relacionadas ao AM durante a execução da pesquisa. Toda a educação em saúde realizada neste período foi parte integrante do processo de implementação da IHAC-Neo, guiada pelo referencial da KT, e das ações e estratégias propostas pelos membros do Conselho de Pesquisa e Prática (CPP) para atingirem as metas pactuadas. Durante este período de implementação da intervenção, 60,9% dos profissionais de saúde que atuavam diretamente na

assistência à gestante e neonato de risco foram capacitados para as diretrizes da IHAC-Neo; além de palestras e oficinas sobre método canguru, contato pele a pele e técnica adequada da translactação. As mães e familiares dos bebês internados nas unidades neonatais também receberam várias orientações e incentivos de acordo com os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno da IHAC-Neo.

Porém, neste hospital, o principal fato impactante ocorrido durante a execução desta pesquisa foi a implantação nas unidades neonatais do protocolo “Oferta de leite materno cru para recém-nascidos pré-termo”, elaborado em 23 de março de 2015 após reunião clínica da equipe de neonatologia e baseado em tese de doutorado sobre infecção pós-natal ao citomegalovírus (CMV).

Assim, apesar da infecção pós-natal por CMV pouco frequentemente desencadear sinais clínicos compatíveis com a doença citomegálica e as alterações laboratoriais serem em sua grande maioria transitórias, a equipe do hospital intervenção decidiu desenvolver e aplicar um protocolo de alimentação para oferta de leite cru para bebês com menor idade gestacional, ou seja, os bebês mais vulneráveis à infecção e sequelas do citomegalovírus. O hospital não realiza rotineiramente o teste laboratorial para avaliar infecção materna pelo citomegalovírus no pré-natal e nem no pós-parto.

O protocolo 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 do hospital intervenção em maio de 2015, durante o processo de implementação da IHAC-Neo e um pouco antes do CPP discutir metas factíveis 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) e 6 (Não oferecer ao RN qualquer alimento ou líquido a não ser o leite materno, exceto se indicado pelo médico), os quais estão diretamente ligados à amamentação precoce e alimentação exclusiva com leite

humano. A implantação deste protocolo no hospital intervenção impactou negativamente no desenvolvimento desta pesquisa, conforme descrições e relatos que se seguem.

As facilitadoras do processo de implementação da intervenção IHAC-Neo no hospital paulista relataram, segundo suas impressões pessoais, que o referido protocolo desestimulou os membros do CPP, assim como a equipe de enfermagem, de fonoaudiologia e do banco de leite humano, a promover, proteger e apoiar o AM e amamentação precoces em prematuros. Apesar deste protocolo ser baseado em evidências científicas, sua introdução nas rotinas das unidades neonatais levou ao impedimento do início precoce da amamentação nos prematuros, diminuiu a oferta de leite materno cru para essa clientela e, diminuiu indiretamente os estoques de leite humano que o BLH do hospital recebia das mães dos bebês internados nas unidades neonatais (segundo relatos nas reuniões do CPP), ações essas que contrariam as diretrizes da IHAC-Neo de estimular a amamentação precoce nessa população, as quais os membros do CPP estavam se engajando para implementar nas unidades neonatais.

A implantação deste protocolo fez com que os membros do CPP realizassem inúmeras discussões sobre as divergências entre o protocolo da oferta de leite cru e as diretrizes da IHAC-Neo, a fim de reduzir a interferência negativa do mesmo no sucesso do AM em prematuros. Uma das mudanças ocorridas a partir dessas discussões foi a readequação e flexibilização relativa do protocolo, no qual 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.

À ocasião, a fase de implementação da IHAC-Neo estava em seu oitavo mês, dentre os 16 meses de duração, e faltavam nove meses para início do recrutamento e coleta de dados do M2 neste hospital intervenção.

Destaca-se, que dentre os 49 prematuros incluídos na amostra no M2, seis (12,2%)

foram privados do início precoce da amamentação e sua oferta em livre ou semidemada, pois cinco destes prematuros (com idade gestacional <29 semanas) só puderam ser amamentados a partir de oito semanas de vida e um prematuro (com idade gestacional de 29 semanas) só pode ser amamentado a partir de 35 semanas de idade corrigida, conforme preconizado no protocolo.

Também segundo a perspectiva das facilitadoras do processo de implementação da IHAC-Neo no hospital intervenção, várias dificuldades foram enfrentadas para que os Dez Passos fossem praticados nas unidades neonatais. Uma das maiores dificuldades relatadas nesta fase foi a disponibilidade limitada dos membros do CPP para se dedicarem mais ao complexo processo de implementação da IHAC-Neo, que durou 16 meses, pois a grande maioria das atividades planejadas foi realizada durante a jornada de trabalho na instituição. Acresça-se ainda, a necessidade de expressiva mobilização institucional envolvendo todos os profissionais de saúde atuantes na assistência às gestantes e aos RN de risco no processo de mudanças das práticas baseadas nas diretrizes da IHAC-Neo.

Dentre as dificuldades percebidas pelas facilitadoras e que podem ter interferido no processo de implementação da intervenção inovadora guiada pelo referencial da KT estão:

- Dificuldades na articulação dos setores com maior governabilidade como chefia de enfermagem, chefia médica e diretoria do hospital, o que muitas vezes era necessário para colocar em prática as mudanças propostas pelo CPP.
- Falta de comunicação entre as diferentes categorias profissionais atuantes nas unidades neonatais, o que dificultava o consenso e a implantação das mudanças. O próprio processo de trabalho das unidades e a alta demanda de tarefas muitas vezes não permitiam que os profissionais de saúde discutissem questões referentes ao AM individualmente. Durante o processo de implementação da IHAC-Neo também houve implantação de norma institucional que proibia ultrapassar o período de seis horas de trabalho (registrado pelo cartão ponto), inviabilizando momentos conjuntos mais ampliados de passagem de plantão principalmente da equipe de enfermagem. Além disso, as unidades neonatais não apresentaram rondas e discussões multidisciplinar da assistência aos bebês internados, o que poderia auxiliar na comunicação e consenso do plano alimentar de cada prematuro.
- Menor participação da equipe médica nas reuniões do CPP e na tomada de decisões, sendo as enfermeiras e a fonoaudióloga, os profissionais mais assíduos e participativos durante toda a implementação da IHAC-Neo; por outro lado, a equipe médica era a que mais detinha governabilidade na instituição para realizar mudanças mais amplas e necessárias.

- Mudança nos membros do CPP durante a fase de implementação devido demissões, transferências, mudanças de turnos, sendo substituídos por outros no meio do processo. Demissões e transferências também ocorreram entre os profissionais atuantes nas unidades neonatais, além de grande rotatividade de residentes de pediatria e neonatologia. Estas mudanças frequentes nem sempre permitiram que todos os novos admitidos fossem treinados sobre o manejo da amamentação e a IHAC em curto período de tempo.
- Dificuldades dos profissionais de saúde em inserir evidências científicas de alto impacto para as mudanças das práticas relacionadas ao AM em prematuros, especialmente pela falta de tempo e pelas dificuldades dos profissionais em ter acesso às evidências atualizadas e em realizar leituras na língua inglesa.
- Dificuldades de alguns profissionais da saúde, especialmente os que trabalham há vários anos nas unidades neonatais, aceitarem a adesão às mudanças nas práticas clínicas e rotinas das unidades.
- Apesar de as enfermeiras terem autonomia para avaliar o início da amamentação em prematuros, isto não era uma constante nas unidades neonatais, sendo que, principalmente no início da implementação da IHAC-Neo, a amamentação ainda era iniciada, na maioria das vezes, após liberação médica ou após avaliação da equipe de fonoaudiologia. Com o passar das discussões do CPP, este processo de trabalho foi se modificando e a avaliação da própria enfermagem para iniciar a alimentação direta no peito se tornou mais frequente.
- O hospital é referência regional na área materno-infantil e por vários períodos apresentou grande demanda por leitos neonatais, inclusive com uso de leitos excedentes, e consequentemente, alta rotatividade, impedindo internações mais longas para que a amamentação pudesse ser estabelecida adequadamente, além da sobrecarga de trabalho da equipe.

É preciso destacar também, que as unidades neonatais do hospital intervenção não apresentavam quartos individuais para as famílias de bebês prematuros e, apesar dos pais terem acesso 24 horas por dia e sete dias na semana, a infraestrutura existente no período de execução desta pesquisa não era totalmente adequada para receber mães e pais por 24 horas. As facilitadoras também identificaram dificuldades operacionais em tornar a presença das mães nas unidades uma constante: outros filhos em casa dependentes de cuidados; dependência das mães residentes em outros municípios com o transportes cedidos pelas prefeituras, os quais tem horários definidos, impossibilitando as mães ficarem nas unidades o tempo que desejassem; limitação na distribuição de vale-transporte; ausência de local adequado para o descanso, entre

outras.

Por outro lado, aspectos positivos ou facilitadores também foram identificados pelas facilitadoras do processo de implementação da IHAC-Neo, os quais podem ter auxiliado nas mudanças das práticas de acordo com as diretrizes da IHAC-Neo:

- O hospital apresentar previamente uma política escrita sobre AM, de acordo com as diretrizes da IHAC convencional, o que facilitou as adaptações para as unidades neonatais.
- A rotina já instituída de orientações diárias para gestantes de alto risco e puérperas internadas no alojamento conjunto sobre manejo da amamentação e lactação.
- Implantação do registro eletrônico (no sistema do prontuário eletrônico do paciente) da realização do contato pele a pele nos prematuros, o que facilitou o registro dos profissionais e impulsionou a realização desta prática.
- A presença do posto de coleta do BLH próximo às unidades neonatais, bem como profissionais capacitados para orientar e auxiliar as mães na ordenha e lactação.
- Realização de treinamentos e capacitações teóricas e práticas sobre translactação e relactação para a equipe de enfermagem organizados pelos próprios enfermeiros das unidades neonatais.
- Mobilização e envolvimento das equipes das unidades neonatais, em conjunto com a equipe do ambulatório, para a criação do ambulatório de AM para prematuros, para além da assistência já realizada pelo BLH, a fim de atender precocemente as mães e bebês no pós-alta com foco na amamentação.

Além disso, durante o processo de implementação da IHAC-Neo no hospital intervenção guiada pela *Knowledge Translation*, a intensidade com que os Passos foram discutidos nas reuniões do CPP para a tomada de decisões pode auxiliar na compreensão das mudanças na prática. De acordo com a metodologia e as estratégias empregadas, os Passos escolhidos eram discutidos em ciclos, mas com a liberdade de estender as discussões de algum Passo, mesmo após o fim do ciclo correspondente. No total, houve 45 reuniões onde os Passos foram discutidos durante o processo de implementação da HAC-Neo. Assim, a maioria dos Passos foi discutida inúmeras vezes durante os ciclos ou até mesmo após finalizar o ciclo referente, sendo que os 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. O Passo 7 foi discutido em dez reuniões e os Passos 5 e 10 foram discutidos num total de oito reuniões. Já aqueles 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.

6 *Discussão*

No presente estudo, a **hipótese primária** que significantemente mais prematuros no hospital intervenção serão amamentados exclusivamente na alta hospitalar, no primeiro mês após a alta e aos seis meses de vida, após a implementação das diretrizes da IHAC-Neo, comparado com os prematuros do hospital controle, que não receberam a intervenção IHAC-Neo, foi rejeitada.

Na regressão logística ajustada a prevalência do AME na alta hospitalar dos prematuros foi significativamente maior no hospital intervenção que no controle ($p<0,01$), resultante da diferença significativa detectada no M1 ($p<0,01$), e no M2 ($p=0,04$), com taxas muito maiores de AME no hospital intervenção (M1=48,1%; M2=40,8%) do que no controle (M1=3,1%; M2=17,2%). Portanto, não se pode atribuir esse resultado à efetividade da intervenção implementada, IHAC-Neo, pois no basal – M1 a prevalência do AME já se mostrava muito acima daquela verificada no hospital controle.

Ainda, ao se comparar os momentos (M1 vs M2), intragrupos, não houve diferença significativa tanto no hospital intervenção ($p=0,12$) quanto no controle ($p=0,42$), embora tenha decrescido o AME na alta hospitalar no primeiro hospital (intervenção) e aumentado no segundo (controle). O mesmo pode ser verificado nas comparações descritivas intragrupos (M1 vs M2) do tipo de alimentação na alta no hospital intervenção ($p=0,210$) e no hospital controle ($p=0,088$).

No primeiro mês pós-alta, manteve-se a prevalência do AME significativamente maior no hospital intervenção que no controle ($p=0,02$), mas isto deveu-se a diferença detectada no M1 ($p=0,02$), já que não diferiu significativamente no M2 ($p=0,41$). A prevalência do AME entre os dois hospitais deixou de ter diferença significante no primeiro mês pós-alta no M2, visto que esta relação apresentou diferença na alta hospitalar, porque a prevalência do AME se manteve no hospital controle (17,2% na alta e no primeiro mês pós-alta) e decresceu no hospital intervenção (de 40,8% na alta para 29,8% no primeiro mês pós-alta). Assim como na alta hospitalar, a diferença da prevalência do AME no primeiro mês pós-alta entre os hospitais não pode ser atribuída à efetividade da IHAC-Neo, visto que os índices de AME no M1 já se apresentavam muito acima no hospital intervenção (46,1%) do que no controle (6,3%).

Destaca-se que não apenas a prevalência do AME, mas também os diferentes tipos de alimentação do prematuro no M1 também diferiram significativamente entre os hospitais controle e intervenção na alta hospitalar ($p<0,001$), no primeiro mês após a alta ($p<0,001$) e aos seis meses de vida ($p=0,004$), sendo mais prevalente o AME no hospital intervenção e o AM no controle na

alta e no primeiro mês pós-alta; aos seis meses de idade predominou o não AM com alimentação complementar no hospital intervenção e o não AM e AM (ambos com a mesma frequência) no controle.

Além disso, as comparações intragrupos (M1 vs M2) no primeiro mês pós-alta também não apresentaram diferença significativa tanto no hospital intervenção ($p=0,12$) quanto no hospital controle ($p=0,40$), apesar do AME ter decrescido no hospital intervenção (M1=46,1%; M2=29,8%) e aumentado no controle (M1=6,3%; M2=17,2%). É preciso destacar também que, apesar deste aumento na porcentagem de prematuros amamentados exclusivamente durante o primeiro mês pós-alta no hospital controle, o número de prematuros em AME foi muito pequeno (M1=2; M2=5).

No sexto mês de vida do prematuro, o AME somado ao AMP não diferiu significativamente entre os hospitais intervenção e controle ($p=0,27$), independentemente do momento da coleta em que os prematuros estavam participando, e nem entre os hospitais no M1 ($p=0,46$) e no M2 ($p=0,39$). Apesar do hospital intervenção manter maiores taxas de AME + AMP também aos seis meses de vida do prematuro (M1=14,3%; M2=10,6%) em relação ao hospital controle (M1=3,6%; M2=3,4%), estes índices não foram suficientes para apresentar diferenças significativas relacionadas à implementação da IHAC-Neo.

Ao se comparar os momentos (M1 vs M2), também não houve diferença significativa tanto no hospital intervenção ($p=0,96$) quanto no controle ($p=0,90$), embora o AME somado ao AMP tenha diminuído em ambos os hospitais. O número inexpressivo de prematuros em AME e AMP aos seis meses de vida, tanto no hospital intervenção (M1=7; M2=5) quanto no controle (M1=1; M2=1), também deve ser considerado nestes resultados.

Ao se discutir a prevalência do AME na alta hospitalar com outros estudos é possível comparar os resultados obtidos no hospital intervenção e controle. Na Suécia, país pró-aleitamento materno, com altas taxas de amamentação e conhecida por ter apoios financeiros para pais durante a internação infantil, permitindo a presença contínua dos mesmos durante a hospitalização, também vivenciou um declínio da prevalência do AME em prematuros em 10 anos (2004 a 2013). O AME em prematuros na alta hospitalar caiu de 59% em 2004 para 45% em 2013 enquanto que o AM aumentou de 29% para 40% e o não AM foi de 12% para 15% no mesmo período (ERICSON et al., 2016).

Essas taxas assemelham-se àsquelas do hospital intervenção investigado, o qual obteve melhores taxas do tipo de alimentação em prematuros que os hospitais suecos 48,1% de AME,

42,3% de AM e 9,6% de não AM no M1, passando para 40,8% de AME, 36,7% de AM e 22,4% de não AM no M2.

Em coorte nacional dinamarquesa realizada com prematuros admitidos em unidades neonatais durante os primeiros cinco dias de vida, obteve-se índices superiores de AME na alta hospitalar, com 68% dos prematuros em AME, e 17% em AM (MAASTRUP et al., 2014a).

Em outra coorte associada a um projeto de colaboração Europeia, na qual participaram 3.765 bebês muito prematuros (<32 semanas) e admitidos em 82 unidades neonatais na Europa durante um ano, 58,0% desses prematuros receberam algum leite materno na alta hospitalar e, dentre esses, 67,8% estavam recebendo AME diretamente na mama, apesar de haver uma grande variação entre as regiões. Ao considerar todos os bebês incluídos, apenas 39,34% estavam sendo amamentados exclusivamente na mama (WILSON et al., 2017), número menor que o encontrado na alta hospitalar dos bebês internados no hospital intervenção em ambos os momentos, apesar de se tratar de bebês com menor idade gestacional.

Já no Brasil, investigação identificou o tipo de aleitamento e a prevalência do AM na alta hospitalar em um hospital universitário, referência terciária para a assistência perinatal e Amigo da Criança do interior de São Paulo. Nesse estudo documental e retrospectivo, 116 prematuros foram analisados em relação a taxa de AM no momento da alta, os quais foram registrados utilizando as definições recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Por ocasião da alta hospitalar predominou o AM (48,3%), seguido do AME (28,4%) e não AM (23,2%), perfazendo 76,7% de prematuros em amamentação na alta, complementada ou não por fórmula láctea (SCOCHI et al., 2008), índice próximo ao apresentado pelo hospital intervenção após a implementação da IHAC-Neo (77,5% de AM exclusivo ou não).

Outro estudo exploratório e transversal realizado em unidades neonatais e ambulatório de *follow up* de um hospital Amigo da Criança no município do Rio de Janeiro – RJ verificou a prevalência do AM em 21 prematuros egressos de unidades neonatais. Foi encontrado 47,6% dos prematuros em AME, 47,6% em AM e 4,8% em não AM no momento da alta hospitalar (GOMES et al., 2017).

Coorte brasileira também realizada na cidade do Rio de Janeiro com prematuros nascidos com idade gestacional menor do que 33 semanas e internados na UTIN e acompanhados no ambulatório de seguimento do hospital apresentaram taxas de AME na alta hospitalar de 5,5% (MÉIO et al., 2018). Tal valor está próximo ao encontrado no hospital controle (3,1%), com os limites dessa comparação devido as diferenças na população de referência, que no estudo citado inclui somente os prematuros mais imaturos.

Prevalência do AME na alta hospitalar próxima a encontrada no hospital controle ocorreu também em estudo realizado em um Hospital Amigo da Criança de Porto Alegre, com prematuros com idade gestacional maior que 32 e menor que 37 semanas e internados na unidade neonatal, com a presença de Banco de Leite Humano na instituição, no qual nenhum prematuro participante estava em AME no momento da alta hospitalar, apesar de todos eles estarem em AM (AZEVEDO; CUNHA, 2013).

Ademais, não se pode desconsiderar outros fatores que podem influenciar, direta ou indiretamente e, positiva ou negativamente, a prevalência do AME, especialmente dos prematuros, os quais apresentam grandes peculiaridades e desafios a serem enfrentados pelos profissionais e pela clientela.

Alguns fatores podem se mostrar protetores para o AM em prematuros em alguns estudos, enquanto em outros, os mesmos fatores podem se apresentar como de risco; ou até mesmo dentro de um mesmo estudo, a mesma variável pode alterar esta interação com o AM ao ser controlada por outras. Isto reforça que a amamentação, tanto no comportamento geral quanto em prematuros, é um fenômeno social complexo e fortemente influenciado por questões sociodemográficas não-modificáveis e questões biológicas (DEMIRCI; SEREIKI; BOGEN, 2013).

Por outro lado, embora as características maternas, por exemplo, não possam ser facilmente modificadas, sua avaliação, por ser informações cruciais para compreender o fenômeno do AM, é fundamental para que os profissionais de saúde identifiquem famílias em risco de desmame precoce (BRIERE et al., 2014) e atuem na sua individualidade e integralidade conforme suas necessidades.

Na alta hospitalar, o único fator que foi considerado preditor para o AME (+ AMP) na análise ajustada foi a duração da internação dos prematuros nas unidades neonatais ($p=0,04$). Apesar das variáveis idade gestacional ($p<0,01$), peso ao nascer ($p<0,01$), e dificuldades de amamentação durante hospitalização ($p=0,02$) se apresentarem significantes na análise bruta, e ao serem ajustadas a outros fatores importantes, passaram a não ser mais significante ($p=0,33$; $p=0,09$ e $p=0,06$, respectivamente).

Esta amostra evidenciou que, quanto mais dias de hospitalização nas unidades neonatais, menor a chance de o prematuro estar em AME na alta hospitalar (OR 0,94, IC=0,89 - 0,99), ou seja, a cada um dia de internação, diminuiu em 6% a chance do prematuro estar em AME na alta hospitalar, considerando os ajustes a outros fatores.

A mesma relação foi encontrada em estudo de Kirchner et al. (2009). O período de hospitalização foi considerado o fator influenciador mais importante na decisão das mães de prematuros em continuar a amamentação em estudo retrospectivo realizado com prematuros nascidos com menos de 1.500g ao nascer e que foram tratados no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2005 na UTIN da Universidade Médica de Viena, sendo que quanto menor o tempo de hospitalização, maior a probabilidade de o prematuro ser amamentado no momento da alta hospitalar.

Diferentemente, no estudo de Espy e Senn (2003), cujo objetivo foi determinar a incidência e fatores correlatos dos padrões de AM em prematuros de uma UTIN, constatou-se que os dias de hospitalização do prematuro não contribuíram significativamente nas chances de amamentação, segundo dados dos prontuários de 151 prematuros com idade gestacional de 34 semanas ou menos e admitidos na UTIN (nível II) de um hospital regional dos Estados Unidos, de janeiro de 1997 a dezembro de 1998.

Sabe-se que períodos prolongados de hospitalização elevam o estresse materno, o que pode influenciar na produção láctea e no estabelecimento da amamentação do prematuro. No contexto da prematuridade, a amamentação torna-se uma questão secundária no meio dos medos da perda, da angústia do tempo de separação, da instabilidade clínica do seu filho e do estresse envolvido com a manutenção da lactação (PEREIRA et al., 2015). Quanto maior o tempo em que seus filhos ficam internados em unidades neonatais, mais difícil será para as mães fornecerem quantidades suficientes de leite (KIRCHNER et al., 2009). A própria admissão em uma UTIN representa um desafio único para a família prematura, mas, por outro lado, o tempo de hospitalização adicional pode ser utilizado pela equipe de saúde para aumentar o preparo dos pais para a amamentação após a alta hospitalar (BRIERE et al., 2014).

Ademais, não podemos deixar de mencionar que a população deste estudo é de alto risco e vulnerável à inúmeras complicações e intercorrências, o que pode ser traduzido em maior período de hospitalização e maior tempo para se atingir a estabilidade clínica e, consequentemente, o estabelecimento do AM.

A maior idade gestacional ao nascer foi um fator protetor para o prematuro estar em AME na alta hospitalar, porém ao controlar outros fatores na análise ajustada, deixou de ser um fator estatisticamente significativo. No entanto, outros estudos apontaram maior idade gestacional como um fator associado ao início precoce da amamentação, à maior frequência de amamentação durante a internação nas unidades neonatais (NIELA-VILÉN et al., 2016); à maiores chances de

estar em AME na alta hospitalar (MAASTRUP et al., 2014b); e na duração mediana do AM (FREITAS et al., 2016).

Em coorte prospectiva nacional dinamarquesa, composta por 1.221 mães e seus 1.488 prematuros com idade gestacional entre 24 e 36 semanas, foram investigadas as associações entre as práticas clínicas pré-estabelecidas para facilitar a amamentação e o estabelecimento do AME na alta. O teste de pesagem do bebê (mensuração da ingestão de leite por meio da pesagem do prematuro imediatamente antes e após a mamada/sessão de amamentação) e o menor uso da chupeta foram fatores protetores ao AME na alta, ao passo que o uso de protetores de mamilos e o início da ordenha após 48 horas do pós-parto estiveram associados à falha do AME na alta; os prematuros extremos (de 24 a 27 semanas) e muito prematuros (de 28 a 31 semanas) também apresentaram maior chance de insucesso no AME na alta hospitalar em comparação com prematuros de 35 a 36 semanas de idade gestacional (MAASTRUP et al., 2014b).

Estudo de Niela-Vilén et al. (2016) determinou os fatores preditores do início precoce da amamentação e da frequência da amamentação em 124 mães de gestação única e seus filhos prematuros nascidos com menos de 35 semanas de idade gestacional internados em um hospital universitário da Finlândia. Dentre os fatores associados ao início precoce da amamentação nestes prematuros, a idade gestacional apresentou significância importante ($p < 0,001$), sendo que os prematuros nascidos com maior idade gestacional (> 32 semanas) iniciaram a amamentação com uma mediana de 3 dias de vida, enquanto que em prematuros muito pré-termo, nascidos com menos de 28 semanas, a idade pós-natal do início da amamentação foi de 44 dias. O mesmo ocorreu com a frequência média da amamentação nas unidades neonatais durante a hospitalização do prematuro, uma vez que os prematuros nascidos com pelo menos 32 semanas de idade gestacional foram amamentados em média sete vezes por semana, enquanto os bebês com idade gestacional menor que 28 semanas foram amamentados menos de uma vez por semana durante a internação hospitalar (NIELA-VILÉN et al., 2016).

Prematuros com idade gestacional menor de 32 semanas ao nascer também apresentaram 2,6 vezes mais risco de interrupção do AM em comparação com os prematuros nascidos com 32 semanas ou mais em coorte retrospectiva mineira realizada em um centro de referência secundária com 103 prematuros acompanhados no ambulatório após a alta hospitalar (FREITAS et al., 2016).

O atraso no início da amamentação em prematuros nascidos com menor idade gestacional é facilmente compreendido como uma razão natural devido imaturidade dos prematuros mais extremos (NIELA-VILÉN et al., 2016), mas também deve ser iniciada assim

que a estabilidade clínica do prematuro for atingida, independentemente de sua idade gestacional (NYQVIST, 2013), conforme recomenda as diretrizes da IHAC-Neo (NYQVIST et al., 2015).

Assim como a idade gestacional, neste estudo o peso ao nascer se apresentou estatisticamente significativa na análise bruta, na alta hospitalar, apesar de não se manter significativa ao controlar outras variáveis. Resultado parecido ocorreu em estudo prospectivo com RN com idade gestacional menor ou igual a 32 semanas, na Dinamarca, entre 2004 e 2008, com objetivo de descrever as práticas alimentares na alta hospitalar em relação às características dos próprios bebês muito prematuros e suas mães. Os autores encontraram que baixos escores z (relacionado ao peso) no nascimento foi negativamente correlacionado ao AME na alta hospitalar na análise bruta ($p=0,02$), apesar de não ter sido significativo ao ser ajustado no modelo final ($p=0,09$) (ZACHARIASSEN et al., 2010).

Relação semelhante ocorreu no estudo transversal de Lamy Filho et al. (2012), realizado com todos os bebês nascidos com menos de 1.500g e internados na UTIN de um hospital universitário do Maranhão no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2010, totalizando uma amostra de 208 bebês. Com o objetivo de entender os fatores que influenciam a ausência do AME por ocasião da alta de serviços de neonatologia de prematuros de muito baixo peso, os autores encontraram na análise bruta, o peso do nascimento como um dos fatores que apresentaram maior significância na alta hospitalar sem AME ($p=0,007$). Porém, na análise ajustada no modelo hierarquizado com outras variáveis, o peso de nascimento também deixou de ter significância no desmame na alta ($p=0,149$).

Estudo de Pineda (2011b) também não confirmou o peso ao nascer como um fator preditor para o início do AM (considerado como ingestão de leite materno diretamente na mama, na mamadeira ou na sonda gástrica) e para o AM na alta (algum leite materno administrado por mamadeira ou peito 24 horas antes da alta) em 135 prematuros com idade gestacional menor que 30 semanas e de muito baixo peso, internados em unidades neonatais por mais de sete dias, apesar de encontrar relação significativa do peso ao nascer com a amamentação durante a internação na unidade neonatal.

Por outro lado, outros estudos confirmam o peso ao nascer como fator relacionado ao AM (e desmame) em prematuros e RN de baixo peso ao nascer em diversos momentos da vida, como durante a internação ou após a alta hospitalar (SILVA; SEGRE, 2010), nos primeiros quinze dias no domicílio (LUZ, 2016) e no terceiro mês de vida (SANCHES et al., 2011).

Outra variável que deixou de ter significância estatística na análise ajustada como fator associado ao AME na alta hospitalar de prematuros, apesar de ser significativa na análise bruta,

foi as dificuldades maternas no AM durante internação do filho prematuro. Mães que relataram não apresentarem dificuldades no AM durante a hospitalização tiveram mais chances de seus filhos estarem em AME na alta hospitalar em comparação com as mães que relataram dificuldades, de acordo com a análise bruta, sem considerar outros fatores que podem interferir no AME.

Em estudo com 170 lactentes de baixo peso assistidos na atenção básica da cidade de São Paulo, a dificuldade das mães na primeira mamada intra-hospitalar ($p=0,003$) e a presença de queixa das mães na amamentação durante o primeiro mês ($p=0,024$) foram associados à interrupção do AME no terceiro mês de vida destes bebês (SANCHES et al., 2011).

As dificuldades relatadas pelas mães desta pesquisa em ambos os hospitais (controle e intervenção) e momentos (M1 e M2), estão em consonância com a literatura, sendo as mais frequentes, as limitações relativas à sucção e/ou pega do prematuro, diminuição do leite, sonolência do bebê, dificuldades na técnica correta da amamentação e ordenha, ingurgitamento e dor nas mamas, além da questão da gemelaridade.

Em revisão integrativa, Soares et al. (2016) verificaram que dentre as inúmeras dificuldades que as mães de prematuros podem vivenciar no processo de amamentação durante o período de hospitalização, algumas são mais frequentemente relatadas pelas mães, como dificuldades na manutenção da lactação, falta de leite, leite “ralo”, dor durante ordenha, trauma mamilar, ingurgitamento mamário, dor e falta de preparo nos mamilos, insegurança e medo para amamentar, posicionamento incorreto do bebê no peito, manejo da amamentação, falta de orientações, condições de saúde da mãe, inaptações do RN como sucção ausente, dificuldades na pega, uso prolongado de mamadeiras e bicos e condições do bebê.

Estudo qualitativo com mães de prematuros entre 24 e 32 semanas internados em UTIN verificou que, ao longo da hospitalização do filho, as entrevistadas tendem a entender o leite materno como insuficiente para prematuros, pois testemunham o pouco uso do AM como primeiro alimento ao RN pré-termo e o predomínio das fórmulas lácteas nesse ambiente, em especial nas situações de perda de peso do neonato, o que conduz ao entendimento de que a fórmula é a solução para a nutrição do prematuro. No domicílio, as mães vivenciam a insegurança e a incerteza de produzir volume suficiente de leite para saciar e recuperar clinicamente o bebê e sentem a necessidade de oferecer a fórmula como complemento (ABREU et al., 2015).

Mães de RN internados em UCIN e UTIN de um hospital escola do Ceará relataram a diminuição do leite como uma dificuldade na amamentação de seus filhos e consideraram a ordenha do leite como um processo sacrificante e exaustivo para fornecer o seu leite para o RN

na UTIN, apesar de se sentirem importantes, orgulhosas e satisfeitas no processo de recuperação da saúde de seu filho (PAIVA et al., 2013).

Em estudo qualitativo, descritivo e de caráter observacional, foram observadas as mamadas de 16 díades mães e prematuros com idade gestacional entre 28 e 34 semanas com auxílio de um protocolo de avaliação da mamada elaborado por um dos autores e adaptado do protocolo proposto pela OMS. Apesar de não se referir aos relatos maternos, visto que as mamadas foram observadas por profissionais da saúde, 56,2% das díades apresentaram dificuldades na pega e na sua manutenção; 100% dos prematuros apresentaram sonolência após o início da mamada; 25% dos bebês estavam em posição inadequada para a pega e 25% das mães estavam inclinadas sobre o bebê, também em posição inadequada para a amamentação (SILVA; TAVARES; GOMES, 2014).

Por outro lado, na presente pesquisa não se encontrou relação entre a experiência prévia das mães no AM e a amamentação exclusiva, corroborando com os resultados obtidos em estudo dinamarquês com recém-nascidos muito prematuros (ZACHARIASSEN et al., 2010). Já em outro estudo de coorte com prematuros de 24 a 36 semanas cujas mães não amamentaram anteriormente tiveram 5,6 mais chances de não estarem em AME na alta hospitalar do que aquelas que tiveram experiência prévia de amamentação (MAASTRUP et al., 2014b).

Portanto, os profissionais de saúde devem estar atentos nas experiências maternas sobre o AM visto que a compreensão destes fatores pode auxiliá-los a preparar melhor as mães com dificuldades para manter a lactação e a amamentação (BRIERE et al., 2014). Além disso, a história prévia em AM, seja ela positiva ou negativa, pode ser reposicionada como um fator de determinação social e cultural no contexto da prematuridade (CIACIARE et al., 2015), devendo ser constantemente trabalhada pela equipe de saúde neste contexto.

Ademais, o contexto relacional entre mães e profissionais da saúde durante o período de hospitalização do prematuro são fundamentais para o AM, visto que impacta na confiança, segurança materna e familiar na informação profissional e no manejo do AM no domicílio. Nesse aspecto, cabe refletir os resultados do estudo de Abreu et al. (2015), no qual as mães entrevistadas apontaram a dualidade das falas e atitudes dos profissionais sobre o AM, ora enfatizando as limitações do prematuro para o processo de pega e sustentação da mamada devido prematuridade; e ora reforçando o valor nutricional e a especificidade digestória do leite materno, incentivando a prática e ampliando o desejo e a luta da mulher em amamentar exclusivamente o prematuro, apesar das dificuldades. Esta dualidade de informações e atitudes, bem como as interações entre mães de prematuros e profissionais durante internação na UTIN, ficam latentes na memória

materna e são acionadas nas tomadas de decisão acerca da alimentação do filho, especialmente quando estão diante de dificuldades com o AM no domicílio.

No estudo de coorte de Azevedo e Cunha (2013), o tipo de AM orientado na alta hospitalar dos 116 prematuros (>32 e <37 semanas) foi significativa na associação com o início do AME após a alta hospitalar de um Hospital Amigo da Criança de Porto Alegre, ou seja, a probabilidade de uma mãe orientada na alta hospitalar a amamentar exclusivamente seu filho foi 5,27 vezes maior de iniciar o AME no primeiro mês após a alta hospitalar, em comparação com aquelas orientadas a complementar o AM com fórmula láctea. Além disso, no momento da alta hospitalar, 49,1% das mães receberam orientação de AM, 48,3% receberam orientação de AME e 2,6% relataram não receber orientações sobre AM ou foram orientadas a parar de amamentar, totalizando um total de 97,4% de mães orientadas sobre AM exclusivo ou não (AZEVEDO; CUNHA, 2013).

Porcentagem semelhante de mães orientadas sobre AM no momento da alta hospitalar ocorreu no hospital controle (M1=84,4%; M2=100%) e no hospital intervenção (M1=86,5%; M2=79,6%), apesar de menor porcentagem neste último.

Na comparação do AME em prematuros durante o primeiro mês após a alta hospitalar de ambos os hospitais, controle e intervenção, com outros estudos, é possível inferir que a maioria dos índices também é semelhante, apesar da escassez de estudos neste período pós-alta.

No estudo de coorte prospectivo realizado num hospital do Sul do país credenciado pela IHAC, 36,2% dos 116 prematuros (>32 e <37 semanas) internados na unidade neonatal estavam em AME, 55,2% em AM e 8,6% em não AM no 14º dia pós-alta, com uma diminuição do AME para 25%, aumento para 60,3% no AM e para 14,7% no não AM no 28º dia após a alta (AZEVEDO; CUNHA, 2013). Essas taxas de AME também se aproximam do tipo de alimentação dos prematuros apresentado durante o primeiro mês no domicílio no hospital intervenção (M1=46,1%; M2=29,8%), uma vez que o hospital controle apresentou taxas bem menores (M1=6,3%; M2=17,2%).

Um dos maiores desafios na nutrição enteral do prematuro é aumentar as taxas de AME no momento da alta e após a alta hospitalar (BRASIL, 2011b). Padrões de alimentação em 21 prematuros internados em unidades neonatais e acompanhados em ambulatório de *follow up* de um Hospital Amigo da Criança não se modificaram do momento da alta hospitalar até o período de sete a quinze dias após a alta, mantendo o AME em 47,6% nestes dois momentos (GOMES et al., 2017), taxa muito semelhante ao hospital intervenção antes da implementação da IHAC-Neo no primeiro mês pós-alta (M1=46,1%) e na alta hospitalar (M1=48,1%).

Assim como na alta hospitalar, a idade gestacional e o peso ao nascer também se mostraram fatores relacionados à prevalência do AME no primeiro mês após a alta em prematuros na análise bruta ($p < 0,01$ em ambos), porém, ao serem ajustados a outros fatores, deixaram de ser significantes ($p = 0,97$ e $p = 0,25$, respectivamente).

Dentre os prematuros de baixo peso nascidos em uma maternidade pública da cidade de São Paulo e acompanhados em ambulatório para verificar as principais variáveis que influenciam o desmame parcial durante a internação ou após a alta hospitalar, verificou-se que quanto menor a idade gestacional e menor o peso ao nascer ($p < 0,001$), mais tardia a introdução da mamadeira e, portanto, mais tardio o desmame parcial (SILVA; SEGRE, 2010), diferentemente ao encontrado nas análises brutas dos participantes dos hospitais controle e intervenção, isto é, quanto maior a idade gestacional e o peso ao nascer, maiores as chances dos prematuros estarem em AME na alta e no primeiro mês após a alta.

Nesta direção, Luz (2016) encontrou que o risco de interrupção do AME no domicílio, quinze dias após a alta hospitalar, foi 1,0 vez a cada 0,001g a menos do peso ao nascer do prematuro ($p = 0,038$), em estudo de coorte prospectivo realizado em unidade neonatal de uma maternidade pública de Goiânia com 113 prematuros internados nesta unidade e seguidos até quinze dias após a alta hospitalar.

RN de baixo peso ao nascer acompanhados até o terceiro mês de vida na atenção básica de saúde em unidade da periferia Norte do município de São Paulo apresentaram como um dos fatores associados à interrupção do AME no terceiro mês de vida, o peso de nascimento igual ou inferior a 2.000g. Nesse estudo transversal paulista verificou-se que a medida que diminui o peso ao nascer nos RN, aumenta a probabilidade de interromper a amamentação exclusiva, visto que quanto menor o peso ao nascer, maior a gravidade e, provavelmente, maior a exposição aos obstáculos iniciais da amamentação (SANCHES et al., 2011).

Com relação ao trabalho materno fora do lar, na presente pesquisa a análise bruta mostrou significância estatística ($p = 0,03$) no AME somente no primeiro mês após a alta hospitalar, mas isto não se confirmou na análise ajustada ($p = 0,08$).

Por outro lado, segundo a experiência materna sobre a manutenção do AM de prematuros de muito baixo peso, a necessidade de voltar ao trabalho e, muitas vezes, o direito de amamentar durante o trabalho nem sempre é respeitado, especialmente em trabalhos informais, sendo considerados pelas mães de 12 prematuros com seis meses de idade cronológica como fatores que contribuíram para o fracasso do AM (CIACIARE et al., 2015). Em outro estudo qualitativo com mães de prematuros, o trabalho materno, os estudos e os papéis sociais da mulher

como cuidadora do lar e dos filhos, em determinadas situações, podem exercer influência na continuidade do AM no domicílio (WALTY; DUARTE, 2017).

Mães, independentemente de serem de prematuros ou bebês a termo, que trabalharam fora de casa e sem licença-maternidade, apresentaram cerca de três vezes mais chance de interromper o AME em estudo transversal realizado no município de Serrana, interior de São Paulo, durante segunda etapa da campanha nacional de vacinação contra a poliomielite em 2009 (QUELUZ et al., 2012).

Em outro estudo também realizado durante campanha de vacinação contra a poliomielite em 2008, com 770 acompanhantes de crianças menores de 12 meses, resultados parecidos foram obtidos: mães que não trabalhavam fora de casa ($OR=2,20$; $IC=0,91-5,54$) ou estavam de licença-maternidade ($OR=4,76$; $IC=1,72-13,56$) tiveram maior probabilidade de estarem amamentando seus filhos menores de seis meses de vida e, após os seis meses, as chances dos filhos de mães que não trabalhavam fora continuarem recebendo AM foi 2,97 vezes maior do que aquelas que estavam trabalhando (SOUZA et al., 2012).

Além disso, entre as mães que trabalhavam fora de casa, as que estavam em licença-maternidade apresentaram menor chance de interrupção do AME nos primeiros quatro meses de vida do lactente, sendo que não estar em licença-maternidade aumentou em 23% a chance de interrupção da amamentação exclusiva em bebês participantes da II Pesquisa Nacional de Prevalência do Aleitamento Materno realizada em 2008 (MONTEIRO et al., 2017). Mães de 300 bebês a termo nascidos em dois hospitais de Porto Alegre, sendo um acreditado como Amigo da Criança e outro não, e que trabalhavam fora de casa também apresentaram maiores chances de seus filhos não estarem em AME aos dois e três meses de vida, configurando um fator de risco para a amamentação (MASCARENHAS et al., 2006; MARGOTTI; MATTIELLO, 2016).

Desde a Constituição Federal de 1988 os trabalhadores urbanos e rurais têm direito à licença-maternidade, sem prejuízos, por 120 dias (BRASIL, 1988), o que foi ampliado, em caráter opcional, para 180 dias com a criação do Programa Empresa Cidadã em 2008 (BRASIL, 2008b). Atualmente está em tramitação no legislativo, proposta de emenda à Constituição PEC 181/2015, a qual dispõe sobre a extensão da licença-maternidade em caso de nascimento prematuro, à quantidade de dias de internação até a alta do RN, não podendo exceder a 240 dias (BRASIL, 2015a). O projeto de lei no senado PLS 214/2017, foi aprovado em caráter terminativo na Comissão de Assuntos Sociais da Casa e seguiu para apreciação da Câmara dos Deputados (AGÊNCIA SENADO, 2018), mas ao longo da tramitação, houve alteração na proposta com a inclusão em seu teor de uma expressão de defesa à vida desde a concepção, mudança esta que

causou polêmica sob o argumento de que reforça a proibição do aborto no país, atrasando sua análise em plenário. (AGÊNCIA BRASIL, 2018). Cabe assinalar que esta proposta de emenda constitucional está em consonância com os esforços do Ministério da Saúde em aumentar as taxas de AME e diminuir a morbimortalidade de prematuros egressos de unidades neonatais.

Porém, mesmo com as políticas de promoção, proteção e apoio à amamentação no Brasil, ficou evidente em estudo qualitativo no qual mães de prematuros que tiveram alta de UTIN de Belo Horizonte foram entrevistadas sobre os aspectos relacionados ao AME após a alta hospitalar, que existe uma fragilidade dessas políticas para atender às necessidades dos prematuros e suas mães em condições materiais desfavoráveis e de vulnerabilidade social (WALTY; DUARTE, 2017).

Outro fator que apresentou significância ($p=0,02$) na relação com o AME na análise bruta foi o tipo de gestação atual da mãe, sendo que aquelas que tiveram gestação única apresentaram maior chance de seus filhos prematuros estarem em AME no primeiro mês após a alta, em comparação com as mães que tiveram gestação múltipla (gemelar ou trigemelar), todavia, tal relação não se manteve estatisticamente significativa ($p=0,13$) na análise ajustada.

Pesquisa com base populacional e amostra composta por 1.657 gêmeos (695 prematuros e 962 nascidos a termo), realizada na Suécia, investigou a duração da amamentação e o impacto dos fatores maternos para a interrupção da amamentação em bebês gêmeos. Constatado que a gemelaridade contribuiu para o desmame precoce, especialmente em prematuros, visto que apresentam dificuldades neurológicas e fisiológicas para a amamentação. Os gêmeos prematuros foram menos amamentados aos dois, quatro, seis e nove meses de vida em comparação com os gêmeos a termo; e, ao comparar a frequência de amamentação no primeiro ano de vida, os gêmeos prematuros mostraram risco aumentado de desmame em relação aos gêmeos a termo antes dos dois (OR=1,36; IC=1,06-1,75), quatro (OR=1,28; IC=1,05-1,57), seis (OR=1,30; IC=1,06-1,58) e nove meses de vida (OR=1,43; IC=1,09-1,88) (ÖSTLUND et al., 2010).

Menores índices de AME em RN internados em unidades de alto risco de Hospitais Amigos da Criança foram verificados em casos de gemelaridade no estudo de Bicalho-Mancini e Velásquez-Meléndez (2004). Maastrup et al. (2014b) também encontraram mais fracasso na amamentação exclusiva de prematuros dinamarqueses na alta hospitalar e menor duração do AME em mães que pariram gêmeos ou trigêmeos.

No estudo de Wilson et al. (2017), uma coorte associada a um projeto de colaboração Europeia, realizado com 3.765 bebês muito prematuros (<32 semanas de idade gestacional) e admitidos em 82 UTIN em 11 países, durante 12 meses consecutivos, o nascimento único foi

positivamente associado ao AME na alta hospitalar. Sanches et al. (2011) encontraram a gestação múltipla como um fator associado à interrupção do AME no terceiro mês de 170 lactentes nascidos de baixo peso e assistidos na atenção básica da periferia do município de São Paulo.

Já em outros estudos foi encontrado relação inversa ao analisar o AM de prematuros com a gemelaridade. Em estudo de Demirci, Sereika e Bogen (2013), uma coorte de base populacional com prematuros tardios realizado na Pensilvânia em 2009, taxas mais altas de bebês amamentados foram encontradas em mães de prematuros tardios múltiplos (63,3%) do que em mães com gestação única (62,7%), além dos prematuros múltiplos terem maior chance de serem amamentados, no período de 2003-2009, quando comparados com os prematuros tardios únicos (OR=1,17; IC=1,11-1,23). Corroborando com esses resultados, Pineda (2011b) encontrou, em coorte retrospectiva com 135 bebês de baixo peso ao nascer e hospitalizados em unidades neonatais níveis II e III, maiores chances (4,4 vezes maior) de iniciar a alimentação com leite materno (receber leite materno seja pela amamentação no peito, mamadeira ou sonda gástrica) em mães de RN de muito baixo peso nascidos de gestação múltipla (100% iniciaram a alimentação com leite materno) do que naquelas com gestação única (78% iniciaram com leite materno).

Killersreiter et al. (2001), ao avaliar a duração do AM e os fatores de risco para sua interrupção precoce em 89 bebês de muito baixo peso comparados com 177 bebês a termo com peso ao nascer maior que 2.500g, encontraram períodos mais prolongados de AM em RN de muito baixo peso gêmeos e trigêmeos do que naqueles nascidos de gestação única; enquanto nenhum impacto da gestação múltipla ficou evidente na duração do AM em bebês a termo. Isto pode ser explicado com base na argumentação de Geraghty, Khoury e Kalkwarf (2005) ao apontarem que mães de prematuros e com gestação múltipla podem apresentar altas taxas de expressão mamária em comparação com mães com gestação única devido os desafios associados com a estabilização da oferta adequada de leite e o fornecimento de leite para mais de uma criança, apesar de altas taxas de ordenha em mães com gestação única e a termo.

Na alta hospitalar a variável gemelaridade não se apresentou significativa em ambas as análises (bruta e ajustada), provavelmente, por conta do maior suporte e apoio dos profissionais de saúde às mães durante o período de hospitalização, o que pode não ser o mesmo quando estas mães de gemelares vão para casa.

Assim, atitudes simples como proporcionar uma boa preparação no pré-natal, oferecer apoio psicológico e no manejo da amamentação durante o puerpério, apoiar precocemente o início da amamentação são de extrema importância para o sucesso da amamentação em gemelares,

especialmente os nascidos pré-termo (ÖSTLUND et al., 2010). Além disso, a alta hospitalar precoce com apoio integral para lactação e amamentação (24 horas por dia e sete dias na semana) no pós-alta; o apoio e acompanhamento para as mães continuarem a estimular a lactação com ordenhas após a alta; o monitoramento do peso e a mensuração da ingesta de leite no domicílio são intervenções eficazes na promoção da amamentação em prematuros no domicílio e na satisfação materna (AHMED; SANDS, 2010).

A duração da internação também se apresentou como um fator preditor para o AME no primeiro mês após a alta, apenas na análise bruta ($p < 0,01$), apesar de que na alta hospitalar, o tempo em que os prematuros ficaram hospitalizados interferiu no AME mesmo ao ajustar outros fatores à esta relação.

O tempo de internação também foi avaliado em coorte retrospectiva realizada com 135 prematuros de muito baixo peso ao nascer (menor de 1.500g) e com menos de 30 semanas de idade gestacional em unidades neonatais (níveis II e III). Esta variável foi considerada um preditor independente para o início do AM (considerado como ingestão de leite materno diretamente na mama, na mamadeira ou na sonda gástrica), amamentação (diretamente no peito) durante hospitalização e AM na alta hospitalar (algum leite materno administrado por mamadeira ou peito 24 horas antes da alta), uma vez que, ao ser controlado na análise ajustada, o tempo de internação do prematuro deixou de ser significativamente associada ao AM (PINEDA, 2011b), assim como ocorreu neste estudo, apesar do período avaliado ser no domicílio (primeiro mês após a alta) e dos prematuros serem mais imaturos no estudo de Pineda (2011b).

Mesmo no domicílio, o período de hospitalização do prematuro pode ainda, influenciar o AME após a alta hospitalar, principalmente por todas as vivências, aprendizados e orientações recebidas durante a internação.

As abordagens relacionadas à lactação e amamentação adotadas pelos hospitais e as práticas profissionais na unidade neonatal podem contribuir para as diferenças nos índices de AM (BONET et al., 2015). Estratégias e intervenções oriundas das práticas nas unidades neonatais como os efeitos das consultas de pré-natal com informações sobre AM, o manejo no uso de medicações para a produção de leite, a maneira como ocorre a transição para a alimentação oral, a presença do método canguru e programas de alta hospitalar precoce estão relacionados com a duração do AM em prematuros (BRIERE et al., 2014).

Dificuldades em atingir a recomendação de AME até os seis meses de vida e a melhoria na prevalência do AME, particularmente em prematuros, tem sido vivenciada por outros serviços e países, cuja promoção e apoio tem se constituído em preocupação e desafios dos profissionais

de saúde, gestores e pesquisadores. Em estudo dinamarquês com prematuros internados em unidades neonatais, 13% deles foram amamentados exclusivamente aos seis meses de idade cronológica (MAASTRUP, 2014a).

Taxa mais elevada foi obtida em estudo realizado em Maceió – AL, de caráter exploratório e longitudinal, no qual 82 crianças nascidas prematuras foram investigadas até os seis meses de vida ou até realizarem o desmame a fim de verificar o tempo de AME. Dentre esses prematuros participantes, 43,9% deles estavam em AME com seis meses de vida ou mais (SILVA; GUEDES, 2013), taxa superior ao encontrado nos hospitais controle e intervenção.

Taxa mais próxima à encontrada nos hospitais intervenção e controle ocorreu em estudo longitudinal com 278 mães de prematuros egressos de unidades neonatais de um Hospital Amigo da Criança de Londrina – PR, no qual apenas 6,8% dos prematuros estavam sendo amamentados exclusivamente aos seis meses de vida (OLIVEIRA et al., 2007).

A realidade das crianças menores de seis meses estarem amamentadas exclusivamente ainda está longe de atingir a recomendação da OMS e, por este motivo, esta organização estabeleceu uma meta global de aumentar o AME aos seis meses para pelo menos 50% das crianças, independentemente de sua idade gestacional, até o ano de 2025 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012b).

Quando se analisa o AM, exclusivo ou não, aos seis meses de vida do prematuro, identifica-se que a porcentagem de prematuros que ainda recebiam algum tipo de leite materno (AME, AMP, AM ou AM com alimentação complementar) neste período aumentou apenas no hospital intervenção após a implementação da IHAC-Neo (de 38,8% no M1 para 44,6% no M2), enquanto que no hospital controle esta taxa diminuiu (de 53,6% no M1 para 37,9% no M2). Apesar desse aumento da taxa de AM no hospital intervenção, ainda está aquém das recomendações nacionais (BRASIL, 2002; 2013b; 2015b) e internacional (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008) e com valores muito abaixo do país com uma das maiores taxas de AM do mundo, a Suécia. Em coorte prospectiva realizada em dois condados suecos com objetivo de investigar o impacto do *status* socioeconômico na duração do AM em mães de prematuros e bebês a termo, encontrou-se taxa de 60% de AM (oferta de leite humano exclusivo ou não) aos seis meses entre os 2.093 prematuros investigados (FLAKING; NYQVIST; EWALD, 2007).

No panorama nacional da prevalência do AM, se observa uma estagnação (desaceleração) dos índices de AME nos últimos anos, independentemente da idade gestacional do bebê. A prevalência do AME entre os bebês menores de seis meses passou de 2,9% em 1986 para 37,1% em 2006, com ganhos estatisticamente significativos em cada década até o ano de

2006. Porém, em 2013 houve uma queda do AME para 36,6%, bem como redução de 0,3% do AME entre bebês de zero a dois meses de idade e de 15,1% entre os bebês de três a cinco meses em relação ao ano de 2006. Os autores relatam preocupação com a desaceleração em 2013 dos ganhos com o AME verificada ao longo do tempo até então. Pela primeira vez na série histórica dos inquéritos nacionais houve um sinal de alerta com a falta de progressão das prevalências de AM e AME (BOCCOLINI et al., 2017).

No caso da presente investigação, esperava-se impacto da IHAC-Neo nas taxas de AME, o que não ocorreu nos três períodos investigados (alta, um mês pós-alta e aos seis meses de vida do prematuro), possivelmente por ser recente a implementação desta intervenção, sendo necessários estudos futuros sobre a sustentabilidade das práticas implementadas no hospital intervenção e efeitos em longo prazo na prevalência do AME. Todavia, considera-se um avanço o fato de ter se obtido aumento na taxa de AM, exclusivo ou não, com mais prematuros do hospital intervenção se beneficiando do leite materno (AME, AMP, AM ou AM com alimentação complementar), aos seis meses de idade.

Ao analisar os fatores preditores para o AME de prematuros aos seis meses de vida, nesta amostra, nenhuma variável se mostrou estatisticamente significativa, tanto na análise bruta quanto na ajustada. Provavelmente, a baixa frequência de AME aos seis meses de vida pode ter interferido neste resultado.

Para Silva e Guedes (2013), em investigação longitudinal da prevalência do AME em RN pré-termo e a termo, fatores educacionais e culturais foram os que ocorreram em maior porcentagem dentre as causas de desmame precoce. Em metanálise de estudos epidemiológicos brasileiros que analisaram os fatores de risco para interrupção do AME antes dos seis meses de vida de crianças (também independentemente da idade gestacional), o baixo peso ao nascer, o uso de chupetas, a idade materna inferior a vinte anos, a baixa escolaridade materna, a primiparidade, o trabalho materno no puerpério e a baixa renda familiar foram os principais fatores que contribuíram para a interrupção do AME (PEREIRA-SANTOS et al., 2017). Em revisão sistemática realizada no Brasil sobre os fatores associados ao AME em bebês (independentemente da idade gestacional) nos primeiros seis meses de vida, foram identificados 36 fatores associados ao AME, sendo os mais frequentes, o local da residência, idade e escolaridade materna (fatores distais), trabalho materno, idade da criança, uso de chupeta e financiamento da atenção primária em saúde (fatores proximais) (BOCCOLINI; CARVALHO; OLIVEIRA, 2015).

Apesar do avanço obtido no hospital intervenção, citado anteriormente, destaca-se que o decréscimo do AME no pós-alta e as baixas taxas de AME aos seis meses de vida, ocorrido em ambos os hospitais, depende não só das práticas realizadas durante a hospitalização, mas principalmente do suporte e apoio no domicílio, incluindo a atuação da rede de atenção primária à saúde, rede de ambulatorios de risco e a rede de apoio familiar. Em alguns contextos, o cuidado da criança prematura e de baixo peso ao nascer egressa da UTIN nos serviços de atenção básica e ambulatório de seguimento especializado após a alta hospitalar ocorre de forma fragmentada, centrado no atendimento técnico e da demanda, além da inexistência da referência e contrarreferência para estes serviços, gerando insegurança e insatisfação nas famílias e dificultando a integralidade do cuidado à saúde desta população de risco (VIEIRA; MELLO, 2009).

Apesar de o ambiente intensivo neonatal fornecer apoio às mães prematuras nos desafios da amamentação, uma vez em casa, elas encontram apoio inadequado. Assim, os profissionais da saúde devem orientar e preparar as famílias, especialmente se a comunidade apresenta recursos limitados, para elas serem capazes de antecipar e resolver efetivamente os desafios da lactação no domicílio. Por outro lado, os serviços de saúde da atenção básica devem estar cientes dos problemas e desafios da amamentação em bebês oriundos da hospitalização intensiva neonatal e ter recursos e conhecimentos para apoiar e orientar as famílias para que os objetivos da amamentação sejam alcançados (BRIERE et al., 2014).

Ademais, é preciso sempre considerar a multifatorialidade de se amamentar um prematuro. Para Pineda (2011b), apesar dos fatores maternos e neonatais estarem associados às decisões de fornecer leite materno e ao sucesso do AM além da alta hospitalar, são também os fatores que podem ser mais facilmente alterados por meio de intervenções e encorajamento dos profissionais de saúde. Ou seja, se todas as mães recebessem orientações, apoio e encorajamento para amamentar, independente das características maternas e neonatais, talvez estes fatores se tornassem menos importantes e as mães pudessem superar as barreiras da manutenção do AM até após a alta hospitalar no contexto complexo e desafiador das unidades intensivas neonatais.

Portanto, a hipótese primária deste estudo foi rejeitada, sendo contextualizada não pelo fato da diminuição da prevalência do AME após a implementação da IHAC-Neo no hospital intervenção, mas sim porque a prevalência do AME no hospital controle era muito menor do que no hospital intervenção em ambos os momentos (M1 e M2) e o aumento da prevalência neste hospital acabou sendo mais pronunciado no M2. Assim como o aumento da prevalência do AME no hospital controle não foi significativo na alta ($p=0,42$), no primeiro mês pós-alta ($p=0,40$) e

aos seis meses de vida ($p=0,90$), a diminuição do AME no hospital intervenção também não foi significativa nos três pontos de coleta ($p=0,12$ na alta; $p=0,12$ no primeiro mês pós-alta e $p=0,96$ aos seis meses).

Porém, apesar desta queda na prevalência do AME no hospital intervenção após a IHAC-Neo não ser estatisticamente significativa, ela pode ser clinicamente e socialmente importantes devido a vulnerabilidade dos prematuros, ao se considerar as vantagens do AME, amplamente recomendado por pesquisadores e organizações nacionais (BRASIL, 2002; 2013b; 2015b) e internacional (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008), além dos baixos números de AME nesta população de risco conforme apontado em várias pesquisas (OLIVEIRA et al., 2007; SCOCHI et al., 2008; CZECHOWSKI; FUJINAGA, 2010; AZEVEDO; CUNHA, 2013; MAASTRUP et al., 2014a; GOMES et al., 2017; WILSON et al., 2017; MÉIO et al., 2018). Assim, o aumento ou a diminuição dessas taxas tem relevância clínica e social merecendo contextualizar os resultados obtidos, considerando que um hospital teve a intervenção IHAC-Neo e outro não.

No hospital intervenção, onde houve queda da prevalência do AME (+ AMP) em 7,3 pontos percentuais na alta ($p=0,12$), 16,3 pontos percentuais no primeiro mês após a alta ($p=0,12$) e 3,7 pontos percentuais aos seis meses de vida ($p=0,96$), ao se comparar M1 e M2, embora tais diferenças não sejam significativas alguns pontos podem ser destacados a fim de contextualizar o impacto da implementação da intervenção inovadora IHAC-Neo na prevalência do AME em prematuros.

Um dos aspectos se refere ao potencial impacto da implementação do protocolo da oferta de leite materno cru para prematuros durante o oitavo mês da fase de implementação da intervenção IHAC-Neo nestas unidades neonatais na redução do AME nesta população. Isto causou desmotivação do CPP responsável pela implementação da IHAC-Neo e ainda, privou seis (12,2%) dos prematuros incluído na pesquisa no M2, de um início precoce da amamentação e sua oferta em livre ou semidemanda, sendo que cinco deles (com idade gestacional <29 semanas) só puderam ser amamentados a partir de oito semanas de vida e um prematuro (com idade gestacional de 29 semanas) só pode ser amamentado a partir de 35 semanas de idade corrigida, conforme preconizado no referido protocolo.

Estudo que acompanhou prematuros menores de 30 semanas de idade gestacional internados em duas unidades neonatais da cidade de São Paulo – SP encontrou uma incidência de 15,3% de infecção pós-natal de RN pelo CMV, sendo os fatores de risco para esta exposição a prematuridade e a exposição a cargas virais lácteas mais elevadas e que as altas cargas de

anticorpos maternos contra o CMV não foram suficientes para proteger os prematuros extremos da infecção pós-natal. Bebês nascidos com menos de 29 semanas tiveram de dois a oito vezes maior risco de adquirirem a infecção pelo CMV do que os bebês com idade gestacional entre 29 e 30 semanas; além de que 75% das crianças infectadas apresentaram sintomas com manifestações clínico-laboratoriais transitórias e 12,5% quadros mais graves. Os bebês infectados ficaram mais tempo internados, apresentaram maior incidência de retinopatia da prematuridade de graus II e III (cerca de três vezes maior nas crianças com infecção pós-natal pelo CMV) e maior risco de óbito, embora nenhuma das mortes pode ser atribuída diretamente ao CMV (MARTINS-CELINI, 2015; MARTINS-CELINI et al., 2016).

Porém, não há consenso entre neonatologistas e pediatras em relação ao melhor equilíbrio entre os benefícios do leite humano e os riscos de infecção por CMV (UNDERWOOD, 2013; PICAUD et al., 2018). Dentre doze hospitais europeus participantes de um estudo qualitativo, apenas três deles (dois na Ile-de France e um em Lazio) não ofereciam leite materno cru para prematuros com menos de 32 semanas de idade gestacional, utilizando apenas leite pasteurizado, sendo que esses três hospitais utilizavam testes sistemáticos para detecção do CMV humano em todas as mães (BONET et al., 2015), o que não é a realidade brasileira.

Outro estudo de revisão propõe como estratégia para reduzir o risco de transmissão do CMV em prematuros por meio do leite materno cru com base no estado sorológico materno no final da gravidez e parto e sobre as características do lactente. Recomenda-se que mães cujos prematuros nascidos com idade gestacional menor que 28 semanas ou nascidos com peso menor que 1.000g realizem sorologia para CMV e, em casos positivos ou desconhecidos, sejam administrados apenas leite pasteurizado até 31 semanas completas de idade gestacional corrigida (PICAUD et al., 2018). Ter a possibilidade de realizar testes de *screening* para o vírus em todas as mães de prematuros permite que o protocolo de não oferecimento de leite cru seja aplicado apenas para aqueles prematuros cujas mães estão infectadas.

Segundo revisão sobre leite materno cru para prematuros, a taxa de transmissão pós-natal de leite materno cru ou congelado pelo CMV varia de 8 a 37% e a percentagem de crianças infectadas de 7 a 10%, sendo que a gravidade e consequências da infecção pós-natal são dependentes da idade gestacional, transmissão precoce, carga viral em leite, proporção de IgG anti-citomegalovírus na mãe e no RN ao nascimento e gravidade das morbidades neonatais associadas. Ainda, os dados disponíveis na literatura sobre as consequências neurossensoriais em longo prazo são contraditórios devido ao reduzido número de estudos e as fragilidades metodológicas dos mesmos (PICAUD et al., 2018).

Ademais, esta revisão também pondera os benefícios do contato pele a pele, amamentação ou amamentação durante o contato pele a pele, considerando-os possível seja qual for o peso e a idade gestacional do prematuro, uma vez que a quantidade de leite humano ingerida antes de 32 semanas é pequena. E, a decisão para administrar o leite materno cru em caso de sorologia materna positiva só deve ser feita depois que os pais estejam informados sobre os riscos e benefícios (PICAUD et al., 2018).

Além disso, a adoção de políticas mais conservadoras – proibir o uso do leite cru em prematuros devido risco de infecção pelo CMV – em um cenário de evidências ainda inconclusivas, pode levar a um impacto negativo no uso geral do leite materno nas unidades neonatais. Profissionais da saúde franceses expressaram preocupação de que os procedimentos de pasteurização para o uso do leite materno poderiam afetar negativamente a motivação das mães para realizar as ordenhas, fazendo com que elas sentissem que seu leite precisava ser “purificado”; e o tempo para pasteurizar o leite ou para esperar os testes bacteriológicos ficarem prontos para liberar ou não o leite cru para o prematuro, aumentaram o uso de fórmulas infantis em algumas circunstâncias (BONET et al., 2015).

Já é definido na literatura que o leite materno ordenhado da própria mãe é o melhor alimento a ser administrado no período neonatal; que este leite atende às necessidades nutricionais de bebês muito prematuros (PICAUD et al., 2018), associado a resultados de curto e longo prazos; e que é o mais rico em nutrientes em comparação com o leite materno de doadoras, bem como o processo de pasteurização reduz as concentrações dos fatores imunes e bioativos presentes no leite humano, apesar de inativar bactérias e vírus (MENON; WILLIAMS, 2013). Portanto, ainda são necessárias pesquisas futuras para elucidar melhor as consequências da infecção pelo CMV via leite materno em prematuros em oposição aos inúmeros benefícios comprovados deste leite para esta população de risco.

Ademais, a implantação deste protocolo que restringe a oferta de leite materno cru para prematuros pode ser considerada um fator contextual e que pode ter influenciado na prevalência do AME no hospital intervenção, mas necessita-se de estudos futuros para maior elucidação do seu impacto no AM em longo prazo. Além disso, nesta pesquisa, não se controlou o uso deste protocolo para investigação de causa e efeito na prevalência do AME.

Outro ponto a ser considerado é em relação ao processo de trabalho nas unidades neonatais e questões institucionais do hospital intervenção que podem ter interferido direta ou indiretamente nas taxas de AME. A alta demanda e carga de trabalho, levando à falta de tempo e dificuldades na articulação com os setores; demissões, transferências e alta rotatividade dos

profissionais de saúde; grande demanda por leitos neonatais, impedindo internações mais longas para o estabelecimento adequado da amamentação nos prematuros; bem como dificuldades dos profissionais em inserir evidências científicas na prática assistencial e de realizar mudanças nas rotinas são alguns exemplos que demonstram dificuldades no processo de implementação da IHAC-Neo.

Ericson et al. (2016), ao discutirem a queda do AME de prematuros na alta de unidades neonatais da Suécia num período de dez anos, concluíram que outros fatores, além dos fatores de risco maternos, perinatais e neonatais, apresentaram influência maior neste desfecho. Dentre outros fatores, especularam-se a escassez de equipe de enfermagem especializada, carga horária elevada e novas admissões, o que pode afetar o apoio no AM às mães devido falta de tempo e conhecimento, para a queda do AME na alta de prematuros suecos (ERICSON et al., 2016).

A implementação da IHAC convencional em hospitais dos Estados Unidos é relatada por Philipp e Merewood (2004) como uma mudança difícil. À medida que se transformava o cenário tradicional das unidades neonatais americanas para as diretrizes da IHAC, lutava-se com políticas e sistemas arraigados, funcionários duvidosos e representantes de vendas de fórmulas infantis persistentes e excessivamente amigáveis (PHILIPP; MEREWOOD, 2004), o que também remete à alguns aspectos vivenciados e relatados pelas facilitadoras na implementação da IHAC-Neo no hospital intervenção.

Em documento elaborado pelo UNICEF, algumas contradições em relação à assistência no manejo do AM podem ser comparadas com a situação vivida no hospital intervenção. Em alguns países, as mulheres atendidas no parto por um profissional qualificado apresentaram menores taxas de amamentação na primeira hora após o nascimento, quando comparado com partos onde não existe um profissional qualificado presente. Determinadas justificativas podem se basear na falta de tempo, conhecimento e habilidades dos profissionais de saúde para superar equívocos sobre AM e apoiar as mães que lutam para amamentar; ou podem seguir rotinas que acabam prejudicando a amamentação como separar rotineiramente RN de suas mães imediatamente após o nascimento por razões como avaliação do exame físico ou alimentar o bebê com outro alimento ou líquido que não o leite materno (UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND, 2018). No caso do hospital intervenção, acredita-se que a falta de tempo e as rotinas institucionais acabaram interferindo negativamente na amamentação dos prematuros, apesar dos profissionais terem o conhecimento e, assim, responderem adequadamente às questões para a adesão às recomendações da IHAC-Neo.

Outro aspecto se refere à relação entre as mudanças nas práticas recomendadas pelas

diretrizes da IHAC-Neo e a melhora direta na prevalência do AME nos prematuros da instituição. O processo de implementação de qualquer nova política, práticas e rotinas em serviços de saúde, especialmente em unidades específicas e fechadas como as neonatais, não significa necessariamente que estas mudanças trarão resultados imediatos em desfechos complexos como o AME.

Os benefícios destas mudanças para os bebês prematuros internados poderão levar tempo para serem observados na prática, ainda mais quando as mudanças estão relacionadas ao AME desta população vulnerável, o qual é multifatorial e relacionado aos mais diversos fatores, não só intra e extra-hospitalares, mas também das mais variadas origens. Assim, os mecanismos particulares de mudanças desencadeados por uma determinada intervenção podem ser mais ou menos eficazes na produção dos resultados pretendidos, dependendo de sua interação com vários fatores contextuais (BEST et al., 2012).

Dentre esses, é preciso levar em conta que mudanças nos serviços de saúde requerem *input* e qualidades humanas como energia, compromisso, alguma compreensão, uma sensação de que alguém está fazendo a coisa certa e agindo razoavelmente nas circunstâncias, e uma crença de que o que se está fazendo valerá a pena, será efetivo e adequadamente recompensado. Mas mesmo com a presença de todos esses elementos, eles terão efeitos diferentes em contextos diferentes (BEST et al., 2012).

Este processo de implementação de uma intervenção inovadora nos serviços de saúde também leva tempo para ser integrado nas rotinas da equipe e das famílias assistidas e, conseqüentemente, para produzir resultados positivos para os pacientes. A coleta dos dados da prevalência do AM nos prematuros no M2, no hospital intervenção, foi iniciada somente um mês após o término da fase de implementação da IHAC-Neo. Este curto período entre a finalização do processo de implementação da IHAC-Neo e o início da coleta do desfecho principal desta pesquisa, pode não ter sido suficiente para identificar e avaliar o verdadeiro impacto da IHAC-Neo na prevalência do AME em prematuros.

Estudos que avaliaram o impacto da IHAC convencional no AM o fizeram em longo prazo, ou seja, realizaram a coleta de dados anos após sua implementação nos serviços de saúde avaliados. A proposta da IHAC foi introduzida em 1993 na Suíça e a influência desta iniciativa nas taxas nacionais de AM ainda não estava totalmente clara quando o artigo de Merten, Dratva e Ackermann-Liebrich (2005) foi publicado, doze anos após a implementação da IHAC naquele país, a fim de investigar as mudanças na prevalência e duração do AM de bebês de zero a onze meses de vida desde 1994.

Parker et al. (2013) também determinaram melhorias na iniciação e continuação da amamentação em bebês internados em unidades neonatais de um hospital dos Estados Unidos credenciado como IHAC convencional. Foram coletados dados do início do AM, definido como qualquer administração de leite materno por qualquer método na primeira semana de alimentação enteral, em 1999, ano em que o hospital recebeu o título de Amigo da Criança; e em 2009, dez anos depois da designação da IHAC naquele hospital (PARKER et al., 2013). Os autores optaram por comparar as taxas de AM dez anos após a implementação da IHAC no hospital americano, período muito maior do que o realizado no hospital intervenção.

Ademais, apontou-se que o processo de implementação da intervenção IHAC-Neo pode não ter sido realizado em período suficiente para realizar mudanças significativas no AME em prematuros do hospital intervenção. O período inicial previsto para a implementação das práticas da IHAC-Neo neste hospital era de 12 meses, porém, foi estendido para 16 meses a fim de finalizar a implementação de todos os Passos de uma maneira mais completa. Apesar desta prorrogação, pôde-se observar que o tempo utilizado para a implementação desta intervenção pode não ter sido suficiente para a consolidação e sustentabilidade desta iniciativa na instituição e, conseqüentemente, impactar positivamente nas taxas de AME nos prematuros até os seis meses de vida pós-natal.

Em estudo nacional com objetivo de comparar a frequência do AM e do AME durante internação de RN nas unidades neonatais antes e após a implantação da IHAC, é possível observar o tempo decorrido para que o próprio hospital julgasse como cumpridos os Dez Passos da IHAC. Os dados antes da IHAC foram coletados um ano antes (em 1994) do início do processo da implementação (iniciado em 1995) e os dados após a intervenção só foram coletados em 1998, ano em que o hospital julgou cumprido os Dez Passos, ou seja, este hospital demorou cerca de três anos para considerar como implantados todos os Passos designados pela IHAC (VANNUCHI et al., 2004), quase três vezes mais que o tempo levado para a implementação da IHAC-Neo no hospital intervenção.

Dessa forma, é preciso cautela ao afirmar que a IHAC-Neo foi totalmente implementada nas unidades neonatais do hospital intervenção. Isto se evidencia na análise da adesão aos Dez Passos adaptados para as unidades neonatais, embora o escore geral tenha dobrado de 3,27 (=33% de adesão) no M1 para 6,70 (=67% de adesão) no M2. 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). Por outro lado, tanto os Três Princípios Norteadores como o Código foram implementados com a

intervenção guiada pela KT, pois atingiram, respectivamente, adesão de 86% (escore geral = 2,58) e 81% (escore = 0,81) no M2.

As dificuldades vivenciadas no processo de implementação da IHAC-Neo no hospital intervenção, especialmente as relatadas pelas facilitadoras do processo e que participaram plenamente das ações de mudanças de prática, bem como as questões institucionais e burocráticas presentes no hospital intervenção podem contextualizar a não completude da implementação da IHAC-Neo, particularmente alguns Passos.

Como é sabido, o próprio ambiente hospitalar Amigo da Criança promove melhorias nas taxas de AM na alta hospitalar de unidades neonatais, visto que existe maior chance de prematuros receberem algum tipo de AM (exclusivo ou não) em unidades acreditadas (WILSON et al., 2017). Por outro lado, a própria OMS afirma que os países apresentam dificuldades em sustentar o programa da IHAC convencional, visto que muitas vezes esta implementação depende de recursos individuais e externos específicos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Três hospitais de Londrina não apresentaram associação estatística entre ser credenciado como Hospital Amigo da Criança e ter maiores índices de AM, sendo que os profissionais atuantes nesses hospitais apontaram a alta rotatividade de funcionários, o que prejudica o treinamento sobre a política; a prescrição de complementos pelos médicos; e a falta de preparo da mãe durante o pré-natal, como dificuldades para se atingir melhores taxas de AM mesmo seguindo as diretrizes da IHAC (SOUZA et al., 2012). No contexto da implementação da IHAC-Neo nesta pesquisa, dificuldades semelhantes foram encontradas durante este processo e que, indiretamente, podem ter contribuído para a diminuição da taxa de AME nos prematuros do hospital intervenção.

Além disso, as unidades neonatais (recursos humanos e físicos) não estavam totalmente preparadas para receber o processo de implementação da IHAC-Neo e, como mencionado anteriormente, o período para realizar a implementação de maneira efetiva nas unidades neonatais pode não ter sido suficiente para a total implementação desta iniciativa, apesar dos avanços na prática assistencial. Reforça-se alguns pontos cruciais relatados pelas facilitadoras do processo de implementação da IHAC-Neo guiada pela KT que podem ter interferido nos resultados finais: falta de comunicação e articulação entre os profissionais de saúde e setores institucionais; maior governabilidade da equipe médica em realizar mudanças nas unidades, porém era a categoria profissional menos presente nas reuniões e tomada de decisões do CPP; o processo de trabalho nas unidades, o que inclui alta rotatividade dos profissionais, carga de trabalho aumentada, alta demanda por leitos neonatais, etc.; e dificuldades dos profissionais em inserir evidências

científicas de alto impacto para as mudanças das práticas e mudar comportamentos frente à estas novas práticas.

As barreiras mais frequentemente identificadas para a implementação de tomada de decisão baseada em evidências científicas a fim de mudar práticas em organizações canadenses de saúde foram os recursos limitados, seja de dinheiro ou de pessoal; restrições de tempo; rotatividade frequente da equipe; e atitudes negativas ou resistência dos profissionais em relação à mudança (ELLEN et al., 2014), corroborando o que também foi identificado pelas facilitadoras do processo de implementação da IHAC-Neo no hospital intervenção.

O papel dos médicos e seu engajamento também é considerado crucial para as transformações no sistema de saúde (BEST et al., 2012), como também observado pelas facilitadoras do processo de implementação da IHAC-Neo. Historicamente, os médicos têm sido os principais a apoiar ou a se opor aos esforços nos processos de mudanças nos sistemas de saúde devido sua influência social (diferente *status* e posição) na área da saúde, apesar da premissa de que as mudanças baseadas em evidências dependem da cooperação de todos os grupos profissionais e administrativos (BEST et al., 2012).

As dificuldades apontadas estão em consonância com as barreiras relatadas por profissionais de saúde de unidades neonatais canadenses que também vivenciaram a implementação das diretrizes da IHAC-Neo. Dentre as barreiras contextuais relatadas, surgiram o insuficiente número de profissionais atuando nas unidades neonatais, considerando a carga de trabalho e os padrões de trabalho um desafio para orientar e apoiar as mães quanto ao AM, visto que demanda tempo; a resistência de alguns profissionais às mudanças de atitudes e rotinas também foi relatado, o que também ocorreu nas unidades neonatais desta pesquisa. As lacunas de conhecimento e habilidades dos profissionais relacionadas ao AM também são um desafio para a implementação da IHAC-Neo nas unidades canadenses, o que é piorado pela falta de tempo dos profissionais para participar de sessões educativas a fim de sanar essas questões (BENOIT; SEMENIC, 2014).

Portanto, apesar da extensão do tempo de implementação das práticas e recomendação da IHAC-Neo para 16 meses, ainda seria necessário mais tempo e um maior preparo das equipes e famílias para receber as mudanças na prática clínica e implementar de forma mais completa e efetiva as diretrizes desta estratégia nas unidades neonatais do hospital intervenção.

Além de todo esse contexto que pode estar relacionado à diminuição do AME no M2 após a implementação da IHAC-Neo no hospital intervenção, promover o aumento das taxas de AME quando estes índices estão muito aquém do recomendado, como no caso do hospital

controle no primeiro momento da coleta de dados, é mais fácil do que aumentar as taxas em um hospital que já possui prevalência maior de AME nesta população. Isto está em consonância com a pesquisa nacional sobre o comportamento dos indicadores da amamentação em 1999 e 2008, que constatou maior aumento deste indicador em 2008 nas capitais com pior situação em 1999, observando avanços mais discretos ou até mesmo retrocessos em capitais onde a situação era mais favorável (VENANCIO et al., 2010). Assim, quanto maiores as taxas de AM numa instituição, maiores as dificuldades para continuar aumentando estas taxas.

Já no hospital controle, que aumentou 14,1 pontos percentuais a prevalência do AME na alta ($p=0,42$) e 10,9 pontos percentuais no primeiro mês pós-alta ($p=0,40$), ao se comparar M1 e M2, embora tal diferença não seja significativa; a principal mudança intra-hospitalar ocorrida durante a execução desta pesquisa foi a implantação de ações relacionadas à ampliação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança e da Mulher, a qual pode contextualizar os resultados obtidos.

Esta ampliação está diretamente relacionada à Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014 do Ministério da Saúde, a qual redefine os critérios de habilitação da IHAC como estratégia de promoção, proteção e apoio ao AM e à saúde integral não só da criança, mas também da mulher no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2014a). Com esta portaria nacional, a partir do mês de março de 2015, período em que já havia finalizado a coleta no M1 e estava ocorrendo a implementação da IHAC-Neo no hospital intervenção, o hospital controle integrou novas normas, rotinas e protocolos da política de cuidados Amigo da Mulher e de livre acesso dos pais ao alojamento conjunto, UCIN, UTIN e maternidade, além de realizar capacitações e treinamentos para os profissionais de saúde da área materno-infantil com foco no manejo e aconselhamento da amamentação, revisão, reflexão e sensibilização dos profissionais aos Dez Passos, e boas práticas de apoio ao AM no hospital. Também realizou programa de educação continuada sobre AM, BLH e normas da IHAC para todos os profissionais atuantes nos cuidados neonatais.

Essas ações realizadas no hospital controle e identificadas por meio dos monitoramentos trimestrais ocorridos nesta instituição durante o período de implementação da IHAC-Neo no hospital intervenção, podem contextualizar, de certa maneira, o aumento das taxas de AME nos prematuros lá encontradas. Sabe-se dos fatores positivos das capacitações aos profissionais de saúde para incentivar e oferecer suporte às mães, bem como o direcionamento institucional para ações de promoção, proteção e apoio à amamentação na contribuição do aumento da duração do AME (FRANÇA et al., 2007).

As próprias diretrizes da IHAC convencional recomendam no Passo 2 a capacitação de toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implementar a política da IHAC (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2008), bem como na ampliação deste Passo com a atualização de 2018 – garantir que a equipe de saúde tenha conhecimento, competência e habilidades suficientes para apoiar a amamentação. Para a OMS, o treinamento da equipe de saúde permite que estes profissionais desenvolvam habilidades eficazes, forneçam orientações consistentes e implementem políticas padronizadas a fim de oferecer assistência oportuna e padronizada para as mães que amamentam. Além disso, não se pode esperar que os profissionais implementem uma prática ou eduquem as mães sobre uma questão sobre a qual eles não receberam treinamento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Além disso, o hospital controle recebeu uma nova avaliação da IHAC convencional realizada pelo Ministério da Saúde em setembro de 2015, portanto, cerca de nove meses antes do início do recrutamento e coleta de dados das mães e dos prematuros participantes do M2. Apesar desta avaliação não englobar diretamente os profissionais atuantes e os bebês internados em unidades neonatais, várias ações realizadas pelo hospital sobre AM e IHAC atingiram todos os funcionários da área materno-infantil, o que engloba estes.

A OMS relatou recentemente que os países têm se acreditado voluntariamente ao programa da IHAC convencional fazendo mudanças em suas políticas e procedimentos para obter o título, mas estas mudanças nem sempre são sustentáveis, especialmente quando não há sistemas de monitoramento regulares em vigor (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). Sabe-se empiricamente que no período imediatamente antes da recertificação da IHAC pelos avaliadores do Ministério da Saúde ocorre uma maior mobilização da gerência e dos profissionais de saúde para colocar em prática as recomendações desta iniciativa, as quais também estão em conformidade com as diretrizes da IHAC-Neo, foco deste estudo. O hospital intervenção não recebeu a visita dos avaliadores externos para recertificação da IHAC convencional durante o período da pesquisa.

Porém, mesmo com alguns fatores favoráveis ao AM presentes no hospital controle, como implantação de ações relacionadas à ampliação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança e da Mulher, investimentos em capacitações e treinamentos dos profissionais referentes aos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, e presença de enfermaria canguru neste hospital, estes não foram suficientes para que as unidades neonatais deste hospital apresentassem índices de AME nos prematuros satisfatórios. Na alta hospitalar, o hospital controle apresentou no M2 apenas cinco bebês em AME, mantendo este número no primeiro mês após a alta e caindo para

um bebê amamentado exclusivamente aos seis meses de vida, apesar de apresentar taxas maiores que no M1.

Apesar de não se ter confirmado o impacto da IHAC-Neo no aumento da prevalência do AME nos períodos investigados, constatou-se que a intervenção foi efetiva na mudança das práticas de incentivo ao AM em prematuros, não se rejeitando a **hipótese secundária**, visto que o hospital intervenção teve maior aumento nos escores de adesão à IHAC-Neo após a implementação desta intervenção inovadora guiada pela KT, comparado ao hospital controle. No hospital intervenção a diferença entre os escores antes e após a intervenção foi positiva em nove Passos, Três Princípios Norteadores e Código, enquanto no hospital controle três indicadores obtiveram diferença negativa com o decréscimo do escore no M2: Passos 1 (- 0,20), 8 (- 0,14) e 9 (- 0,08). Ainda, a diferença positiva com aumento da adesão foi menor no hospital controle do que no hospital intervenção em dez indicadores: Passo 2, Passo 4, Passo 5, Passo 10, Dez Passos (escore global), nos Três Princípios Norteadores separadamente (três escores parciais) e o global, e no Código.

Portanto, devido os dois hospitais apresentarem níveis de adesão à IHAC-Neo diferentes logo no início desta pesquisa (M1), quando o hospital controle apresentou melhor performance na adesão à IHAC-Neo do que o hospital intervenção, deve-se avaliar o quanto cada Passo, Princípio Norteador e o Código aumentou ou diminuiu ao comparar o M1 com o M2, visto que os hospitais não iniciaram a pesquisa com escores iguais. Ao analisar por esta perspectiva, pode-se afirmar que a implementação da IHAC-Neo ajudou a melhorar as práticas clínicas intra-hospitalares muito mais no hospital intervenção, em comparação com o hospital controle. O aumento do escore global dos Dez Passos juntos foi muito maior no hospital intervenção, um aumento de 3,43, do que o aumento no hospital controle, de 1,15, quando comparados os escores globais no M1 e no M2 da coleta de dados. O mesmo se deu com os escores globais dos Três Princípios Norteadores e o Código Internacional, os quais no hospital intervenção tiveram um aumento de 1,28 e 0,25 enquanto no hospital controle o aumento foi de 0,35 e 0,13, respectivamente.

Cabe assinalar a complexidade e multifatorialidade do desfecho em pauta e que a intervenção proposta garantiu mudanças na prática de adesão à IHAC-Neo, pois ao se comparar a diferença entre os escores de adesão às diretrizes desta estratégia, nos dois momentos da coleta de dados, antes e após a implementação da IHAC-Neo na unidade intervenção, podendo-se afirmar que em todos os indicadores a diferença é positiva, mostrando aumento nos escores de adesão, exceto no Passo 6 (- 0,11), enquanto no hospital controle três indicadores obtiveram

diferença negativa com o decréscimo do escore no M2. Todavia, reconhece-se que a intervenção executada foi insuficiente para impactar em aumento significativo do AME em prematuros, em curto prazo.

No hospital que recebeu a intervenção, todos os Passos e Princípios Norteadores e o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno analisados nesta pesquisa, com exceção do Passo 6, tiveram um aumento dos escores de adesão após a implementação da IHAC-Neo. Os Passos que estão mais diretamente relacionados ao AM, como os Passos 4, 5, 8 e 9, apresentaram aumento considerável nos escores de adesão do hospital intervenção comparando antes e após a implementação da IHAC-Neo. A adesão global dos Dez Passos mais que dobrou, indo de 33% para 67%.

Os Passos com menor aumento, ao se comparar M1 e M2 no hospital intervenção, foram os Passos 3 (aumento de 0,20), 7 (aumento de 0,25) e 10 (aumento de 0,30), os quais também foram considerados complexos no processo de implementação da IHAC-Neo. Segundo Munn et al. (2016), dentre os Dez Passos da IHAC convencional, o Passo 3 (educação pré-natal) e o Passo 10 (apoio pós-natal à amamentação) são os mais desafiadores para implementar nos hospitais. No entanto, estes dois Passos têm o potencial de impactar significativamente as práticas de amamentação (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Já no hospital controle, a adesão global aos Dez Passos passou de 55% para 67%, apesar de ainda não atingir a porcentagem que considera os princípios implementados no hospital, ou seja, adesão de no mínimo 80% (HAIEK, 2012).

O Passo 1 (ter uma política de AM escrita, rotineiramente comunicada a todos da equipe de cuidado em saúde) teve um aumento de 40 pontos percentuais no hospital intervenção (M1=40%; M2=80%), ao passo que no hospital controle, este passo obteve uma queda de 20 pontos percentuais (M1=80%; M2=60%).

Apesar das facilitadoras do processo de implementação da IHAC-Neo no hospital intervenção relatarem dificuldades dos profissionais em inserir evidências científicas de alto impacto para as práticas relacionadas ao AM em prematuros, o que também inclui a inserção destas evidências e atualizações nos protocolos e rotinas escritas das unidades neonatais, o hospital intervenção já apresentava uma política escrita sobre AM, facilitando as adaptações da IHAC convencional para a IHAC-Neo, o que pode ter proporcionado o aumento da adesão no Passo 1.

Wilson et al. (2017), ao analisar o AME numa coorte com prematuros com menos de 32 semanas, constataram que ser admitido em um hospital com protocolos de AM foi um dos fatores

positivamente associados com a maior probabilidade desses bebês estarem em AME na alta hospitalar (WILSON et al., 2017), reforçando a importância deste Passo no impacto da IHAC-Neo na prevalência do AME em prematuros.

As capacitações para os profissionais da saúde relacionadas ao AM realizadas durante o período de implementação da IHAC-Neo no hospital intervenção, dentre elas os treinamentos sobre o método canguru, contato pele a pele e técnica adequada da translactação, também ajudaram a melhorar a adesão ao Passo 2 (educação e treinamento de toda a equipe no conhecimento e habilidades específicas necessárias para implementar a política), o qual mais que dobrou (de 36% para 79%).

Porém, ao comparar os hospitais, o controle obteve maior adesão no Passo 2 (86%) do que o hospital intervenção (79%) no M2. A realização de capacitações e treinamentos da nova portaria para a Iniciativa Hospital Amigo da Criança e da Mulher (BRASIL, 2014a), para os profissionais de saúde da área materno-infantil do hospital controle, bem como o programa de educação continuada sobre AM podem explicar o aumento de 0,21 pontos na adesão ao Passo 2 da IHAC-Neo neste hospital.

Borregas et al. (2017), em estudo retrospectivo realizado em unidade neonatal nível III na Espanha para analisar as mudanças na velocidade de crescimento de prematuros com menos de 1.500g e nas suas práticas nutricionais durante um período de 24 anos, afirmam que os treinamentos dos profissionais de saúde, juntamente com o método canguru e o credenciamento do hospital como Amigo da Criança foram as principais estratégias que levaram ao aumento nas taxas de amamentação na unidade neonatal espanhola participante. Para Munn et al. (2016), quanto mais treinamento um profissional da saúde recebe, mais provável que ele cumpra as práticas Amigas da Criança e comprometa-se com esta filosofia de cuidado.

Dentre os Passos que tiveram aumento do escore de adesão no hospital controle, o Passo 3 (informar a gestante hospitalizada em risco de um nascimento prematuro ou de um bebê doente em relação ao manejo da lactação e amamentação e os benefícios do AM) foi o que mais se destacou, com aumento de 0,40 comparando o M1 com o M2. A melhora da adesão ao Passo 3, atingindo 100% de adesão no M2, também pode ser explicada pelos treinamentos, capacitações, programas de educação continuada aos profissionais sobre manejo da lactação e AM e mudanças de rotinas e práticas neste hospital relacionados à ampliação da estratégia IHAC por meio da Portaria nº 1.153 de 22 de maio de 2014 para a Iniciativa Hospital Amigo da Criança e da Mulher (BRASIL, 2014a). Estas ações capacitam e promovem conhecimentos à equipe de saúde que acabam ampliando as orientações à clientela.

No hospital intervenção, a rotina já instituída de orientações diárias sobre manejo da amamentação e lactação para gestantes de alto risco internadas no referido hospital pode contextualizar a alta porcentagem de adesão a este Passo antes mesmo da implementação da IHAC-Neo (80% de adesão no M1), que ao ser reforçado durante o processo de implementação desta intervenção, passou a obter uma adesão de 100% no M2.

A maneira como os profissionais se aproximam das mães para abordar o início da lactação, é um dos exemplos de práticas institucionais que contribuem para as taxas de AME na alta de unidades neonatais (BONET et al., 2015). Além disso, a realização de consulta de pré-natal com um neonatologista foi associada positivamente a maior incidência e duração de alimentação com leite humano durante a internação e após a alta hospitalar em prematuros participantes de um estudo caso-controle retrospectivo realizado em uma UTIN de Israel (FRIEDMAN et al., 2004).

O Passo 4 (encorajar o contato pele a pele mãe-bebê – cuidado canguru precoce, contínuo e prolongado sem restrições injustificáveis) teve aumento em ambos os hospitais, sendo que o hospital intervenção apresentou o maior aumento da adesão do M1 (20%) para o M2 (60%), apesar de ainda não ser suficiente para ultrapassar a adesão obtida no hospital controle no M2, o qual apresentou aumento de 20 pontos percentuais (de 50% para 70%).

Cabe assinalar que apenas o hospital controle apresenta instalações de enfermaria canguru, onde mães e prematuros ou bebês de baixo peso ao nascer ficam internados juntos, permitindo a realização do contato pele a pele contínuo. Apesar do aumento da adesão ao Passo 4 neste hospital, o número de internações na enfermaria canguru diminuiu significativamente ($p=0,001$) do M1 (46,9% dos prematuros) para o M2 (6,9%), assim como a frequência de contato pele a pele precoce ($p<0,001$) que passou de 50% no M1 para 0% no M2. No hospital intervenção, o contato pele a pele precoce foi realizado em menor frequência que o hospital controle, em ambos os momentos, apesar de uma discreta melhora após a implementação da IHAC-Neo (M1=9,6%; M2=12,2%).

É preciso ter em mente que a presença de enfermarias cangurus nos hospitais não necessariamente garante a prática precoce, contínua e prolongada do contato pele a pele nessa população e muito menos do aumento das taxas de AME, necessitando de maiores orientações, informações e apoio às mães para a realização deste cuidado com seus prematuros e bebês de baixo peso. Mães de 46 prematuros elegíveis para o método canguru em um hospital escola e participantes de um estudo indiano relataram que, apesar de estarem conscientes dos benefícios do método canguru e de praticarem o contato pele a pele, 39,1% delas disseram achar difícil

amamentar o bebê enquanto realiza-o e afirmaram que realizar o método canguru 24 horas por dia seria impraticável, sendo que 52% das mães responderam 1 hora, 19,6% responderam 2 horas e apenas 6,5% responderam 12 horas de contato pele a pele como a duração ideal (MUDDU; BOJU; CHODAVARAPU, 2013).

O hospital intervenção realizou durante o processo de implementação da IHAC-Neo, capacitações e sensibilizações com a equipe sobre o contato pele a pele e o método canguru; trabalhou em estratégias para incentivar o contato pele a pele para mães e familiares; e implantou o registro eletrônico da realização do contato pele a pele, facilitando a rotina dos profissionais quanto ao acompanhamento desta prática e impulsionando a sua realização, o que podem contextualizar o aumento considerável da adesão à este Passo. No estudo de Benoit e Semenick (2014), em unidades neonatais (nível III) de dois hospitais universitários do Canadá, a falta de conhecimentos e habilidades da equipe foi uma das principais barreiras contextuais para a implementação das diretrizes da IHAC-Neo.

Na perspectiva materna, no estudo de Muddu, Boju e Chodavarapu (2013) as mães dos 46 prematuros que realizaram o método canguru em um hospital escola puderam entender a importância e implementar com sucesso este método depois de serem educadas pela equipe de saúde com instruções claras e simples na língua local. Com uma única sessão educativa e prática de uma hora do método canguru, 95,7% das mães se sentiram confiantes para realizar o contato pele a pele com seus filhos prematuros (MUDDU; BOJU; CHODAVARAPU, 2013), reforçando a importância do incentivo às mães e familiares e das orientações para a adequada realização deste método tão benéfico para a população prematura.

O Passo 5 (apresentar às mães como iniciar e manter a lactação e estabelecer precocemente a amamentação com a estabilidade do bebê como único critério) também apresentou aumento na adesão em ambos os hospitais, apesar do aumento mais pronunciado no hospital intervenção (39 pontos percentuais) do que no hospital controle (6 pontos percentuais) e de nenhum deles atingir a implementação satisfatória do Passo (no mínimo 80% de adesão).

No hospital intervenção, apesar da implantação do protocolo de restrição da oferta do leite cru para os prematuros, durante o período de implementação da IHAC-Neo, impedir o início precoce da oferta do leite cru e da amamentação em alguns prematuros, isto não inviabilizou o aumento da adesão ao Passo 5. Tal avanço deveu-se especialmente ao trabalho dos membros do CPP que atuaram com grande responsabilidade nas orientações às mães e famílias dos prematuros sobre a ordenha precoce e contínua a fim de iniciar e manter a lactação, visto que não foi possível colocar em prática a recomendação da estabilidade do bebê como único critério para iniciar a

amamentação em prematuros nascidos com 30 semanas ou menos devido às recomendações do protocolo.

Killersreiter et al. (2001) consideram que o contato diário entre mãe e equipe de saúde neonatal, já nos primeiros dias da hospitalização, fornecem amplas oportunidades de discutir questões referentes à lactação e AM e oferece apoio prático no que tange as técnicas adequadas da ordenha mamária.

Além disso, a presença do posto de coleta do BLH no hospital intervenção, com equipe capacitada e qualificada para orientações quanto à lactação e ordenha, também pode ter facilitado o cumprimento dos critérios para o Passo 5, principalmente no M2, visto que a equipe do BLH participou ativamente das reuniões e decisões do CPP e se empoderaram para a melhora na assistência às mães com filhos internados em unidades neonatais. A localização do posto de coleta do BLH, próximo às unidades neonatais, também foi um facilitador para que as mães realizassem as ordenhas com maior frequência.

Sabe-se que a ordenha de leite deve ser realizada precocemente e frequentemente para que a mãe do prematuro mantenha a produção de leite quando o bebê estiver apto e liberado para mamar no peito, porém ainda não existe consenso na literatura do quão precoce a primeira ordenha deve ser iniciada. Algumas evidências recomendam a realização da primeira ordenha na primeira hora após o parto (PARKER et al., 2012), enquanto outras recomendam nas primeiras seis horas após o nascimento e com frequência de cinco ou mais vezes por dia (FURMAN; MINICH; HACK, 2002; MAASTRUP et al., 2014b) ou, no mínimo, seis expressões diárias (ACUNÃ-MUGA et al., 2014).

Não é impossível amamentar exclusivamente um prematuro se a ordenha for iniciada depois de 12 horas após o parto, mas estudo indica que iniciar a expressão do leite materno antes de seis horas pós-parto pode facilitar muito para as mães que querem amamentar seu bebê. Além disso, quanto mais tarde o início da ordenha de leite materno, maior o risco de prematuros não serem amamentados exclusivamente na alta hospitalar e menor a duração do AME (MAASTRUP et al., 2014b).

Neste estudo não se avaliou quando a estabilidade clínica dos bebês foi estabelecida para o início da amamentação, e mesmo com as dificuldades encontradas na implementação do Passo 5, constatou-se que os prematuros do hospital intervenção passaram a ir para o peito pela primeira vez mais precocemente após a implementação da IHAC-Neo. A média da idade gestacional corrigida dos prematuros antes da intervenção foi de 35,4 ($\pm 1,7$) e a mediana 35,2 semanas, reduzindo para 34,8 ($\pm 2,2$) e mediana de 34,3 semanas após a IHAC-Neo; embora a distribuição

da idade gestacional corrigida não tenha diferido significativamente ($p=0,507$) entre M1 e M2 no hospital intervenção, considera-se clinicamente importante o aumento de prematuros (de 44,2% para 55,9%) que passaram a se beneficiar do início da amamentação com 34 semanas e 6 dias ou menos.

No hospital controle, a idade gestacional corrigida foi maior, sendo a média 36,2 ($\pm 1,8$) e mediana de 35,8 semanas no M1, passando para 35,7 ($\pm 1,8$) e mediana de 36,0 semanas no M2; a distribuição dos prematuros segundo a idade gestacional corrigida também não diferiu significativamente ($p=0,769$) entre M1 e M2, e também houve aumento (de 28,1% para 33,3%) no percentual de prematuros que iniciaram a amamentação com 34 semanas e 6 dias ou menos.

Embora a distribuição dos prematuros segundo a idade gestacional corrigida de início da amamentação não tenha diferido entre os hospitais intervenção e controle, tanto no M1 ($p=0,284$) quanto no M2 ($p=0,173$), considera-se clinicamente importante o percentual de prematuros que se beneficiaram do início precoce da amamentação no hospital intervenção, comparado ao controle.

Há escassez de estudos sobre o início da amamentação em prematuros, e dentre os encontrados, a idade corrigida no hospital intervenção foi semelhante àquela dos prematuros internados em unidades neonatais de Hospital Amigo da Criança no município do Rio de Janeiro – RJ, com média de 34,9 semanas (GOMES et al., 2017), e a mediana de 34,1 semanas encontrada entre prematuros nascidos com menos de 35 semanas de gestação de um hospital universitário da Finlândia (NIELA-VILÉN et al., 2016).

Apesar do avanço na prática assistencial relacionada ao Passo 5, particularmente no hospital intervenção, acredita-se que ainda se tem muito a melhorar para iniciar mais precocemente a amamentação, pois em coorte com RN de muito baixo peso ao nascer, dentre aqueles que foram amamentados diretamente no peito enquanto estavam internados, a média foi de 33 semanas na primeira amamentação (PINEDA, 2011b).

A determinação do momento ideal para o início da amamentação de prematuros ainda é controversa e desafiadora para os profissionais da saúde (DAVANZO et al., 2014). Idade corrigida de 32 a 35 semanas tem sido considerada por um longo tempo como uma idade adequada para iniciar a amamentação, quando o prematuro começa o processo de sugar, respirar e deglutir de maneira coordenada (NYE, 2008; JONES, 2012), porém, esta recomendação está sendo gradativamente revista.

Nyqvist (2013) considera que não há evidências científicas que comprovem a introdução alimentar oral segura em prematuros só a partir de 34 semanas de idade gestacional, além do que

isto tem levado inúmeras mães e crianças a enfrentarem atrasos injustificados e restrições relacionadas ao início da amamentação. Bebês prematuros são capazes de iniciarem a amamentação com 29 semanas de idade gestacional (NYQVIST, 2008) e serem amamentados exclusivamente a partir de 32 semanas de gestação, apesar de um padrão de sucção curto com pausas longas, quando alimentados frequentemente com pequenos volumes de leite e em semidemanda e suplementação com leite materno ordenhado por sonda ou copo, quando necessário (NYQVIST, 2013). Niela-Vilén et al. (2016) afirmam não ser necessário uma idade gestacional específica para iniciar a amamentação em prematuro. Damasceno et al. (2014) concluem que assim que o prematuro apresentar melhora do quadro clínico, a amamentação deve ser incentivada. As diretrizes da IHAC-Neo também recomendam estabelecer precocemente o AM em prematuros considerando sua estabilidade clínica (ausência de apneia grave, dessaturação e bradicardia) como o único critério, conforme o Passo 5 (NYQVIST et al., 2015). Para Picaud et al. (2018), a chave do sucesso para a amamentação do prematuro é seu início precoce e o tempo a partir do qual cada criança pode sugar é variável em cada prematuro.

Ademais, a idade pós-natal quando da administração da primeira alimentação láctea também diferiu entre os hospitais significativamente no M1 e no M2 ($p<0,001$). No hospital controle, a maioria dos prematuros recebeu o primeiro leite com 24 horas de vida ou mais, em ambos os momentos (M1=71,9%; M2=72,4%), enquanto que no hospital intervenção o início foi mais precoce, sendo que 67,3% no M1 e 85,7% no M2 receberam a primeira alimentação láctea com menos de 24 horas de vida. Este dado também obteve uma melhora significativa ($p=0,030$) após a implementação da IHAC-Neo no hospital intervenção.

A introdução da alimentação enteral nos prematuros e bebês de baixo peso deve ser iniciada o mais precocemente possível, assim que o RN estiver hemodinamicamente estável e com peristalse (BRASIL, 2011b), mesmo se esta for mínima, a qual apresenta benefícios como o ganho de peso rápido, menor tempo de recuperação do peso do nascimento, menos intolerância alimentar, menor necessidade de fototerapia, menor risco de entreocolite necrosante, menos dias de internação, entre outros (BRASIL, 2011b; DAMASCENO et al., 2014).

Portanto, o início tardio da nutrição enteral pode trazer inúmeras consequências como retardo no crescimento e no desenvolvimento cognitivo dos prematuros e bebês de baixo peso. Ademais, o uso do colostro para a primeira alimentação enteral provoca efeitos imunoestimuladores sistêmicos, possibilitando maior proteção contra doenças comuns em UTIN (DAMASCENO et al., 2014).

O início precoce da introdução láctea e da amamentação certamente são fatores de sucesso para o AME em prematuros, garantindo melhor prevalência do AM no hospital que segue estas recomendações. A prematuridade é um conhecido fator de risco para a amamentação na primeira hora de vida de RN (ESTEVES et al., 2014) e a maturidade e o peso ao nascer do prematuro, assim como suas condições clínicas, podem interferir no processo de transição da alimentação gástrica para oral (SCOCHI et al., 2010). Em estudo de Killersreiter et al. (2001), a amamentação foi iniciada em 88,6% dos bebês de muito baixo peso com idade gestacional menor de 29 semanas.

Outro ponto a ser considerado no início da amamentação em prematuros é o relato das facilitadoras sobre a necessidade de liberação médica ou avaliação fonoaudiológica antes da equipe de enfermagem iniciar a amamentação dos prematuros internados no hospital intervenção. Apesar das enfermeiras terem autonomia e estarem respaldadas pela lei do exercício profissional para avaliar o melhor momento para o início da amamentação em prematuros, esta prática não era constante, principalmente no início da implementação da IHAC-Neo, mas foi gradativamente resgatada pelas enfermeiras durante o processo de intervenção.

Realidade parecida foi descrita em uma pesquisa de campo, com 21 enfermeiras envolvidas na assistência ao AM no pós-parto hospitalar de três maternidades públicas de Goiânia – GO. As entrevistadas relataram que a promoção, incentivo e apoio ao AM, que deveria estar integrada às ações do enfermeiro, estavam sendo realizadas exclusivamente pelo fonoaudiólogo, sendo que o enfermeiro estava priorizando suas ações no puerpério imediato para a assistência curativa e administração da unidade (ALMEIDA; FERNANDES; ARAÚJO, 2004).

O Passo 6 (não oferecer ao RN qualquer alimento ou líquido a não ser o leite materno, exceto se indicado pelo médico), foi o único no hospital intervenção que teve uma diminuição de 0,11 pontos, ou seja, a adesão que já era baixa no M1, diminuiu ainda mais no M2, de 33% para 22%, constituindo-se no Passo com o menor escore de todos após a implementação da IHAC-Neo no hospital intervenção. No hospital controle, o escore subiu 0,23 pontos com a adesão de 33%, no M1, aumentada para 56%, no M2.

Este Passo está diretamente relacionado às rotinas e práticas das unidades neonatais quanto à oferta de leite materno e/ou fórmula infantil aos prematuros hospitalizados. Nesta direção, considera-se que um dos principais aspectos que determinou a baixa adesão ao Passo 6 no hospital intervenção refere-se à lacuna da equipe em conversar e discutir com as mães que decidiram não amamentar ou cujos bebês estavam recebendo fórmula sobre os riscos e benefícios das várias opções de alimentação, bem como em ajudar estas mães a decidir qual a alimentação

mais adequada nessas situações. Ainda, destaca-se a inexistência nos hospitais intervenção e controle de instalações/espço e equipamentos para fazer demonstrações às mães sobre o preparo de fórmulas infantis, o que também não foi pontuado na adesão em ambos os momentos.

Ao se comparar os critérios relativos a este Passo pontuados e não pontuados no M1 e M2, o que determinou a queda da adesão no Passo 6 após a implementação da IHAC-Neo foi a não pontuação no M2 em um único critério: pelo menos 80% das mães que decidiram não amamentar selecionadas aleatoriamente relataram que a equipe conversou sobre os riscos e benefícios das várias opções de alimentação. Destaca-se ainda, o fato de o hospital intervenção ter como rotina a adição de fortificante ao leite humano administrados aos prematuros até completarem 40 semanas de idade corrigida.

Ademais, o hospital intervenção não atingiu a recomendação de pelo menos 80% dos bebês se alimentarem com leite materno ou leite do BLH ou, se receberem fórmula, que seja por uma razão médica aceitável. Por ocasião da observação nas unidades neonatais, perceberam-se alguns bebês recebendo complementação com fórmula infantil devido à redução no estoque de leite do BLH e, a depender do volume total disponível, muitas vezes priorizavam o uso do leite humano para os bebês mais imaturos, doentes e instáveis.

Apesar das recomendações de orientar a mãe/família sobre os benefícios do AM a fim de realizar uma escolha esclarecida e orientada sobre sua decisão em não amamentar; do respeito e orientação quanto à melhor alimentação para os bebês cujas mães não podem ou não querem amamentar; e de se evitar complementação desnecessária, especialmente com fórmula infantil, estarem descritas na política revisada (Passo 1) e de serem discutidas durante as reuniões do CPP, estes itens não foram colocados em prática de forma efetiva no hospital intervenção, contextualizando também a baixa na adesão ao Passo 6.

O hospital intervenção, no momento da alta hospitalar, apresentou um aumento considerável do uso de fórmula infantil, de 9,6% em M1 para 22,4% em M2, o que corrobora com a redução da adesão ao Passo 6 no M2. Apesar deste dado se referir ao momento da alta hospitalar, reflete todo o processo de se amamentar o prematuro durante a sua hospitalização e, consequentemente, as práticas realizadas nas unidades neonatais.

Por outro lado, ainda analisando as práticas de alimentação durante a internação dos prematuros participantes, é possível constatar que no hospital intervenção, antes da implementação da IHAC-Neo, 3,8% (2) dos prematuros receberam leite materno e/ou do BLH complementado com fórmula infantil em sua primeira alimentação láctea; o que foi melhorado após a IHAC-Neo, pois nenhum prematuro recebeu fórmula infantil na sua primeira alimentação

lática, apesar desta melhora não ter impactado nos escores de adesão ao Passo 6. No hospital controle, 6,3% (2) dos prematuros receberam apenas fórmula infantil em sua primeira alimentação no M1, ao passo que no M2, apenas um bebê (3,4%) recebeu leite materno e/ou BLH complementado com leite artificial.

Bebês muito prematuros, participantes de uma coorte europeia, que receberam leite materno ordenhado da própria mãe em sua primeira alimentação enteral, apresentaram maiores chances de AME na alta hospitalar de unidades neonatais, apesar do tempo da primeira alimentação enteral após o nascimento não ter sido associado com o AME na alta desses prematuros (WILSON et al., 2017), sinalizando a importância do envolvimento precoce da mãe com o filho inclusive com o oferecimento de seu leite desde o início da alimentação enteral do prematuro.

Além disso, a implantação do protocolo da oferta de leite materno cru para RN pré-termo para prevenção da infecção por citomegalovírus nas unidades neonatais do hospital intervenção também pode contextualizar a queda na adesão a este Passo. A recomendação de não oferecer leite materno cru em prematuros nascidos com menos de 30 semanas levou, indiretamente, à uma diminuição da oferta de leite materno cru para os prematuros e dos estoques de leite que o BLH recebia das mães dos bebês internados nas unidades neonatais, conforme relatos durante as reuniões do CPP, uma vez que os membros do CPP, equipe de enfermagem, de fonoaudiologia e do BLH ficaram desestimulados a promover, proteger e apoiar o AM e amamentação precoce, além das mães também ficarem desencorajadas para amamentar e ordenhar leite materno.

Além da distância e separação entre mães e filhos internados em unidades neonatais e o tempo requerido para a realização das ordenhas já contribuírem para desestimular algumas mães a realizá-las (SISK et al., 2010), o fato de que seu leite ordenhado cru não poderá ser oferecido imediatamente para seu prematuro acaba influenciando ainda mais o não estímulo da lactação. A lactação de mães de bebês com muito baixo peso ao nascer se manteve além das 40 semanas de idade corrigida de seus filhos quando iniciaram a expressão do leite antes das seis horas após o parto, mantiveram a realização das ordenhas com uma frequência maior que cinco vezes por dia e realizaram o cuidado canguru (FURMAN; MINICH; HACK, 2002).

Revisão sistemática da literatura sobre os resultados da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, considerou o Passo 6 da IHAC convencional (evitar a suplementação do RN com outros produtos do que o leite materno) como crucial na determinação dos resultados da amamentação, possivelmente porque, para implementar este Passo, outras etapas também precisam estar em vigor (PÉREZ-ESCAMILLA; MARTINEZ; SEGURA-PÉREZ, 2016). Os resultados desta

pesquisa estão em consonância com essa afirmação visto que houve diminuição da prevalência do AME de prematuros ao mesmo tempo em que houve uma diminuição da adesão ao Passo 6 no hospital intervenção mesmo após a implementação da IHAC-Neo.

A adesão ao Passo 7 (permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia), melhorou em ambos os hospitais, apesar do hospital intervenção ter um aumento menor no escore (0,25) se comparado ao hospital controle (0,38), sendo que este último atingiu adesão total e o dobro daquela obtida pelo hospital intervenção no M2.

No hospital controle, a UTIN e UCIN, bem como o alojamento conjunto, estabeleceram novas rotinas e protocolos de livre acesso aos pais nesses setores, atuando na permissão de mães e bebês juntos 24 horas por dia, o que permitiu que o mesmo atingisse 100% de adesão no M2. Para Nye (2008), o desenvolvimento de políticas, rotinas e protocolos baseados em evidências científicas nos hospitais a fim de delinear o plano de alimentação dos prematuros em conjunto com as mães, é fundamental para alcançar o sucesso na amamentação.

Em ambos os hospitais os pais apresentam acesso irrestrito às unidades neonatais, fato positivo em relação à algumas unidades intensivas italianas, onde os pais têm horas de visitas limitadas para ver seus filhos (BONET et al., 2015). Apesar do acesso livre às unidades participantes do presente estudo, a disponibilidade integral das mães e pais aos seus filhos prematuros internados é afetada por muitos outros fatores. No hospital intervenção foram destacados o fato da infraestrutura hospitalar não ser totalmente adequada para receber mães e pais 24 horas por dia; a presença de outros filhos em casa que também demandam cuidado; a dependência de transporte coletivo do município de origem, os quais tem horários definidos; a falta de condições financeiras para ir ao hospital diariamente, atrelado à limitação na distribuição de vale-transporte pelo hospital.

Mães de RN que estiveram internados em UTIN e UCIN do município de Dourados – MS também relataram, em estudo qualitativo, dificuldades vivenciadas durante a hospitalização do seu filho nessas unidades. A falta de organização e materiais e a estrutura física inadequada às necessidades das mães, bem como as mudanças na reorganização familiar após a hospitalização do bebê em unidades neonatais, especialmente quando se tem outros filhos, foram alguns pontos principais relatados por essas mães (ZANFOLIM; CERCHIARI; GANASSIN, 2018). Tais achados corroboram com o observado nas unidades neonatais e apontado pelas mães do hospital intervenção, pois embora a permissão da permanência junto ao filho conste das rotinas, as instalações ofertadas são insuficientes para privacidade e repouso das mães que ficam em enfermarias coletivas e cadeira estofada sem possibilidade de elevação/acomodação de membros

inferiores, além de inexistir unidade canguru, como no hospital controle. Acredita-se que há potencial de avanços neste Passo com o início de funcionamento das instalações novas, em outro prédio específico para atenção a criança, onde haverá nas unidades neonatais (UCIN e UTIN) cubículos privativos com poltrona mais confortáveis para cada mãe/família permanecer junto com o bebê hospitalizado.

O Passo 8 (encorajar a amamentação por livre demanda ou, quando necessário, alimentação em semidemanda como uma estratégia de transição para prematuros e bebês doentes) foi o que obteve o maior aumento ao comparar os escores antes e depois da IHAC-Neo no hospital intervenção, com um aumento de 0,71 pontos (adesão de 14% para 86%). Por outro lado, no hospital controle este Passo decresceu a adesão de 57% para 43%.

Ao avaliar as pontuações dos critérios que compõem a adesão a este Passo, é possível identificar algumas mudanças de práticas no hospital intervenção que podem ter contribuído para o aumento da adesão ao Passo 8, após a implementação da IHAC-Neo, de acordo com as respostas das mães, observação e análise documental dos avaliadores externos. Esta melhora está relacionada à inclusão da estabilidade clínica como único critério para indicar quando é possível terminar as mamadas programadas e a alimentação por sonda, bem como estratégias para a alimentação em semidemanda na política de AM das unidades neonatais; maior orientação das mães sobre a observação dos sinais de fome do bebê e mudanças do estado comportamental para posicionar o bebê no peito; a inclusão do protocolo de complementação do leite, o qual permite a complementação baseado em razões médicas justificadas; e mudanças em algumas rotinas de cuidado (administração de medicamentos, trocas de fraldas, etc.) a fim de não atrapalharem a amamentação.

A estratégia de uma alimentação em livre demanda, amamentar a criança sem restrições de horários e de tempo de permanência na mama, é amplamente difundida pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002, 2010, 2015b), enquanto um Passo da IHAC convencional focada em bebês saudáveis e a termo. Porém, sabe-se que os prematuros apresentam particularidades e dificuldades para seguirem prontamente a recomendação da amamentação por livre demanda, sendo então, recomendado inicialmente e se necessário, a alimentação por semidemanda. O conceito da alimentação por semidemanda ainda não é amplamente conhecido e praticado no Brasil. Davanzo et al. (2014) descrevem 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 (DAVANZO et al., 2014).

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 prescrições com volumes de leite e intervalos fixos foram alteradas; 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 três horas), 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).

Porém, na última revisão sistemática publicada em 2016 sobre o efeito da alimentação em prematuros baseada na sua responsividade *versus* volumes de leite prescritos em intervalos programados, os autores concluíram que os estudos analisados não fornecem evidências fortes ou consistentes de que a alimentação responsiva afeta resultados importantes para bebês prematuros ou suas famílias, apesar de existirem evidências de que prematuros alimentados em resposta a estímulos de alimentação e saciedade alcançam alimentação oral completa mais cedo do que os prematuros alimentados com volumes prescritos em intervalos programados (WATSON; McGUIRE, 2016).

As rotinas nas unidades neonatais participantes ainda estão pautadas em administrações de leite em horários e volumes prescritos e predefinidos, com pouca flexibilidade para amamentação de acordo com os sinais do bebê. Mesmo com o processo de implementação da IHAC-Neo no hospital intervenção, este não foi suficiente para modificar estas rotinas e instaurar a alimentação por semidemanda em sua integralidade. Além de que esta prática também exige a presença contínua da mãe na unidade, o que envolve várias outras questões, e de transferir à ela a responsabilidade pela alimentação e amamentação de seu filho, mesmo que com supervisão,

não sendo práticas facilmente realizadas na maioria das unidades neonatais brasileiras, visto que requerem mudanças na organização atual destas.

O Ministério da Saúde orienta que, quando a criança mama por pouco tempo e não recebe aporte suficiente para manter o ganho de peso satisfatório, podem-se complementar as mamadas com leite cru de sua própria mãe, recém ordenhado (BRASIL, 2011b), o que também é uma recomendação da prática da alimentação por semidemanda. A suplementação deve ser dada por gavagem e dividida em alimentações noturnas, segundo protocolo estabelecido por Davanzo et al. (2014).

Nos hospitais controle e intervenção, a realização da prática da semidemanda não foi sistematicamente acompanhada e analisada durante a execução desta pesquisa, mas especialmente no hospital intervenção, algumas ações voltadas para a transição da alimentação enteral para a oral em prematuros foram realizadas, como capacitações e treinamentos da equipe na técnica da translactação, uma estratégia eficaz para esta transição com a participação ativa das mães.

Além disso, a técnica de translactação também foi amplamente discutida na implementação do Passo 9 no hospital intervenção. O Passo 9 (usar alternativas à mamadeira até a amamentação estar bem estabelecida e somente usar chupetas e protetores de mamilos com razões justificáveis) também foi um dentre aqueles em que houve um aumento considerável de sua adesão no hospital intervenção (de 15% para 62%), e uma diminuição no hospital controle (de 31% para 23%), ao comparar M1 com M2.

Na primeira alimentação láctea dos prematuros predominou o leite materno ou do BLH administrado por sonda nasogástrica ou orogástrica nos dois momentos, tanto no hospital intervenção (M1=86,5% – 45; M2=89,8% – 44) quanto no controle (M1=75,0% – 24; M2=89,7% – 26), o que pode ser justificado pela maturidade e condição clínica do prematuro nos primeiros dias de vida. Já na primeira amamentação, a técnica predominante foi o peito + sonda, tanto no hospital intervenção (M1=48,1% – 25; M2=72,1% – 31) quanto no controle (M1=53,1% – 17; M2=74,1,0% – 20), ambos portanto, em consonância com a recomendação do Passo 9, não se recomendando o uso da mamadeira durante o processo de transição para a alimentação oral (NYE, 2008).

A mamadeira só foi usada como complementação após o peito em dois (3,8%) prematuros por ocasião do início da amamentação no M1 e não foi utilizada nem na primeira alimentação láctea e nem na primeira vez que o bebê foi ao peito no M2, no hospital intervenção. O uso da mamadeira foi mais frequente no hospital controle, no M1, pois três (9,4%) prematuros

receberam a primeira alimentação láctea integralmente por este artefato, e cinco (15,6%) como complemento ao peito, por ocasião do início da amamentação; no M2 nenhum prematuro fez uso da mamadeira na primeira alimentação láctea e na primeira amamentação.

A mamadeira foi utilizada somente no M1, em dois (3,8%) prematuros por ocasião do início da amamentação, no hospital intervenção, e em três (9,4%) prematuros para administrar integralmente a primeira alimentação láctea, e em cinco (15,6%) prematuros como complemento ao peito, por ocasião do início da amamentação. Embora nos dois hospitais não se tenha utilizado a mamadeira na primeira alimentação láctea e nem na primeira amamentação dos prematuros, no M2, o uso da mamadeira aumentou na alta hospitalar, seja para administrar todo o leite prescrito tanto no hospital intervenção (M1=9,6% – 5; M2=22,4% – 11) quanto no controle (M1=6,3% – 2; M2=13,8% – 4), ou para complementar o peito no hospital intervenção (M1=5,8% – 3; M2=16,3% – 8). Todavia, ao se somar o uso exclusivo da mamadeira com peito + mamadeira, houve aumento somente no hospital intervenção (M1=15,4% – 8; M2=38,7% – 19) e redução no controle (M1=78,2% – 25; M2=62,1% – 18).

Em substituição ao uso da mamadeira, tem-se recomendado o copo como técnica de complementação durante a transição da alimentação enteral para oral, por ser uma alternativa fisiologicamente segura, porém, são necessárias novas pesquisas para aumentar a segurança do volume consumido e diminuir a quantidade de derramamento do copo (NYE, 2008). Além disso, alguns prematuros apresentam dificuldades na amamentação após uso prolongado do copo (SCOCHI et al., 2010).

O uso do copo decresceu no hospital intervenção no M2, tanto na primeira alimentação láctea (M1=9,6% – 5; M2=6,1% – 3) dos prematuros investigados, quanto na primeira amamentação como complemento ao peito (M1=25,0% – 13; M2=7,0% – 3). No hospital controle, também houve redução no uso do copo no M2, na primeira alimentação láctea como alternativa para administrar todo o leite (M1=12,5% – 4; M2=3,4% – 1), e passou a ser utilizado como complementação ao peito em M2 (M1=0%; M2=3,4% – 1), mas no geral o uso do copo exclusivo ou complementando o peito reduziu de quatro (M1) para dois (M2) prematuros. Na primeira amamentação do prematuro também houve redução no uso do copo como complemento ao peito (M1=31,3% – 10; M2=14,8% – 4) no hospital controle.

Na alta hospitalar, o copo ainda foi uma alternativa para complementar a amamentação, tanto no hospital intervenção (M1=61,5% – 32; M2=24,5% – 12) quanto no controle (M1=18,8% – 6; M2=20,7% – 6), todavia, tal prática reduziu acentuadamente sendo citada apenas pelas mães

entrevistadas do hospital intervenção (M1=9,6% – 5; M2=4,3% – 2), no primeiro mês pós-alta hospitalar do prematuro.

Outra técnica recomendada é a translactação, considerada mais fisiológica na transição para a alimentação oral do prematuro (BRASIL, 2015b). Consiste em inserir o leite (preferencialmente materno) em um recipiente (copo ou xícara), colocado entre as mamas da mãe e conectado ao mamilo por meio de uma sonda a fim de complementar a mamada ou estimular a produção láctea por meio da sucção do bebê (relactação) (BRASIL, 2015b).

Para Scochi et al. (2010), a translactação, relactação ou sonda-peito consiste em método alternativo durante o período de transição, que envolve participação ativa da mãe na alimentação e cuidado ao prematuro, favorece o aumento da produção láctea e também o vínculo do binômio mãe-filho. Zulin et al. (2015) acrescentam que tal alternativa tem boa aceitação e satisfação materna.

Em ensaio clínico randomizado com 64 mães e bebês prematuros nascidos com menos de 32 semanas e/ou menos de 1.500g em um hospital universitário Amigo da Criança de Londrina – PR, a técnica da translactação com a avaliação da prontidão oral para a transição oral de bebês muito prematuros apresentou-se mais efetiva do que o uso do copo, com maior prevalência e duração do AME e menor risco de desmame nos primeiros quinze dias após a alta hospitalar (ROSSETTO, 2011).

No processo de implementação da IHAC-Neo, no hospital intervenção, foram realizadas capacitações teóricas e práticas e treinamentos a beira leito sobre a técnica da translactação e relactação, organizados pelas enfermeiras membros do CPP para todos os profissionais de enfermagem atuantes na UCIN e no alojamento conjunto. Essas ações educativas tiveram o objetivo de difundir a técnica de translactação como uma primeira alternativa para realizar a transição da sonda gástrica para o peito nos bebês prematuros.

A técnica da translactação não foi utilizada no hospital controle nos dois momentos e nem no M1 no hospital intervenção, obtendo-se impacto ainda tímido neste último após as ações implementadas, pois três (7%) prematuros mamaram somente no peito com uso desta técnica na primeira amamentação e um (2,0%) prematuro mamava no peito complementado pela translactação por ocasião da alta hospitalar, após a implementação da IHAC-Neo.

Outra estratégia realizada pelo CPP durante o período de implementação da IHAC-Neo no hospital intervenção que muito contribuiu para as mudanças nas práticas e aumento da adesão ao Passo 9, foi a formulação de um protocolo para o uso de chupetas para prematuros internados nas unidades neonatais. Este protocolo foi sugerido, redigido e aprovado pelos membros do CPP,

juntamente com as facilitadoras e chefia da neonatologia, e regulava, com base em evidências científicas, quais bebês tinham indicações para o uso da chupeta específica para prematuros.

Devido ao fato do hospital intervenção ser credenciado como Amigo da Criança, o uso da chupeta e outros bicos era, até então, proibido, conforme recomendado pela IHAC convencional (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2008; BRASIL, 2008c, 2010, 2012a, 2014a), porém era comum oferecer aos prematuros o dedo de uma luva de borracha preenchido com gases, para sucção não-nutritiva e confortá-los, prática esta observada durante a coleta de dados no M1. No processo de implementação da IHAC-Neo, esta prática foi totalmente abolida e elaborou-se o protocolo de indicação do uso de chupetas para prematuros.

Cabe assinalar que novas evidências vêm demonstrando cada vez mais os benefícios do uso da chupeta para a população de prematuros, desde que com indicações bem estabelecidas (NYQVIST et al., 2013; PONTI, 2013; NYQVIST et al., 2015), justificando a adaptação feita no Passo 9 para unidades neonatais, especificamente para prematuros e bebês com necessidades especiais.

Mesmo dentro do contexto pró-aleitamento e do ambiente Amigo da Criança, há uma necessidade para o uso da chupeta em circunstâncias específicas (LUBBE; HAM-BALOYI, 2017). Além disso, vários ensaios clínicos randomizados não encontraram relação entre o conselho para o uso da chupeta e o sucesso e a duração do AM, embora a prevalência e a duração da amamentação sejam menores nos lactentes que utilizam chupeta (JENIK; VAIN, 2009).

Os benefícios específicos do uso da chupeta nas unidades neonatais estão relacionados principalmente à sucção não-nutritiva e ao conforto de prematuros e bebês doentes (PONTI, 2013). A sucção não-nutritiva melhora a oxigenação e diminui a frequência cardíaca, especialmente de bebês estressados (HARDING; LAW; PRING, 2006; NYQVIST et al., 2013); aumenta a absorção de leite e melhora a digestão (NYQVIST et al., 2013); melhora a autoconsolação e acalma os bebês (JENIK; VAIN, 2009); modula o estado de autorregulação (HARDING; LAW; PRING, 2006) e o tempo gasto para dormir (POPESCU et al., 2008); ajuda na regulação neurocomportamental e maturação (HARDING; LAW; PRING, 2006), benefícios estes especialmente importantes para prematuros extremos por contribuir para a diminuição no consumo de energia; melhora o tônus muscular e a coordenação; diminui dor decorrente de procedimentos dolorosos quando em conjunto com sacarose ou leite materno (SOXMAN, 2007; JENIK; VAIN, 2009; LIAW et al., 2010); protege contra aspiração; permite transição mais rápida da sonda (gavagem) para a alimentação oral completa (HARDING; LAW; PRING, 2006; FOSTER; PSAILA; PATTERSON, 2016) e do início da alimentação oral para a alimentação oral

completa (FOSTER; PSAILA; PATTERSON, 2016); e diminui o tempo de hospitalização de prematuros (FOSTER; PSAILA; PATTERSON, 2016).

É preciso deixar claro que o uso da chupeta deve ser utilizado quando o prematuro necessita de suporte para se autorregular, mas a mãe não está disponível/presente para proporcionar conforto e/ou permitir a sucção na mama e quando outras medidas alternativas para apoiar a autorregulação não são suficientes (LUBBE; HAM-BALOYI, 2017).

Lubbe e Ham-Baloyi (2017) resumiram da literatura científica as condições médicas justificáveis para uso da chupeta: quando mães não são capazes de fornecer sucção no seio esvaziado, apesar destas recomendações incluem a determinação individual do uso da chupeta para cada bebê por profissionais de saúde qualificados; bebês com menos de 1.500g e/ou menores que 32 semanas de idade gestacional; bebês com risco de hipoglicemia; bebês que precisam de estimulação oral precoce para manter e desenvolver o reflexo de sucção; doença grave da mãe que impeça (temporária ou permanentemente) a amamentação; uso materno de medicamentos contraindicados à amamentação; bebês em ambientes intensivos neonatal com necessidade de se acalmar, alívio da dor e diminuição do estresse; e bebês recebendo alimentação por sonda.

Em estudo com 62 mães de prematuros egressos de duas UTIN de Vitória – ES, acompanhados semestralmente em uma clínica de Odontopediatria, durante dois anos, constatou-se que a dificuldade relatada pelas mães para estabelecer ou manter a amamentação (relacionada principalmente à ausência ou produção escassa do leite materno) após a alta hospitalar teve associação estatisticamente significativa ($p=0,012$) com o maior uso de chupeta. O AME por período de três meses ou superior ($p=0,026$) e a manutenção do AM por seis meses ou mais ($p=0,004$) foram considerados fatores de proteção para o menor uso de chupeta em prematuros. Corrobora os resultados de que a aceitação da chupeta por esses bebês nascidos pré-termo é uma consequência das dificuldades encontradas no AM o fato de que, devido à orientação nos hospitais onde nasceram ser contrária ao uso da chupeta, sua oferta inicial ocorreu na maioria dos casos desse estudo, na idade igual ou superior a três meses (73,1%), portanto, quando os problemas relacionados à amamentação já estavam instalados. Os resultados obtidos contribuem para a discussão sobre o uso da chupeta como consequência das dificuldades encontradas por mães e bebês para manutenção do AM como fonte de satisfação da necessidade de sucção não-nutritiva (DADALTO; ROSA, 2016).

Assim, a chupeta pode ser indicada e usada durante a separação mãe-bebê e para apoiar a amamentação de uma maneira terapêutica, sempre com a supervisão de um profissional de saúde qualificado e engajado na proteção do AM (LUBBE; HAM-BALOYI, 2017) e com

orientações e informações para os pais de prematuros e bebês doentes sobre as razões justificáveis para o uso da chupeta no hospital, as maneiras alternativas de conforto do bebê e as recomendações para minimizar o uso da chupeta (NYQVIST et al., 2013).

Com base no exposto, aponta-se como limitação do presente estudo o fato de não se ter coletado dados acerca do uso de chupeta pelos prematuros participantes da investigação relativa a prevalência e preditores do AME, aspecto a ser contemplado em pesquisas futuras.

Finalmente, o Passo 10 (preparar os pais para continuar a amamentação e assegurar acesso aos serviços de apoio/grupos após a alta hospitalar) dobrou a adesão (de 30% para 60%), no hospital intervenção, embora não atingindo em M2 indicador que possibilite afirmar que o mesmo esteja satisfatoriamente implantado, isto é, com adesão de pelo menos 80% (HAIEK, 2012). Apesar de o escore do hospital intervenção (0,60) ser menor que no controle (0,70), no M2, destaca-se o aumento de 30 pontos percentuais na primeira instituição, enquanto que o hospital controle teve um aumento de 10 pontos percentuais na adesão ao Passo 10, na comparação M1 e M2.

Este Passo, continuidade dos cuidados na comunidade, também se mostrou crucial para manter as melhores taxas de amamentação nos serviços de saúde que prestam cuidados materno e neonatais (PERÉZ-ESCAMILLA; MARTINEZ; SEGURA-PÉREZ, 2016). Ambos os hospitais investigados dispõem de BLH com atendimento a clientela egressa das unidades neonatais e apresentam ambulatório de seguimento do prematuro, facilitando a continuidade do cuidado conforme preconizado pela IHAC-Neo. 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 no hospital intervenção, o CPP se mobilizou e envolveu a equipe das unidades neonatais com a equipe do ambulatório para a criação do ambulatório de amamentação para prematuros, com a finalidade de atender precocemente a díade mãe-prematuro 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.

O encaminhamento pós-alta de prematuros aos ambulatórios de amamentação com ações personalizadas da equipe de enfermagem tem se mostrado efetivo no ganho de peso dos bebês, no aumento da confiança das mães em amamentar, na melhora do vínculo mãe-bebê e no melhor manejo da prática de amamentação. Além disso, os profissionais de saúde devem estar

capacitados com conhecimentos técnicos e científicos no AM em prematuros e ter habilidades para ouvir, aprender e aconselhar a fim de prestar um atendimento humanizado (GRAZZIOTIN; YAMASAKI, 2000).

Revela-se fundamental o acompanhamento profissional desde os primeiros dias de internação dos prematuros até após a alta hospitalar, com especial atenção para as orientações dadas às mães, bem como a integração entre os serviços de saúde para que as dificuldades do processo de lactação e do estabelecimento da amamentação exclusiva, particulares do RN pré-termo, possam ser superadas com sucesso (AZEVEDO; CUNHA, 2013).

Além disso, apesar de todas as questões que envolveram o processo de implementação da IHAC-Neo e das limitações dos resultados da adesão aos Passos e Princípios da IHAC-Neo, pode-se perceber alguma relação entre os escores da IHAC-Neo e a frequência de reuniões em que os Passos foram discutidos no hospital intervenção. Os Passos com maiores diferenças positiva nos escores de adesão após a implementação da IHAC-Neo foram: Passo 8 (+ 0,71), Passo 9 (+ 0,46), Passo 2 (+ 0,43), Passos 4 e 1 (ambos + 0,40). Coincidentemente, todos esses, exceto o Passo 1, foram discutidos mais vezes pelo CPP durante os ciclos do processo de implementação: Passo 9 discutido em 18 reuniões, Passo 4 em 17 reuniões, Passo 2 em 14 reuniões e Passo 8 discutido em 11 reuniões. O Passo 6, o único que apresentou queda no escore (- 0,11) após a implementação da IHAC-Neo, foi aquele que menos foi discutido nas reuniões do CPP, apenas três vezes. Isto reforça o comportamento de que o processo de implementação de uma intervenção em serviços de saúde leva tempo e precisa ser amplamente discutido.

Os resultados dos escores de adesão aos Três Princípios Norteadores da IHAC-Neo e ao Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno também reafirmaram as mudanças na prática clínica do hospital intervenção.

A adesão global aos Três Princípios Norteadores passou de 43% para 86% no hospital intervenção. O Princípio Norteador que mais obteve aumento na adesão foi o primeiro (a atitude da equipe deve focar e responder às necessidades individuais de cada mãe no seu contexto), de 50% para 100%; seguido do segundo Princípio (todas as ações devem facilitar a abordagem do cuidado centrado na família), de 30% para 70%; e o terceiro Princípio (assegurar a continuidade do cuidado entre os períodos pré, peri e pós-natal, bem como após a alta hospitalar), com adesão de 50% no M1 para 88% no M2. Apenas o segundo Princípio Norteador não atingiu a adesão satisfatória (pelo menos 80%) para a implementação da IHAC-Neo (HAIEK, 2012).

O fato do terceiro Princípio Norteador apresentar o menor aumento da adesão está em consonância com as dificuldades presenciadas pelos membros do CPP em manter um

atendimento integral na amamentação do prematuro após a alta hospitalar, especialmente pela não concretização durante a execução desta pesquisa de um ambulatório de amamentação do prematuro proposto durante o processo de implementação da IHAC-Neo, mais especificamente nas discussões e reuniões pertinentes ao Passo 10.

Os preceitos do cuidado centrado na família em unidades neonatais foi abordado em estudo qualitativo com mães e familiares de RN internados em hospital quaternário do município de São Paulo – SP. As dificuldades apontadas pelos participantes incluem 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).

No hospital controle, a adesão global dos Três Princípios foi de 71% para 83%, inclusive com o primeiro princípio apresentando 100% de adesão em ambos os momentos. Assim como no hospital intervenção, o segundo Princípio Norteador foi o único que não atingiu no M2 a porcentagem (adesão de pelo menos 80%) que considera os princípios implementados no hospital (HAIEK, 2012).

A adesão ao Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno no hospital intervenção também foi maior no M2, com aumento de 25 pontos percentuais e chegando a 81% de adesão após a implementação da IHAC-Neo, portanto considera-se que o Código está satisfatoriamente implantado (HAIEK, 2012). Mesmo o hospital já seguindo as recomendações do Código por ser Amigo da Criança, percebe-se que o reforço destas diretrizes com a implementação da IHAC-Neo surtiu efeito positivo e alavancou a adesão neste hospital.

Por outro lado, apesar do hospital controle também ser credenciado como Amigo da Criança, o escore relacionado à adesão ao Código foi muito baixo, o que infringe inclusive, preceitos da IHAC convencional. Apesar de um discreto aumento no M2 (de 25% para 38%), a adesão ao Código não ultrapassou os 38%. Teoricamente, ambos os hospitais deveriam apresentar altos escores de adesão ao Código por já seguirem esta norma ao serem Hospitais Amigos da Criança.

A total conformidade com o Código tem sido um dos grandes desafios para implementar a IHAC convencional em várias instituições. No geral, as empresas que comercializam substitutos

do leite materno acabam exercendo influência em vários níveis hospitalares, enfraquecendo as normas de proteção do AM e dificultando a implantação das diretrizes de um Hospital Amigo da Criança (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). Este foi um dos motivos para as atualizações dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, os quais passaram a integrar explicitamente o Código como um subpasso (Passo 1a).

Embora alguns Passos e Princípios Norteadores apresentaram adesão maior no hospital controle em comparação ao hospital intervenção após a IHAC-Neo, as taxas de AME no hospital controle continuaram muito menores. Ademais, apesar do aumento em alguns escores de adesão à IHAC-Neo no hospital controle, o escore global dos Dez Passos (soma dos escores parciais de cada Passo), o escore global dos Três Princípios Norteadores (média dos escores dos Três Princípios) e o escore do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno foram maiores no hospital que recebeu a implementação da IHAC-Neo do que no hospital controle.

A implementação da IHAC-Neo foi apontada em outro estudo sueco como uma intervenção que pode melhorar a prevalência do AM em prematuros por ser uma intervenção com abordagem holística e na qual os aspectos relacionais do cuidado são reconhecidos e integrados, trazendo benefícios para pais e filhos prematuros (ERICSON et al., 2016).

Portanto, as análises dos escores de adesão às diretrizes da IHAC-Neo mostram realmente o que a intervenção inovadora IHAC-Neo guiada pela KT promoveu, aumentando a adesão aos Dez Passos e aos Princípios Norteadores e aprimorando as práticas clínicas sobre promoção, proteção e apoio ao AM da equipe e das famílias dos prematuros no hospital intervenção, apesar de que o principal resultado ou desfecho destas mudanças, o aumento das taxas de AME, não foi traduzido de imediato (em curto prazo) para os prematuros, reforçando o quanto o AM é complexo e influenciado por inúmeros fatores que podem determinar o sucesso ou o fracasso da amamentação exclusiva nesta população vulnerável.

Estudo realizado na Suíça, com o objetivo de avaliar a influência da adesão às recomendações da IHAC convencional no AM de bebês a termo, concluiu que, apesar de bebês nascidos em Hospitais Amigos da Criança e com alta adesão aos Passos da IHAC apresentarem duração da amamentação mais prolongada, não se pode excluir completamente a possibilidade desse efeito estar atribuído às instalações de saúde ou aos fatores maternos e infantis (MERTEN; DRATVA; ACKERMANN-LIEBRICH, 2005), afirmando a multifatorialidade e a complexa tarefa de amamentar exclusivamente um bebê, especialmente se este for prematuro.

Assim como Silva (1990) e Almeida (1999), concorda-se que, ao analisar os fatores determinantes ou associados ao AM devemos considerar a multidimensionalidade dessa prática, a qual é biologicamente determinada, porém socioculturalmente condicionada. O sucesso do AM tanto em RN a termo quanto pré-termo é extremamente multifatorial e sofre interferências de diversos fatores neonatais, maternos, institucionais, sociais, econômicos e culturais, em um dado tempo e espaço.

Além disso, não se pode esquecer que a decisão de amamentar ou não o prematuro é uma escolha materna e os profissionais de saúde tem a obrigação de fornecer orientações e informações necessárias para uma tomada de decisão materna/familiar consciente. Conforme as normas do primeiro Princípio Norteador (a atitude da equipe deve focar as necessidades individuais de cada mãe no seu contexto), as mães devem ser apoiadas na tomada de decisões conscientes sobre a produção de leite, amamentação e alimentação do bebê, e 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 preciso também, que os profissionais permitam e respeitem a escolha materna e evitem a culpa da mãe se ela decidir não amamentar (BONET et al., 2015).

Os membros da equipe de enfermagem, considerados os defensores do paciente, são os principais responsáveis por fornecer às mães de prematuros as melhores informações e cuidados com relação às suas escolhas na alimentação de seus filhos (NYE, 2008). Como afirmou Nye (2008), o caminho da “intenção de amamentar” para a “êxito na amamentação” é árduo e deve ser acompanhado por profissionais de saúde motivados e com conhecimentos suficientes para orientar, apoiar, amparar, entender e auxiliar no processo de amamentação do binômio mãe-prematuro, o qual requer atenção e cuidados especiais e particulares.

Dentre as inúmeras questões que não foram abordadas nesta pesquisa e que são comprovadas pela literatura científica que podem interferir no AM em prematuros, destacam-se administração de corticoides antenatais (WILSON et al., 2017); tabagismo materno (KILLERSREITER et al., 2001; ESPY; SENN, 2003; ZACHARIASSEN et al., 2010; DEMIRCI; SEREIKA; BOGEN, 2013; MAASTRUP et al., 2014b); uso de álcool (SANCHES et al., 2011), doença mental materna, diabetes gestacional, pré-eclâmpsia (ERICSON et al. 2016); obesidade, sintomas de depressão materna (STUEBE et al., 2014); raça (PINEDA, 2011b; DEMIRCI; SEREIKA; BOGEN, 2013); escolaridade paterna (KILLERSREITER et al., 2001); uso de anestesia durante o parto (DEMIRCI; SEREIKA; BOGEN, 2013); escores de Apgar do bebê (ESPY; SENN, 2003); estado emocional das mães como níveis de ansiedade, depressão e estresse

(ZANARDO et al., 2011); experiências maternas com a amamentação (BRIERE et al., 2014); crenças, mitos e práticas culturais que envolvem a amamentação (FRANÇA et al., 2007; MARQUES; COTTA; PRIORE, 2011); uso de chupeta (JENIK; VAIN, 2009; SILVA; SEGRE, 2010), entre outros. Portanto, a não inclusão nesta pesquisa destes importantes e comprovados fatores que influenciam no AM é uma limitação do presente estudo.

O delineamento pré e pós-teste com amostras separadas ou não equivalentes realizado nesta pesquisa também pode ser considerado como uma limitação. Este delineamento não é considerado forte pelo fato de ter a possibilidade de não só os grupos controle e intervenção não terem equivalência, como também as amostras pré e pós intragrupos, visto que são amostras independentes. Assim, ter diferentes participantes em períodos diferentes no tempo pode levar à vieses na pesquisa (TROCHIM; DONNELLY; ARORA, 2016).

Neste estudo, optou-se pelo bebê prematuro ser a unidade de análise de todos os testes realizados. Porém, a amostra total coletada apresentou altas taxas de gemelaridade (hospital intervenção: quatro gêmeos no M1 e quatro gêmeos e um trigêmeo no M2; hospital controle: cinco gêmeos e dois trigêmeos no M1 e oito gêmeos no M2), sendo que as informações sobre as mães destes gemelares podem se repetir nos resultados e gerar possíveis vieses nas variáveis maternas. Para a análise de regressão logística, foi possível controlar este viés através da aplicação do modelo de regressão logística com efeito aleatório, controlando estes dados replicados das mães de gemelares. Porém, nas análises descritivas e comparações intragrupos e intergrupos, os dados maternos podem ter sido subestimados ou superestimados devido a unidade de análise ser os prematuros. Além disso, não é possível afirmar que o número de gestações múltiplas é igual ao número de bebês gemelares na amostra devido aos critérios de inclusão e exclusão desta pesquisa, visto que, por exemplo, um gemelar/trigêmeo podia participar da pesquisa e outro(s) não, devido óbito durante internação, ou não ter permanecido no mínimo 48 horas nas unidades neonatais, ou ainda ter alguma contraindicação ao AM.

Outra limitação apontada neste estudo é o fato de que a coleta de dados ocorrida durante o primeiro mês do prematuro no domicílio, após a alta hospitalar, pode levar a algumas diferenças na prevalência do AM neste período avaliado, visto que algumas mães foram entrevistadas com duas semanas após a alta e outras foram coletadas com cinco semanas no domicílio, sendo que, para a avaliação do desmame em prematuros, uma semana pode fazer a diferença nas taxas de AM nesta população.

As ações para a implementação dos Três Princípios Norteadores e Dez Passos da IHAC-Neo realizadas no hospital intervenção estiveram focadas no âmbito intra-hospitalar, não

incluindo as unidades básicas de saúde, apesar da importância e recomendação destas diretrizes serem ampliadas para a atenção primária e para a continuidade das ações no pós-alta hospitalar (NYQVIST et al., 2015). Esta implementação focada no hospital pode ser considerada outra limitação da pesquisa, uma vez que a prevalência do AME em prematuros também foi avaliada no pós-alta (durante o primeiro mês no domicílio e aos seis meses de vida). Sugere-se a ampliação da implementação desta intervenção inovadora também nos ambulatorios de acompanhamento e na atenção primária à saúde (UBS), visto que recebem e acompanham o crescimento e desenvolvimento dos prematuros.

É preciso considerar também o fato de que a pesquisadora deste estudo participou de todo o processo de implementação da IHAC-Neo realizada no hospital intervenção, sendo uma das facilitadoras do processo guiado pela *Knowledge Translation* e participando de todos os processos de decisão e encaminhamentos das ações de implementação da IHAC-Neo, bem como participou da coleta de dados e anotações de campo de ambos os hospitais. O conhecimento da pesquisadora sobre os objetivos da pesquisa pode ter criado alguns vieses na interpretação e avaliação dos resultados obtidos, também se caracterizando como uma limitação desta pesquisa.

Recomenda-se também novas pesquisas a fim de avaliar o impacto da implementação da IHAC-Neo para os profissionais de saúde, visando suas satisfações com a nova intervenção e o impacto que isso pode causar na prática assistencial aos neonatos. Esta pesquisa não abordou com profundidade as mudanças de práticas sob uma ótica mais profunda dos profissionais de saúde atuantes nas unidades neonatais, os quais são os atores principais do sucesso da intervenção.

Além disso, avaliou-se o desfecho da prevalência do AME em prematuros num período muito próximo ao fim da implementação da IHAC-Neo, além do tempo, talvez insuficiente, para implementar em sua totalidade (com adesão satisfatória de 80% ou mais) todas as diretrizes propostas pela IHAC-Neo no hospital intervenção, podendo ter afetado os resultados desta pesquisa. Recomenda-se novos estudos que possam continuar a implementação dos Dez Passos e Três Princípios da IHAC-Neo nestas e novas unidades neonatais a fim de implementar satisfatoriamente todos os Passos e Princípios, bem como avaliar num período mais longo, a sustentabilidade das ações promovidas pelo CPP e avaliar em longo prazo os resultados destas mudanças nas práticas clínicas para o AME em prematuros internados nas unidades com estas adequações. A própria OMS recomenda revisões para a implementação nacional da IHAC convencional, com ênfase na cobertura universal e garantia da sustentabilidade destas práticas ao longo do tempo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018), o que também é válido na implementação da IHAC-Neo.

Concorda-se com McInnes e Chambers (2008) ao afirmarem que existem lacunas substanciais no conhecimento de quais recursos ajudam a amamentação nas unidades neonatais e que são necessárias mais pesquisas para identificar quais práticas são efetivas no apoio do AM dentro deste ambiente. Mas também esta pesquisa observou que a intervenção inovadora IHAC-Neo, implementada por métodos horizontais e participativos dos próprios atores para as mudanças necessárias, é o caminho para melhorar a assistência integral aos prematuros e bebês criticamente doentes internados em unidades neonatais e, conseqüentemente, melhorar as taxas de AME e diminuir a morbimortalidades desta população vulnerável.

Juntamente com o projeto multicêntrico ao qual esta tese está vinculada, este é o primeiro trabalho a implementar uma intervenção inovadora adaptada da IHAC e ampliada para as especificidades de unidades neonatais em um hospital na região Sudeste.

Além disso, esta implementação ocorreu por meio de um referencial teórico também inovador e pouco aplicado nos estudos nacionais denominado *Knowledge Translation*, a qual permite transpor os conhecimentos científicos produzidos para a prática de uma maneira mais democrática e coletiva. Esta estratégia transcende o atual panorama de implementação da IHAC convencional, a qual tem sido implantada como uma intervenção vertical e focada na acreditação de instalações voluntárias (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Esta pesquisa também avaliou as implicações e o impacto da implementação desta intervenção totalmente inovadora, a IHAC-Neo, em um dos principais desfechos para RN e o principal indicador de efetividade deste programa – o AME. Para Picaud et al. (2018), a taxa de prematuros que são amamentados ao final do período neonatal é um bom indicador de qualidade do atendimento, os quais devem ser coletados e monitorados em cada unidade neonatal. Mesmo com o não alcance dos resultados esperados para esta pesquisa, a aplicação das recomendações e diretrizes da IHAC-Neo é altamente recomendada para todas as instituições que realizam assistência à RN pré-termo e criticamente doentes.

Assim como revisão sistemática sobre os impactos da IHAC convencional na saúde infantil e no AM de bebês concluiu que nenhum dos estudos sugere um impacto negativo da IHAC nos resultados do AM (PERÉZ-ESCAMILLA; MARTINEZ; SEGURA-PÉREZ, 2016), acredita-se que a implementação das diretrizes da IHAC-Neo nas unidades neonatais só trarão benefícios e melhoria na qualidade da assistência aos prematuros, levando ao aumento da prevalência do AME em médio e longo prazos com a sustentabilidade das ações lá implantadas.

Por fim, as discussões expostas nesta tese demonstram a complexidade do processo de amamentação de prematuros, especialmente do estabelecimento e manutenção do AME, o que leva à afirmação de que a discussão deste tema não se esgota neste estudo.

7 Conclusão

A hipótese primária do presente estudo, que significativamente mais prematuros no hospital intervenção seriam amamentados exclusivamente na alta hospitalar, no primeiro mês após a alta e aos seis meses de vida, após a implementação das diretrizes da IHAC-Neo, comparado com os prematuros internados no hospital controle, foi rejeitada.

Na alta hospitalar, a diminuição da prevalência do AME após a implementação da IHAC-Neo no hospital intervenção, de 48,1% para 40,8%, não foi significativa ($p=0,12$), assim como o aumento da prevalência no hospital controle, de 3,1% para 17,2%, também não teve significância estatística ($p=0,42$) ao comparar M1 e M2. Além disso, a prevalência do AME no hospital intervenção foi significativamente maior que no controle ($p<0,01$), devido as diferenças significativas detectadas no M1 ($p<0,01$) e M2 ($p=0,04$), com taxas de AME muito maiores no hospital intervenção. Assim, o fato da prevalência do AME ser muito maior no hospital intervenção (48,1%) já antes da intervenção (M1), em comparação com o hospital controle (3,1%), não permite atribuir este resultado à efetividade da implementação da IHAC-Neo nas unidades neonatais do hospital intervenção.

Durante o primeiro mês após a alta hospitalar, as tendências de AME se mantiveram, com diminuição da prevalência não significativa ($p=0,12$) no hospital intervenção, de 46,1% para 29,8%; e aumento não significativo ($p=0,40$) no hospital controle, de 6,3% para 17,2%, ao comparar M1 e M2. O hospital intervenção manteve a prevalência do AME significativamente maior ($p=0,02$) do que no hospital controle, devido a diferença significativa detectada no M1 ($p=0,02$), uma vez que passou a não ter mais diferença entre os hospitais no M2 ($p=0,41$). Assim como na alta hospitalar, a diferença da prevalência do AME no primeiro mês após a alta hospitalar entre os hospitais não pode ser atribuída à efetividade da IHAC-Neo, pois as taxas de AME no M1 já eram muito mais elevadas no hospital intervenção (46,1%) do que no controle (6,3%).

Aos seis meses de vida do prematuro, a prevalência do AME somado ao AMP diminuiu não significativamente tanto no hospital intervenção ($p=0,96$), de 14,3% no M1 para 10,6% no M2, quanto no hospital controle ($p=0,90$), de 3,6% para 3,4%. Independentemente do momento da coleta, a prevalência do AME + AMP também não diferiu entre os hospitais ($p=0,27$), e nem entre os hospitais no M1 ($p=0,46$) e M2 ($p=0,39$). Apesar das taxas de AME + AMP aos seis meses de vida no hospital intervenção serem um pouco maiores que no controle, as diferenças não foram estatisticamente significantes, sendo inexpressivo o número de

prematturos em AME e AMP aos seis meses de vida, tanto no hospital intervenção (07 no M1 e 05 no M2) quanto no controle (01 no M1 e 01 no M2).

Portanto, a implementação da intervenção inovadora aqui denominada IHAC-Neo, em um hospital já credenciado pela IHAC convencional, não teve impacto em curto prazo no aumento da prevalência do AME na alta hospitalar, no primeiro mês no domicílio e aos seis meses de vida de prematturos internados nessas unidades neonatais, rejeitando-se a hipótese inicial.

Porém, a IHAC-Neo trouxe um impacto positivo nas mudanças das práticas relacionadas ao AM nas unidades neonatais do hospital intervenção, não se rejeitando a hipótese secundária deste estudo, pois o hospital intervenção teve um maior aumento nos escores de adesão à IHAC-Neo após a implementação desta intervenção inovadora guiada pela *Knowledge Translation*, comparado ao hospital controle. Ao se avaliar a diferença entre os escores nos dois momentos da coleta de dados, é possível afirmar que em todos os indicadores a diferença é positiva, mostrando aumento nos escores de adesão no hospital intervenção, exceto no Passo 6 (-0,11), enquanto no hospital controle três indicadores obtiveram diferença negativa com o decréscimo do escore no M2: Passos 1 (-0,20), 8 (-0,14) e 9 (-0,08). Ainda a diferença positiva com aumento do escore de adesão foi maior no hospital intervenção do que no controle em dez indicadores: Passos 2 (+0,43 vs +0,21), 4 (+0,40 vs +0,20), 5 (+0,39 vs +0,06) e 10 (+0,30 vs +0,10); Dez Passos (escore global +3,43 vs +1,15); Princípios Norteadores 1 (+0,50 vs +0,00), 2 (+0,40 vs +0,10) e 3 (+0,38 vs +0,25); Três Princípios Norteadores (escore global +1,28 vs +0,35); e no Código (+0,25 vs +0,13).

Houve um aumento considerável na adesão global aos Dez Passos da IHAC-Neo (de 33% para 67%), Três Princípios Norteadores (de 43% para 86%) e ao Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno (de 56% para 81%) no hospital intervenção, ao comparar os dois momentos. No hospital controle também houve aumento na adesão global aos Dez Passos da IHAC-Neo (de 55% para 67%), Três Princípios Norteadores (de 71% para 83%) e ao Código (de 25% para 38%), mas inferior ao obtido no hospital intervenção.

No hospital intervenção, os Passos 1 (80%), 3 (100%) e 8 (86%), bem como os Princípios Norteadores 1 (100%) e 3 (88%), o escore global dos Três Princípios Norteadores (86%) e o Código (81%) atingiram adesão satisfatória e podem ser considerados implantados (adesão de no mínimo 80%) após a implementação da IHAC-Neo.

A adesão ao Passo 8 foi a que mais aumentou quando se compara M1 e M2 no hospital intervenção, passando de 14% para 86%, principalmente devido 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, 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 atrapalharem a amamentação.

Já a adesão ao Passo 6, único que decresceu (de 33% para 22%) após a implementação da IHAC-Neo no hospital intervenção, está diretamente 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, conforme os critérios da IHAC-Neo não pontuados no hospital intervenção. Ademais, a implantação do protocolo da oferta de leite materno cru para RN pré-termo para prevenção da infecção por citomegalovírus nas unidades neonatais do hospital intervenção, o qual recomenda a não oferta de leite materno cru para prematuros nascidos com menos de 30 semanas, pode ter contribuído indiretamente para uma diminuição da oferta de leite materno.

No hospital controle, no M2, atingiram adesão satisfatória (no mínimo 80%) os Passos 2 (86%), 3 (100%) e 7 (100%); Princípios Norteadores 1 (100%) e 3 (88%); e o global dos Três Princípios Norteadores (83%), em grande parte contextualizados devido à inserção da portaria nacional sobre os cuidados Amigo da Criança e da Mulher e visita recebida para recertificação da acreditação da IHAC, alguns meses após a coleta de dados no M1, o que impulsionou um movimento institucional com várias capacitações e treinamentos sobre as alterações na IHAC convencional, manejo do AM e o livre acesso dos pais nos setores materno-infantis.

Alguns fatos ocorridos durante a execução desta pesquisa podem contextualizar os resultados obtidos:

- A implementação de um protocolo institucional de restrição da oferta de leite materno cru para prematuros devido infecção por CMV no hospital intervenção, durante o processo de implementação da IHAC-Neo, o qual privou seis prematuros participantes no M2 de iniciar precocemente a amamentação e sua oferta em livre ou semidemanda, além de desmotivar os membros do CPP para a amamentação precoce e oferta exclusiva do leite materno.
- O curto período (um mês) entre a finalização do processo de implementação da IHAC-Neo e o início da coleta em M2 do desfecho principal (prevalência do AME) pode não ter sido

suficiente para identificar e avaliar o efetivo impacto da IHAC-Neo na prevalência do AME em prematuros, pois sabe-se que a implementação de novas políticas, práticas e rotinas em serviços de saúde não significa necessariamente que essas mudanças trarão resultados imediatos, principalmente em desfechos complexos e multifatoriais como o AME em prematuros. As mudanças levam tempo para serem observadas e integradas por completo na prática e, conseqüentemente, para produzir resultados positivos para a clientela.

- O tempo restrito e, talvez insuficiente, para implementar, consolidar e sustentar todos os Passos e Princípios em sua totalidade durante o período de implementação da iniciativa inovadora. Isto é reforçado pelo fato de sete (três Passos, dois Princípios Norteadores, escore Global dos Três Princípios Norteadores e o Código), dentre os 16 indicadores parciais e globais de adesão à IHAC-Neo, serem considerados completamente implantados, com adesão de 80% ou mais.
- Dificuldades operacionais (alta demanda por leitos neonatais), burocráticas, do processo de trabalho (alta rotatividade, carga de trabalho aumentada), de comunicação e articulação entre os diferentes setores e, algumas vezes, a resistência de alguns profissionais às mudanças propostas, são outros pontos cruciais detectados nesta pesquisa para se avaliar o impacto da IHAC-Neo na prevalência do AME em prematuros.
- A implantação de ações e capacitações relacionadas à ampliação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança e da Mulher no hospital controle durante a execução desta pesquisa, mais especificamente após a primeira coleta de dados, a qual pode contextualizar a melhora das taxas de AME no hospital controle no M2.

Isto demonstra claramente a multifatorialidade do AM, especialmente o exclusivo na população prematura, e o quanto a interação com os fatores contextuais é importante para a avaliação deste desfecho.

Ademais, fatores maternos e neonatais como a idade gestacional ($p<0,01$), peso ao nascer ($p<0,01$) e duração da internação do prematuro ($p<0,01$), no momento da alta hospitalar e primeiro mês no domicílio; mãe trabalhar fora de casa ($p=0,03$) e tipo de gestação ($p=0,02$), no primeiro mês no domicílio; e dificuldades para amamentar durante hospitalização do bebê ($p=0,02$), na alta hospitalar, constituíram-se em influências significativas no desfecho do AME na análise de regressão logística univariada. Após controlar outros fatores que podem influenciar o AME, apenas a duração total da internação do prematuro no momento da alta hospitalar ($p=0,04$) se confirmou como fator preditor para o AME nesta população de risco

estudada. Assim, a cada um dia de internação do prematuro nas unidades neonatais, a chance de ele estar em AME na alta hospitalar diminuiu em 6% (OR=0,94; IC=0,89 - 0,99).

O delineamento deste estudo, bem como a integração do método de pesquisa qualitativo a fim de melhor compreender os resultados obtidos, permitiram analisar com maior profundidade o processo de implementação da intervenção IHAC-Neo e os fatores contextuais que podem ter interferido diretamente e indiretamente na prevalência do AME nos prematuros, trazendo dados que sinalizam as mudanças necessárias para a melhora efetiva nas taxas de AME. A integração da abordagem qualitativa, bem como a análise da regressão logística com efeito aleatório com todos os participantes da pesquisa maximizaram a compreensão da dimensão multifatorial do desfecho do AME nesta população específica e vulnerável.

Portanto, conclui-se que a IHAC-Neo, nesta proposta, com a participação de unidades neonatais de dois Hospitais Amigos da Criança da região Sudeste e no período proposto para a execução desta pesquisa, foi suficiente para mudar a prática clínica de promoção, proteção e apoio ao AM, confirmada pelo aumento dos escores de adesão à IHAC-Neo, apesar de não melhorar em curto prazo os resultados do AME dos prematuros na alta hospitalar, no primeiro mês após a alta e aos seis meses de vida nos participantes.

Acredita-se que a intervenção inovadora IHAC-Neo, implementada nas unidades neonatais especialmente por meio de métodos horizontais e participativos dos próprios autores das mudanças, como o *Knowledge Translation*, é uma importante recomendação para melhorar a assistência neonatal de bebês prematuros e de risco, com potencial para aumentar a prevalência do AME e diminuir a morbimortalidade neonatal, em longo prazo, permitir uma maior participação da família no cuidado ao seu filho prematuro durante a hospitalização e aprimorar o vínculo e as relações pais-bebês. Além disso, indica-se a necessidade de ampliação de estratégias de promoção, proteção e apoio ao AME de prematuros após a alta hospitalar, o que também é recomendado nas diretrizes da IHAC-Neo por meio do terceiro Princípio Norteador e Passo 10, confirmando a importância e a integralidade das ações propostas por esta adaptação da IHAC para unidades neonatais.

Referências

ABREU, F. C. P. et al. Aleitamento materno do prematuro em domicílio. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 4, p. 968-975, Out./Dez. 2015.

ACUNÃ-MUGA, J. et al. Volume of milk obtained in relation to location and circumstances of expression in mothers of very low birth weight infants. **Journal of Human Lactation**, v. 30, n. 1, p. 41-46, 2014. doi:10.1177/0890334413509140.

AGÊNCIA BRASIL. Mãe de bebês prematuros tem licença maternidade prorrogada. **Portal R7**, São Paulo, 15 abr. 2018. Disponível em: < <https://noticias.r7.com/saude/mae-de-bebes-prematuros-tem-licenca-maternidade-prorrogada-15042018>>. Acesso em: 22 out. 2018.

AGÊNCIA SENADO. Licença-maternidade pode passar a ser contada após a alta do bebê prematuro. **Senado Notícias**, Brasília, 28 mar. 2018. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2018/03/21/licenca-maternidade-pode-passar-a-ser-contada-apos-a-alta-do-bebe-prematuro>>. Acesso em: 22 out. 2018.

AHMED, A. H.; SANDS, L. P. Effect of pre and postdischarge interventions on breastfeeding outcomes and weight gain among premature infants. **Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing**, v. 39, n. 1, p. 53-63, Jan. 2010.

AJETUNMOBI, O. M. et al. Breastfeeding is associates with reduced childhood hospitalization: evidence from a Scottish Birth Cohort (1997-2009). **The Journal of Pediatrics**, v. 166, n. 3, p. 620-625e4, Mar. 2015. doi: 10.1016/j.jpeds.2014.11.013.

ALMEIDA, J. A. G. **Amamentação**: um híbrido natureza-cultura. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. 120 p.

ALMEIDA, N. A. M.; FERNANDES, A. G.; ARAÚJO, C. G. Aleitamento materno: uma abordagem sobre o papel do enfermeiro no pós-parto. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 6, n. 3, p. 358-367, 2004.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Breastfeeding and the use of human milk. **Pediatrics**, v. 129, n. 3, p. e827-e841, Feb. 2012. doi: 10.1542/peds.2011-35552.

ARSLANOGLU, S. et al. Presence of human milk bank is associated with elevated rate of exclusive breastfeeding in VLBW infants. **Journal of Perinatal Medicine**, v. 41, n. 2, p. 129-131, 2013. doi:10.1515/jpm-2012-0196.

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

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.

BAUER, J.; GERSS, J. Longitudinal analysis of macronutrients and minerals in human milk produced by mothers of preterm infants. **Clinical Nutrition**, v. 30, n. 2, p. 215-220, Apr. 2011.

- 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.
- BERTINO, E. et al. Benefits of donor milk in the feeding of preterm infants. **Early Human Development**, v. 89, supplement 2, p. S3-S6, Oct. 2013.
- BEST, A. et al. Large-system transformation in health care: a realist review. **The Milbank Quarterly**, v. 90, n. 3, p. 421-456, Sep. 2012. doi: 10.1111/j.1468-0009.2012.00670.x.
- BICALHO-MANCINI, P. G.; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G. Aleitamento materno exclusivo na alta de recém-nascidos internados em berçário de alto risco e os fatores associados a essa prática. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 3, p. 241-248, 2004.
- BOBINSKI, R. et al. Comparison of the fatty acid composition of transitional and mature milk of mothers who delivered healthy full-term babies, preterm babies, and full-term small for gestational age infants. **European Journal of Clinical Nutrition**, v. 67, n. 9, p. 966-971, 2013.
- BOCCOLINI, C. S.; CARVALHO, M. L.; OLIVEIRA, M. I. C. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida no Brasil: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, p. 1-15, Dez. 2015. doi:10.1590/S00034-8910.2015049005971.
- BOCCOLINI, C. S. et al. Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 108, p. 1-9, 2017.
- 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. Disponível em: < <http://bmjopen.bmj.com/content/5/6/e006973>>. Acesso em: 16 mar. 2018.
- BORREGAS, S. P. et al. Improving nutritional practices in premature infants can increase their growth velocity and the breastfeeding rates. **Acta Paediatrica**, v. 106, n. 5, p. 768-772, Feb. 2017. doi: 10.1111/apa.13788.
- BRAHM, P.; VALDÉS, V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamentar. **Revista Chilena de Pediatría**, v. 88, n. 1, p.7-14, 2017.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Banco de leite humano**: funcionamento, prevenção e controle de riscos. Brasília, DF: Anvisa, 2008a. 160 p.
- _____. Câmara dos Deputados. Lei nº 11.770, de 09 de setembro de 2008. Cria o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal, e altera a Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991. Brasília, DF: **Câmara dos Deputados**, 2008b.

_____. Câmara dos Deputados. Senado Federal. Proposta de Emenda à Constituição 181/2015. Altera o inciso XVIII do art. 7º da Constituição Federal para dispor sobre a licença-maternidade em caso de parto prematuro. Brasília, DF: **Câmara dos Deputados, Senado Federal**, 2015a. Disponível em: <

<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2075449>>.

Acesso em: 15 mar. 2018.

_____. 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11265.htm>. Acesso em: 14 jun. 2015.

_____. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. 292 p.

_____. Ministério da Saúde. **Análise de implantação da Rede Amamenta Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Secretaria de Atenção à Saúde. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 18 p. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorioihacatualizado.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Comissão Nacional de ética em Pesquisa**. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**: revista, atualizada e ampliada para cuidado integrado - versão preliminar para implementação nacional – Janeiro de 2006 - Preliminary version for country implementation. Tradução Marina Ferreira Rea. Seção 5. Avaliação externa e reavaliação. World Health Organization e Unicef, 2008c.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014. Redefine os critérios de habilitação da IHAC, como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher; no âmbito do Sistema Único de saúde (SUS). Brasília, DF: **Ministério da Saúde**, 2014a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Brasília, DF: **SaúdeLegis**, 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 22 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.920, de 5 de setembro de 2013. Brasília, DF: **Ministério da Saúde**, 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1920_05_09_2013.html>. Acesso em: 17 jul. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2005**: uma análise da situação de saúde no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. 822 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido**: guia para os profissionais de saúde – volume 4 - Cuidados com o recém-nascido pré-termo. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b. 159 p. 4 v. (Série A. Normas e Manuais Técnicas).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru**: Manual Técnico. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2013c. 204 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 108 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança**: aleitamento materno e alimentação complementar. 2 ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015b. 184 p. (Cadernos de Atenção Básica, n.23).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de dois anos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. 152 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 107).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Mortalidade infantil no Brasil**: tendências, componentes e causas de morte no período de 2000 a 2010. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise da Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2011**: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da Mulher. Brasília, DF: Ministério da Saúde, p. 163-182, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2013**: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014b. 384p.

_____. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de evidências para políticas de saúde**: reduzindo a mortalidade perinatal. Brasília, DF: Ministério da Saúde/EVIPNet Brasil, 2013d. 50 p.

BRIERE, C. E. et al. An integrative review of factors that influence breastfeeding duration for premature infants after NICU hospitalization. **JOGNN**, v. 43, n. 3, p.272-281, May/June 2014. doi: 10.1111/1552-6909.12297.

BUCKLEY, K. M.; CHARLES, G. E. Benefits and challenges of transitioning preterm infants to at-breast feedings. **International Breastfeeding Journal**, v. 1, n. 13, p. 1-7, 2006. Disponível em: <<http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/1/1/13>>. Acesso em: 10 maio 2015.

CANADIAN INSTITUTES OF HEALTH RESEARCH (CIHR). **More about knowledge translation**. Canadian Institutes of Health Research. Canada: CIHR, 2011. Disponível em: <<http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/39033.html>>. Acesso em: 25 Aug. 2013.

CIACIARE, B. C. et al. A manutenção do aleitamento materno de prematuros de muito baixo peso: experiência das mães. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 17, n. 3, p. 1-9, jul./set. 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.5216/ree.v17i3.27548>>. Acesso em: 26 abr. 2018.

CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. P. **Designing and conducting mixed methods research**. 2nd edition. United Kingdom: SAGE Publications Ltd, 2011. 457 p.

CRISTOFALO, E. A. et al. Randomized trial of exclusive human milk versus preterm formula diets in extremely premature infants. **Journal of Pediatrics**, v. 163, n. 6, p. 1592-1595, Dec. 2013. doi: 10.1016/j.peds.2013.07.011.

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.

CZECHOWSKI, A. E.; FUJINAGA, C. I. Seguimento ambulatorial de um grupo de prematuros e a prevalência do aleitamento na alta hospitalar e ao sexto mês de vida: contribuições da fonoaudiologia. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v. 15, n. 4, p. 572-577, 2010.

DADALTO, E. C. V.; ROSA, E. M. Fatores associados ao uso da chupeta por lactentes nascidos pré-termo. **Rev CEFAC**, v. 18, n. 3, p. 601-612, Mai./Jun. 2016.

DAMASCENO, J. R. et al. Nutrição em recém-nascidos prematuros e de baixo peso: uma revisão integrativa. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**, v. 14, n. 1, p. 40-46, Jul. 2014.

DAVANZO, R. et al. From tube to breast: the bridging role of semi-demand breastfeeding. **Journal of Human Lactation**, v. 30, n. 4, p. 405-409, 2014. doi: 10.1177/0890334414548697.

DAVIDIAN, M.; GILTINAN, D. M. **Nonlinear models for repeated measurement data**. London: Chapman and Hall, 1995. 359p.

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.

DONOVAN, S. M. et al. Host-microbe interactions in the neonatal intestine: role of human milk oligosaccharides. **Advances in Nutrition**, v. 3, n. 3, p. 450S-455S, May 2012. doi: 10.3945/an.112.001859.

- ELLEN, M. E. et al. Barriers, facilitators and views about next steps to implementing supports for evidence-informed decision-making in health systems: a qualitative study. **Implementation Science**, v. 9, p. 179-190, Dec. 2014. doi: 10.1186/s13012-014-0179-8.
- ERICSON, J. et al. Changes in the prevalence of breastfeeding in preterm infants discharged from neonatal units: a register study over 10 years. **BMJ Open**, v. 6, e:012900, 2016. doi: 10.1136/bmjopen-2016-012900.
- ESPY, K. A.; SENN, T. E. Incidence and correlates of breast milk feeding in hospitalized preterm infants. **Social Science & Medicine**, v. 57, n. 8, p. 1421-1428, Oct. 2003.
- ESTEVEZ, T. M. B. et al. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 4, p. 697-703, 2014. doi: 10.1590/S0034-8910.2014048005278.
- FIGUEREDO, S. F.; MATTAR, M. J. G.; ABRÃO, A. C. F. V. Iniciativa hospital amigo da criança - uma política de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 459-463, 2012.
- 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, Jan. 2006.
- FLACKING, R.; NYQVIST, K. H.; EWALD, U. Effects of socioeconomic status on breastfeeding duration in mothers of preterm and term infants. **European Journal of Public Health**, v. 17, n. 6, p. 579-584, Dec. 2007.
- FOSTER, J. P.; PSAILA, K.; PATTERSON, T. Non-nutritive sucking for increasing physiologic stability and nutrition in preterm infants. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 10, p. CD001071, 2016. doi: 10.1002/14651858.CD001071.pub3.
- FRANÇA, G. V. A. et al. Determinantes da amamentação no primeiro ano de vida em Cuiabá, Mato Grosso. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 5, p. 711-718, 2007.
- FREITAS, B. A. C. et al. Duração do aleitamento materno em prematuros acompanhados em serviço de referência secundário. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 34, n. 2, p. 189-196, 2016.
- FRIEDMAN, S. et al. The effect of prenatal consultation with a neonatologist on human milk feeding in preterm infants. **Acta Paediatrica**, v. 93, n. 6, p. 775-778, 2004.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Rede Global de Bancos de Leite Humano**. Banco de leite humano – rBLH em números. 2018. Disponível em: <https://producao.redeblh.iciet.fiocruz.br/portal_blh/blh_brasil.php>. Acesso em: 18 out. 2018.
- _____. **Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano**. Bancos de leite humano no tempo. 2015. Disponível em: <<http://www.redeblh.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?tpl=home>>. Acesso em: 14 jun. 2015.
- FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Agência pela infância 2015-2018**: desafios e propostas eleições 2014. Brasília, DF: UNICEF, 2014. 40 p.

_____. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 1 histórico e implementação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. 78 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

FURMAN, L.; MINICH, N.; HACK, M. Correlates of lactation in mothers of very low birth weight infants. **Pediatrics**, v. 109, n. 4, p. e57, Apr. 2002.

GERAGHTY, S. R.; KHOURY, J. C.; KALKWARF, H. J. Human milk pumping rates of mothers of singletons and mothers of multiples. **Journal of Human Lactation**, v. 21, n. 4, p. 413-420, Nov. 2005. doi: 10.1177/0890334405280798.

GOMES, A. L. M. et al. Aleitamento materno de prematuros em hospital amigo da criança: da alta hospitalar ao domicílio. **Revista Rene**, v. 18, n. 6, p. 810-817, Nov./Dez. 2017. doi: 10.15253/2175-6783.2017000600015.

GONÇALVES, A. L. et al. Nutrição do RN a termo e pré-termo. In: _____. **Rotinas médicas em neonatologia** – unidades de atendimento à recém-nascidos do HCFMRP-USP. Ribeirão Preto: HC Criança USP, 2006. Seção III, p. 69-71.

GORGULHO, F. R.; PACHECO, S. T. A. Amamentação de prematuros em uma unidade neonatal: a vivência materna. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 19-24, 2008.

GRAZZIOTIN, M. C. B.; YAMASAKI, I. S. Acompanhamento de recém-nascidos prematuros em ambulatório de amamentação do banco de leite humano. **Cogitare Enfermagem**, v. 5, n. especial, p. 66-68, Jan./Jun. 2000.

GRIMSHAW, J. M. et al. Knowledge translation of research findings. **Implementation Science**, v. 7, p. 50-79, May 2012. doi: 10.1186/1748-5908-7-50.

GROSS, S. J. et al. Nutritional composition of milk produced by mothers delivering preterm. **The Journal of Pediatrics**, v. 96, n. 4, p. 641-644, Apr. 1980.

HAIEK, L. Measuring compliance with the Baby-Friendly Hospital Initiative. **Public Health Nutrition**, v. 15, n. 5, p. 894-905, May 2012. doi: 10.1017/S1368980011002394.

HANSEN, M. N. et al. Challenges and success: the Baby Friendly Initiative in Norway. **Journal of Human Lactation**, v. 28, n. 3, p. 285-288, Aug. 2012. doi: 10.1177/0890334412444162.

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**, v. 2, n. 6, p. 238-243, 2006.

HARREL JR, F. E. **Regression modeling strategies**: with applications to linear models, logistic regression and survival analysis. New York: Springer-Verlag; 2001.

JENIK, A. G.; VAIN, N. The pacifier debate. **Early Human Development**, v. 85, suppl 10, p. S89-91, Oct. 2009. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2009.08.025.

- JONES, L. R. Oral feeding readiness in the neonatal intensive care unit. **Neonatal Network**, v. 31, n. 3, p. 148-155, May/June 2012. doi: 10.1891/0730-0832.31.3.148.
- KAMADA, I.; ROCHA, S. M. M.; BARBEIRA, C. B. Internações em unidade de terapia intensiva neonatal no Brasil - 1998-2001. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 436-443, Jul./Ago. 2003.
- KANTROWITZ-GORDON, I. Expanded care for women and families after preterm birth. **Journal of Midwifery & Women's Health**, v. 58, n. 2, p. 158-166, Mar./Apr. 2013. doi: 10.1111/j.1542-2011.2012.00242.x.
- KILLERSREITER, B. et al. Early cessation of breast milk feeding in very low birthweight infants. **Early Human Development**, v. 60, n. 3, p. 193-205, Jan. 2001.
- KIRCHNER, L. et al. Long hospitalization is the most important risk factor for early weaning from breast milk in premature babies. **Acta Paediatrica**, v. 98, n. 6, p. 981-984, June 2009. DOI: 10.1111/j.1651-2227.2009.01248.x.
- KITSON, A. L. et al. Evaluating the successful implementation of evidence into practice using the PARiHS framework: theoretical and practical challenges. **Implementation Science**, v. 3, n. 1, 2008. Disponível em: <<http://www.implementationscience.com/content/pdf/1748-5908-3-1.pdf>>. Acesso em: 26 Aug. 2013.
- LAMY FILHO, F. et al. Fatores associados ao desmame por ocasião da alta em prematuros de muito baixo peso. **Revista de Pesquisa em Saúde**, v. 13, n. 2, 2012.
- LAWRENCE, R.A.; LAWRENCE, R. M. Breastfeeding the premature infant. In:_____. **Breastfeeding: A guide for the medical profession**. 6. ed. Philadelphia: Elsevier Mosby, 2005. cap. 14, p. 479-513.
- 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. 469-76, 2009.
- LEITE, A. M. **Prevalência de aleitamento materno em prematuros em Hospitais Amigos da Criança das cinco regiões do Brasil**. 2014. 154 f. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.
- LIAW, J. J. et al. Non-nutritive sucking relieves pain for preterm infants during heel stick procedures in Taiwan. **Journal of Clinical Nursing**, v. 19, n. 19-20, p. 2741-2751, Oct. 2010. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03300.x.
- LITTLE, R. J. A; RUBIN, D. B. **Statistical analysis with missing data**. Second Edition. New York: Wiley, 2002.
- LIU, L. et al. Global, regional, and national causes of child mortality in 2000-2013, with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis. **Lancet**, v. 385, p. 430-440, Jan. 2015.
- LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LUBBE, W.; HAM-BALOYI, W. T. When is the use of pacifiers justifiable in the baby-friendly hospital initiative context? A clinician's guide. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 17, n. 1, p. 130, 2017.

LUZ, L. S. **Incidência e fatores preditivos da interrupção de aleitamento materno exclusivo em prematuros**. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia, 2016.

MAASTRUP, R. et al. Breastfeeding progression in preterm infants is influenced by factors in infants, mothers and clinical practice: the results of a national cohort study with high breastfeeding initiation rates. **PloS One**, v. 9, n. 9, p. e108208, Sep. 2014a. doi: 10.1371/journal.pone.0108208.

_____. Factors associated with exclusive breastfeeding of preterm infants. Results from a prospective national cohort study. **PloS One**, v. 9, n. 2, p. e89077, Feb. 2014b. doi: 10.1371/journal.pone.0089077.

MAMEMOTO, K. et al. Factors associated with exclusive breastfeeding in low birth weight infants at NICU discharge and the start of complementary feeding. **Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition**, v. 22, n. 2, p. 270-275, 2013. doi: 10.6133/apjcn.2013.22.2.11.

MANGHAM, L. J. et al. The cost of preterm birth throughout childhood in England and Wales. **Pediatrics**, v. 123, n. 2, p. e312-327, Feb. 2009. doi: 10.1542/peds.2008-1827.

MANZINI, E. J. Uso da entrevista em dissertações e teses produzidas em um programa de pós-graduação em educação. **Revista Percursos**, Maringá, v. 4, n. 2, p. 149-171, 2012.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. Fundamentos de metodologia científica. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARGOTTI, E.; MATTIELLO, R. Fatores de risco para o desmame precoce. **Revista Rene**, v. 17, n. 4, p. 537-44, 2016. doi: 10.15253/2175-6783.2016000400014.

MARQUES, E. S.; COTTA, R. M. M.; PRIORE, S. E. Mitos e crenças sobre o aleitamento materno. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2461-2468, 2011.

MARTINS-CELINI, F. P. **Infecção perinatal pelo citomegalovírus (CMV) em prematuros com muito baixo peso alimentados com leite materno cru**: incidência e morbidade em uma população com elevada soropositividade. 2015. 90 f. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e do Adolescente) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

MARTINS-CELINI, F. P. et al. Incidente, risk factors, and morbidity of acquired postnatal cytomegalovirus infection among preterm infants fed maternal milk in a highly seropositive population. **Clinical Infectious Diseases**, v. 63, n. 7, p. 929-36, 2016.

MASCARENHAS, M. L. W. et al. Prevalência de aleitamento materno exclusivo nos 3 primeiros meses de vida e seus determinantes no Sul do Brasil. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 82, n. 4, p. 289-294, 2006.

- McINNES, R. J.; CHAMBERS, J. Infants admitted to neonatal units – interventions to improve breastfeeding outcomes: a systematic review 1990-2007. **Maternal and Child Nutrition**, v. 4, p. 235-263, 2008.
- MÉIO, M. D. B. B. et al. Amamentação em lactentes nascidos pré-termo após alta hospitalar: acompanhamento durante o primeiro ano de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 7, p. 2403-2412, 2018. doi: 10.1590/1413-81232018237.15742016.
- MENON, G.; WILLIAMS, T. C. Human milk for preterm infants: why, what, when and how? **Archives of Disease in Childhood, Fetal and Neonatal**, v. 98, p.559-562, 2013.
- MEREWOOD, A. et al. The Baby-Friendly Hospital Initiative increases breastfeeding rates in a US neonatal intensive care unit. **Journal Human Lactation**, v. 19, n. 2, p. 166-171, 2003. doi: 10.1177/0890334403252475.
- MERTEN, S.; DRATVA, J.; ACKERMANN-LIEBRICH, U. Do baby-friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level? **Pediatrics**, v. 116, n. 5, p. e702-708, 2005. Disponível em: < <http://pediatrics.aappublications.org/content/116/5/e702>>. Acesso em: 26 fev. 2018.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)**. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-crianca/pre-natal-e-parto/iniciativa-hospital-amigo-da-crianca-ihac>>. Acesso em: 24 abr. 2018.
- MONTEIRO, F. R. et al. Influence of maternity leave on exclusive breastfeeding. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 93, n. 5, p. 475-481, 2017.
- MUDDU, G. K.; BOJU, S. L.; CHODAVARAPU, R. Knowledge and awareness about benefits of kangaroo mother care. **Indian Journal of Pediatrics**, v. 80, n. 10, p. 799-803, Oct. 2013. doi: 10.1007/s12098-013-1073-0
- MUNN, A. C. et al. The impact in the United States of the Baby-Friendly Hospital Initiative on early infant health and breastfeeding outcomes. **Breastfeeding Medicine**, v. 11, p. 222-230, June 2016. doi: 10.1089/bfm.2015.0135.
- NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR METHODS AND TOOLS. **PARIHS framework for implementing research into practice**. Hamilton, ON: Mc Master University, 2011. Disponível em: <<http://www.nccmt.ca/registry/view/eng/85.html>>. Acesso em: 26 Aug. 2013.
- NEWBURG, D.; WALKER, W. Protection of the neonate by the innate immune system of developing gut and of human milk. **Pediatric Research**, v. 61, n. 1, p. 2-8, 2007.
- NIELA-VILÉN, H. et al. Predictors of breastfeeding initiation and frequency for preterm infants in the NICU. **Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing**, v. 45, n. 3; p. 346-358, May/June 2016. doi: 10.1016/j.jogn.2016.01.006.
- NYE, C. Transitioning premature infants from gavage to breast. **Neonatal Network**, v. 27, n. 1, p. 7-13, Jan. 2008.

NYQVIST, K. H. Early attainment of breastfeeding competence in very preterm infants. **Acta Paediatrica**, v. 97, n. 6, p. 776-781, Jun. 2008. doi: 10.1111/j.1651-2227.2008.00810.x.

_____. Lack of knowledge persists about early breastfeeding competence in preterm infants. **Journal of Human Lactation**, v. 29, n. 3, p. 269-299, 2013.

NYQVIST, K. H. 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. 300-309, Aug. 2013. doi: 10.1177/0890334413489775.

_____. 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, Aug. 2012. Disponível em: <<http://jhl.sagepub.com/content/28/3/289>>. Acesso em: 25 Aug. 2013. doi: 10.1177/0890334412441862.

_____. **Neo-BFHI**: The Baby-friendly Hospital Initiative for neonatal wards. Core document with recommended standards and criteria. Nordic and Quebec Working Group, 2015. 71p.

NYQVIST, K. H.; KYLBERG, E. Application of the Baby Friendly Hospital Initiative to neonatal care: suggestions by Swedish mothers of very preterm infants. **Journal of Human Lactation**, v. 24, n. 3, p. 252- 262, Aug. 2008. doi: 10.1177/0890334408319156.

OLIVEIRA, M. M. B. et al. Feeding patterns of Brazilian preterm infants during the first 6 months of life, Londrina, Paraná, Brazil. **Journal of Human Lactation**, v. 23, n. 3, p. 269-274, Aug. 2007. doi: 10.1177/0890334407304235.

ÖSTLUND, A. et al. Breastfeeding in preterm and term twins – maternal factors associated with early cessation: a population-based study. **Journal of Human Lactation**, v. 26, n. 3, p. 235-241, Aug. 2010. doi:10.1177/0890334409359627.

PAIVA, C. V. A. Aleitamento materno de recém-nascidos internados: dificuldades de mães com filhos em unidades de cuidados intensivos e intermediários neonatais. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 924-931, Out./Dez. 2013. doi: 10.5935/1415-2762.20130067.

PARKER, L. A. et al. Effect of early breast milk expression on milk volume and timing of lactogenesis stage II among mothers of very low birth weight infants: a pilot study. **Journal of Perinatology**, v. 32, n. 3, p. 205-209, Mar. 2012. doi: 10.1038/jp.2011.78.

PARKER, M. et al. 10 years after baby-friendly designation: breastfeeding rates continue to increase in a US neonatal intensive care unit. **Journal of Human Lactation**, v. 29, n. 3, p. 354-358, Aug. 2013. doi: 10.1177/0890334413489374.

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.

PEDRAS, C. T. P.; MEZZACAPPA, M. A.; COSTA-PINTO, E. A. Breastfeeding of very low-weight infants before and after implementation of the Baby Friendly Hospital Initiative. **Journal of Tropical Pediatrics**, v. 58, n. 4, p. 324-326, Aug. 2012. doi: 10.1093/tropej/fmr075.

- PEREIRA, L. B. et al. Vivências maternas frente às peculiaridades da prematuridade que dificultam a amamentação. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 55-63, Jan./Mar. 2015.
- PEREIRA-SANTOS, M. et al. Prevalência e fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo: metanálise de estudos epidemiológicos brasileiros. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 17, n. 1, p. 69-78, Jan./Mar. 2017. doi: 10.1590/1806-930420170000100004.
- 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**, v. 12, n. 3, p. 402-417, July 2016. doi: 10.1111/mcn.12294.
- PERRELLA, S. L. et al. Influences on breastfeeding outcomes for healthy term and preterm/sick infants. **Breastfeeding Medicine**, v. 7, n. 4, p. 255-261, Aug. 2012. doi: 10.1089/bfm.2011.0118.
- PHILIPP, B. L.; MEREWOOD, A. The baby-friendly way: the best breastfeeding start. **Pediatric Clinics of North America**, v. 51, n. 3, p. 761-783, 2004.
- PICAUD, J. C. et al. Review concludes that specific recommendations are needed to harmonise the provision of fresh mother's milk to their preterm infants. **Acta Paediatrica**, v. 107, n. 7, p. 1145-1155, July 2018. doi: 10.1111/apa.14259.
- PINEDA, R. Direct breast-feeding in the neonatal intensive care unit: is it important? **Journal of Perinatology**, v. 31, n. 8, p. 540-545, Aug. 2011a. doi: 10.1038/jp.2010.205.
- PINEDA, R. G. Predictors of breastfeeding and breastmilk feeding among very low birth weight infants. **Breastfeeding Medicine**, v. 6, n. 1, p. 15-19, Feb. 2011b. doi: 10.1089/bfm.2010.0010.
- PLETSCH, D. et al. Mother's "liquid gold": a quality improvement initiative to support early colostrum delivery via oral immune therapy (OIT) to premature and critically ill newborns. **Nursing leadership**, Toronto, v. 26, p. 34-42, May 2013. Special Supplement. doi: 10.12927/cjnl.2013.23356.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7.ed. Porto Alegre: Artmed, 2016. 658 p.
- PONTI, M. Recommendations for the use of pacifiers. **Paediatrics Child Health**, v. 8, n. 8, p. 515-528, Oct. 2013.
- POPESCU, E. A. et al. Non-nutritive sucking recorded in utero via fetal magnetography. **Physiological Measurement**, v. 29, n. 1, p. 127-139, Jan. 2008. doi: 10.1088/0967-3334/29/1/009.
- PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Acompanhando a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável: subsídios iniciais do Sistema das Nações Unidas no Brasil sobre a identificação de indicadores nacionais referentes aos objetivos de desenvolvimento sustentável/Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento**. Brasília: PNUD, 2015. 250 p.

QUELUZ, M. C. et al. Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de Serrana, São Paulo, Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 3, p. 537-543, 2012.

RODRIGUES, A. P. et al. Manutenção do aleitamento materno de recém-nascidos pré-termo: revisão integrativa da literatura. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 253-264, Jan./Mar. 2013. doi: 10.5216/ree.v15i1.17067.

ROSSETTO, E. G. **O uso da translação para o aleitamento materno de bebês nascidos muito prematuros**: ensaio clínico randomizado. 2011. 150 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

RYCROFT-MALONE, J. et al. Ingredients for change: revisiting a conceptual framework. **Quality & Safety in Health Care**, v. 11, n. 2, p. 174-180, 2002.

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

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

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. doi: 10.4025/ciencuccuidsaude.v7i2.4992.

SCOCHI, C. G. S. S. et al. Transição alimentar por via oral em prematuros de um hospital amigo da criança. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 4, p. 540-545, 2010.

SEGALL-CORRÊA, A. M. et al. **Amamentação e alimentação infantil**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 195-212. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

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, Aug. 2012. doi: 10.1177/0890334412445195.

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, A. A. **Amamentação: fardo ou desejo?** Estudo histórico-social dos saberes e práticas sobre aleitamento materno na sociedade brasileira. Dissertação (Mestrado). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1990.

SILVA, L. M.; TAVARES, L. A. M.; GOMES, C. F. Dificuldades na amamentação de lactentes prematuros. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 50-59, Mar. 2014.

SILVA, S. M. S.; SEGRE, C. A. M. Fatores que influenciam o desmame no recém-nascido prematuro. **Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 20, n. 2, p. 103-113, Ago. 2010.

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. 160-171, Jan./Fev., 2013.

SISK, P. et al. Breast milk expression and maintenance in mothers of very low birth weight infants: supports and barriers. **Journal of Human Lactation**, v. 26, n. 4, p. 368-375, Nov. 2010. doi: 101177/0890334410371211.

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. 232-241, 2016.

SOUZA, S. N. D. H. et al. Prevalência de aleitamento materno e fatores associados no município de Londrina-PR. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 29-35, 2012.

SOXMAN, J. A. Non-nutritive sucking with a pacifier: pros and cons. **General Dentistry**, v. 55, n. 1, p. 59-80, Jan./Feb. 2007.

SPIEGLER, J. et al. Does breastmilk influence the development of bronchopulmonary dysplasia? **The Journal of Pediatrics**, v. 169, p. 76-80.e4, Feb. 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022347615013190?via%3Dihub>. Acesso em: 25 maio 2018.

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, Dec. 2009.

STUEBE, A. M. et al. Prevalence and risk factors for early, undesired weaning attributed to lactation dysfunction. **Journal of Women's Health**, v. 23, n. 5, p. 404-412, May 2014. doi: 10.1089/jwh.2013.4506.

SULLIVAN, S. et al. An exclusively human milk-based diet is associated with a lower rate of necrotizing enterocolitis than a diet of human milk and bovine milk-based products. **The Journal of Pediatrics**, v. 156, n. 4, p. 562-567, Apr. 2010. doi: 10.1016/j.peds.2009.10.040.

SUNDEKILDE, U. K., et al. The effect of gestational and lactational age on the human milk metabolome. **Nutrients**, v. 8, n. 5, p. E304, May 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27213440>. Acesso em: 26 abr. 2018.

SWEET, L. Expressed breast milk as ‘connection’ and its influence on the construction of ‘motherhood’ for mothers of preterm infants: a qualitative study. **International Breastfeeding Journal**, v. 3, n. 30, p. 1-12, 2008. Disponível em: <<http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/pdf/1746-4358-3-30.pdf>>. Acesso em 12 jul 2015.

TAVARES, L. A. M. **Uma declaração universal de direitos para o bebê prematuro**. Brasil: Editora Diagraphic, 2008-2009. 56 p.

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 & Neonatal Nursing**, v. 40, n. 1, p. 25-34, Jan./Feb. 2011. doi: 10.1111/j.1552-6909.2010.01204.x.

TROCHIM, W. M.; DONNELLY, J. P.; ARORA, K. **Research methods: the essential knowledge base**. 2.ed. Boston: Cengage Learning, 2016. 448p.

UNDERWOOD, M. A. Human milk for premature infant. **Pediatric Clinics of North America**, v. 60, n. 1, p. 189-207, Feb. 2013. doi: 10.1016/j.pcl.2012.09.008.

UNITED NATIONS CHILDREN’S FUND (UNICEF). **Every child alive** - the urgent need to end newborn deaths. UNICEF for every child. Geneva, Switzerland, 2018. 44 p.

VAN BAAREN, G. J. et al. Preterm birth in singleton and multiple pregnancies: evaluation of costs and perinatal outcomes. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v. 186, p. 34-41, Mar. 2015. doi: 10.1016/j.ejogrb.2014.12.024.

VANNUCHI, M. T. O. et al. Iniciativa Hospital Amigo da Criança e aleitamento materno em unidade de neonatologia. **Revista de Saúde Pública**, n. 38, v. 3, p. 422-428, 2004.

VENANCIO, S. I. et al. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços. **Jornal de Pediatria**, v. 86, n. 4, p. 317-324, 2010.

VIEIRA, C. S.; MELLO, D. F. O seguimento da saúde da criança pré-termo e de baixo peso egressa da terapia intensiva neonatal. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 74-82, 2009.

ZACHARIASSEN, G. et al. Factors associated with successful establishment of breastfeeding in very preterm infants. **Acta Paediatrica**, v. 99, n. 7, p. 1000-1004, Jul. 2010. doi: 10.1111/j.1651-2227.2010.01721.x.

ZANARDO, V. et al. Psychological distress and early lactation performance in mothers of late preterm infants. **Early Human Development**, v. 87, n. 4, p. 321-323, Apr. 2011. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2011.01.035.

ZANFOLIM, L. C.; CERCHIARI, E. A. N.; GANASSIN, F. M. H. Dificuldades vivenciadas pelas mães na hospitalização de seus bebês em unidades neonatais. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 38, n. 1, p. 22-35, Jan./Mar. 2018. doi: 10.1590/1982-3703000292017.

ZULIN, N. E. et al. Vivência de mães de prematuros no processo de translactação. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 36, n. 1, p. 363-372, 2015.

WALTY, C. M. R. F.; DUARTE, E. D. O aleitamento materno de recém-nascidos prematuros após a alta hospitalar. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 7, p. e1689, 2017. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/download/1689/1781>>. Acesso em: 29 ago. 2018.

WATSON, J.; MCGUIRE, W. Responsive versus scheduled feeding for preterm infants. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 31, n. 8, p. CD005255, 2016. Disponível em: <<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005255.pub5/epdf/full>>. Acesso em: 30 ago. 2018. doi: 10.1002/14651858.CD005255.pub5.

WILSON, E. et al. Room for improvement in breast milk feeding after very preterm birth in Europe: Results from the EPICE cohort. **Maternal & Child Nutrition**, v. 14, n. 1, p. 1-11, Jan. 2017. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/mcn.12485>>. Acesso em: 26 abr. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Born too soon: the global action report on preterm birth**. The Global action report. World Health Organization. Geneva, 2012a. Disponível em: <http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf>. Acesso em: 25 aug. 2013.

_____. **Bridging the “know-do” gap**. Geneva, Switzerland: WHO Press, 2006.

_____. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices**: conclusion of a consensus meeting held 6-8 November 2007 in Washington D.C., USA. Geneva: World Health Organization, 2008.

_____. Sixty-fifth World Health Assembly. **Resolutions and decisions**. Geneva, Switzerland: 21-26 May 2012b.

_____. 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. 56 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNITED NATIONS CHILDREN’S FUND. WHO/UNICEF. **Baby-Friendly Hospital Initiative**. Revised, Updated and Expanded for Integrated Care. Section 1: Background and implementation. Geneva, Switzerland: WHO/UNICEF, 2009. 70 p.

APÊNDICE A – TCLE para as 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 até 15 dias após a alta e quando seu bebê completar 6 meses de vida e terá duração máxima de 20 minutos cada.

- 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) 36023386, em dias úteis e horário comercial.

Agradecemos a sua colaboração.

Participante

Adriana Moraes Leite
Coordenadora do projeto multicêntrico na região Sudeste
E-mail: drileite@eerp.usp.br
Telefones de contato: (16) 3602-0533

Responsável (se a mãe for menor de idade)

_____ de _____ de 201__.

APÊNDICE B – Quadro controle da coleta de dados da Prevalência do AME

[illegible]

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
RNPT: <ul style="list-style-type: none"> • Idade gestacional menor do que 37 semanas; • Admissão na UTIN/UCIN nas primeiras 48 horas de vida; • Permanência mínima de 48 horas em UTIN e/ou UCIN e/ou unidade canguru. Mãe: <ul style="list-style-type: none"> • Ter capacidade cognitiva para responder aos questionários; • Filho internado na unidade neonatal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Portadores de condições clínicas ou anomalias congênitas que impedem ou contraindicam (ex.: fístula gastroesofágica, fenilcetonúria, galactosemia, encefalopatia crônica não progressiva, malformações orofaciais, etc.); • Óbito durante internação. • Óbito materno; • Presença de contraindicação temporária ou definitiva para amamentar (ex.: HIV positivo/AIDS, vírus linfotrópico da célula humana, sífilis e tuberculose sem tratamento etc.).
Condições de saúde do prematuro (fendas labiais e palatinas, etc.) e materna (doenças crônicas, etc.) e contexto social desfavorável (mãe drogadita, etc.) não impedem embora possam dificultar o aleitamento materno.	

Recrutamento do RN
Para todo RNPT admitido na UTIN/UCIN/unidade canguru nas primeiras 48 horas de vida deve-se convidar a mãe para participar da pesquisa e assinar o TCLE. Preencher dados relativos aos itens 1 a 4 do roteiro de prevalência. Registrar dois telefones de contato com a mãe. Monitorar previsão de alta do RN.

Seguimento do RN no ambulatório (7 a 15 dias pós alta)
Após a alta hospitalar do prematuro, verificar a data de agendamento do 1º retorno no ambulatório ou no banco de leite humano. Checar na recepção ou em sistema de registro pertinente a data da consulta um dia antes do agendamento. Coletar os dados do prontuário antes da entrevista com a mãe (itens 5 ao 8 do roteiro da Prevalência do AM). Enquanto a mãe aguarda a consulta, ou após a mesma, coletar os dados dos itens 9 ao 10 e demais dados que faltam desse roteiro. Caso a mãe não compareça na consulta, ou a consulta seja remarcada ou cancelada, telefonar para a mãe (até 30 dias após a alta hospitalar) e realizar entrevista por telefone (gravar o consentimento esclarecido, após autorização da mãe, ou enviar TCLE pelo correio caso não o tenha assinado no recrutamento feito na unidade neonatal).

APÊNDICE C – Formulário de coleta de dados do tipo de alimentação, prevalência do AME e condições de saúde do prematuro

Prevalência do Aleitamento Materno e Condições de Saúde do Prematuro*

Fonte de dados: 1º prontuário e 2º entrevista com a mãe

Coleta de dados no prontuário Início: horas Término: horas
Entrevista com a mãe: Presencial() Telefone() Início: horas Término: horas

1. IDENTIFICAÇÃO

1.1 Número do Prontuário/Registro:

1.2 Nome da mãe:

1.3 Nome do bebê:

1.4 Fone de contato: ()

1.5 Código do participante:

Região (NO, NE, CO, SD ou SU); Instituição (IP – piloto, IC - controle ou II – intervenção);

Fase (PI – piloto, BA – basal ou IN – intervenção); Número de identificação (001, ... ou 999).

2. DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS DOS PAIS

2.1 Pais residem juntos: 1 Sim() 2 Não()

2.2 Domiciliada em: Cidade:

Estado/UF:

2.3 Zona de domicílio: 1 Urbana() 2 Rural()

Dados maternos:

2.4 Idade: anos

2.5 Escolaridade segundo IBGE: 1 Sem estudo() 2 Ensino Fundamental Incompleto()

3 Ensino Fundamental Completo() 4 Ensino Médio Incompleto() 5 Ensino Médio

Completo() 6 Ensino Superior Incompleto() 7 Ensino Superior Completo()

2.6 Estado civil: 1 Solteira() 2 Casada() 3 Divorciada() 4 União consensual()

5 Viúva()

2.7 Ocupação (trabalho atual):

Dados paternos: 2.8 Ignorado(). Ir para 2.11

2.9 Idade: anos

2.10 Escolaridade segundo IBGE: 1 Sem estudo() 2 Ensino Fundamental Incompleto()

3 Ensino Fundamental Completo() 4 Ensino Médio Incompleto() 5 Ensino Médio

Completo() 6 Ensino Superior Incompleto() 7 Ensino Superior Completo()

2.11 Renda mensal familiar: R\$

1 Ignorado() 2 Menor que 1 salário mínimo regional() 3 De 1 a 2 salários mínimos()

4 De 3 a 5 salários mínimos() 5 Mais que 5 salários mínimos()

* Instrumento adaptado do projeto multicêntrico intitulado “Aleitamento materno em prematuros: impacto da IHAC para unidades neonatais”, financiado pelo Ministério da Saúde/Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT) / Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) / Fundação Bill & Melinda Gates (processo nº 401628/2013-2).

3. DADOS GESTACIONAIS E DO PARTO

- 3.1 Fez Pré-Natal?: 1 Sim() Número de consultas: 2 Não()
- 3.2 Local: 1 Posto/Unidade de Saúde() 2 Hospital() 3 Outro(). Especifique:
- 3.3 Número de Gestações: Número de paridade:
- 3.4 Intercorrências na gestação: 1 Sim(). Quais? 2 Não()
- 3.5 História de parto prematuro anterior: 1 Sim() 2 Não() 3 Não se aplica-primípara()
- 3.6 História de amamentação anterior: 1 Sim() 2 Não() 3 Não se aplica-primípara()
- 3.7 Tipo de gestação: 1 Única() 2 Dupla() 3 Tripla ou mais()
- 3.8 Tipo de parto: 1 Vaginal() 2 Cesáreo() 3 Vaginal com fórceps()
- 3.9 Intercorrências no parto: 1 Sim(). Quais? 2 Não()

4. CONDIÇÕES DE NASCIMENTO

- 4.1 Data do nascimento: / / Hora do nascimento: h
- 4.2 Sexo: 1 Masculino() 2 Feminino() 3 Indeterminado()
- 4.3 Idade gestacional: semanas e dias
- 4.4 Peso ao nascer: gramas
- 4.5 Apgar 5º minuto:
- 4.6 Reanimação (VPP e/ou massagem cardíaca e/ou medicação): 1 Sim() 2 Não()
- 4.7 Contato pele a pele precoce: 1 Sim(). Ir para 4.10
2 Não() 3 Ignorado() Ir para 4.11
- 4.8 Se contato pele a pele: 1 Imediatamente após o nascimento() 2 Durante a primeira hora de vida()
3 Durante a 2ª até 24ª hora de vida() 4 Mais que 24 horas após o nascimento()
5 Ignorado() 9 Não se aplica()
- 4.9 Amamentação na primeira hora: 1 Sim() 2 Não() 3 Ignorado()

5. CONDIÇÕES DE SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO NA INTERNAÇÃO

- 5.1 Patologias: 1 Enterocolite necrosante() 2 Pneumonia() 3 Sepse() 4 Outras infecções()
- 5 Síndrome do desconforto respiratório() 6 Membrana hialina() 7 Hemorragia intracraniana() 8
Outras()
- 5.2 Uso de suporte ventilatório e oxigenoterapia: 1 Sim() 2 Não()
Se Sim, tipo: 1 VMI+CPAP+BIPAP(). Tempo de uso: dias
2 Capacete/Halo+cateter+bigode+oxigênio na incubadora(). Tempo de uso: dias
- 5.3 Duração total da internação: dias
- 5.4 Internação na UTIN: 1 Sim(). Duração: dias 2 Não()
- 5.5 Internação na UCIN: 1 Sim(). Duração: dias 2 Não()
- 5.6 Internação na enfermaria Canguru: 1 Sim(). Duração: dias 2 Não()
- 5.7 Internação no Alojamento Conjunto: 1 Sim(). Duração: dias 2 Não()

6. ASPECTOS NUTRICIONAIS

6.1 Nutrição parenteral: 1 Sim(). Duração: dias 2 Não()

1ª alimentação láctea (dados do prontuário):

6.2 Tipo de leite na 1ª alimentação láctea: 1 Leite materno/banco(). Ir para 7.1

2 Fórmula infantil(). Ir para 6.3 a 6.5

6.3 Idade: horas. Se mais de 72 horas, registrar idade em dias:

6.4 Via de administração na 1ª alimentação láctea: 1 Oral() 2 Sonda()

6.5 Técnica de administração na 1ª alimentação láctea: 1 Ignorado()

2 Gavagem/seringa/bomba infusão() 3 Dedo/luva() 4 Copo() 5 Mamadeira/chuca(). Ir para 7.5

7. DADOS DO ALEITAMENTO MATERNO NA INTERNAÇÃO

7.1 Idade no início do AM: horas. Se mais de 72 horas, registrar idade em dias:

7.2 Tipo de leite no início do AM: 1 Leite materno() 2 Leite humano/materno do banco()

3 Leite humano/materno + Fórmula infantil()

7.3 Via de administração no início do AM: 1 Oral() 2 Sonda()

7.4 Técnica de administração no início do AM: 1 Ignorado() 2 Peito() 3 Translactação()

4 Dedo/luva() 5 Copo() 6 Mamadeira/chuca() 7 Gavagem/seringa/bomba infusão()

Amamentação (no peito)

7.5 Data do início: / /

7.6 Tempo de vida: horas. Se mais de 72 horas, registrar idade em dias:

7.7 Idade corrigida: s d (semanas/dias)

7.8 Peso: gramas

7.9 Técnica no início da Amamentação: 1 Só peito() 2 Peito + sonda() 3 Peito + dedo/luva()

4 Peito + copo() 5 Peito + mamadeira/chuca() 6 Translactação() 7 Translactação + gavagem()

8 Translactação + copo() 9 Translactação + gavagem/seringa() 10 Translactação + mamadeira/chuca()

11 Ignorado()

8. DADOS DO ALEITAMENTO MATERNO NA ALTA

8.1 Data: / /

8.2 Idade corrigida: s d (semanas/dias)

8.3 Peso: (gramas)

8.4 Tipo de alimentação: 1 Aleitamento materno exclusivo¹() 2 Aleitamento materno predominante²()

3 Aleitamento materno³() 4 Não aleitamento materno⁴(). Ir para item 9

¹ Apenas o leite materno como única fonte de nutrição.

² O leite materno é a fonte predominante de nutrição da criança, porém a criança também pode receber água, bebidas à base de água (água açucarada e com sabores, infusões, chá), suco de frutas, solução de sais de hidratação oral, etc.

³ Leite materno além de fórmulas e/ou substituto do leite como fonte de nutrição.

⁴ Recebe apenas fórmula e/ou qualquer substituto do leite como única fonte de nutrição.

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

9. DADOS DO ALEITAMENTO MATERNO NO DOMICÍLIO (primeiro mês após a alta):

9.1 Data: / / Tempo de pós alta: dias

9.2 Tipo de alimentação (nas últimas 24 horas): 1 Aleitamento materno exclusivo¹() 2 Aleitamento materno predominante²() 3 Aleitamento materno³() 4 Não aleitamento materno⁴()

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

9.4 Se não estiver em aleitamento materno, quando seu filho parou de receber leite materno?

Data: / / Idade cronológica: _____ dias

10. VIVÊNCIA MATERNA NO ALEITAMENTO

Durante a internação do prematuro

10.1 Houve dificuldades para a Amamentação durante a internação do bebê?

1 Sim() 2 Não()

Se Sim, quais?

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

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

10.3 Você se sentiu apoiada para amamentar pela equipe de saúde?

1 Sim() 2 Não() 3 Às vezes()

10.4 Recebeu orientações para alta sobre o aleitamento materno: 1 Sim() 2 Não()

Se Sim, quais?

10.5 Encaminhamentos:

Após a alta do prematuro

10.6 Após a alta do bebê, procurou ajuda para o aleitamento materno?

1 Sim(). De quem: 2 Não()

10.7 Como você se sente amamentando seu filho? Para mães que não amamentaram, registrar 0 (zero).

ALEITAMENTO AOS 6 MESES DE VIDA

Data da entrevista:

Horário de início:

11. DADOS DO ALEITAMENTO MATERNO NO DOMICÍLIO (6 meses de vida da criança):

11.1 Data: / / Idade cronológica: Idade corrigida:

11.2 Tipo de alimentação (nas últimas 24 horas):

1 Aleitamento materno exclusivo¹() 2 Aleitamento materno predominante²()

3 Aleitamento materno³() 4 Não aleitamento materno⁴()

5 Aleitamento materno + alimentação complementar(). Especifique: _____

6 Não aleitamento materno + alimentação complementar(). Especifique: _____

11.3 Técnica no Aleitamento: 1 Só peito() 2 Peito + sonda() 3 Peito + copo() 4 Peito +
mamadeira/chuca() 5 Translactação() 6 Translactação + gavagem/seringa()

7 Translactação + copo() 8 Translactação + mamadeira/chuca() 9 Mamadeira/chuca()

11.4 Se não estiver em aleitamento materno, quando seu filho parou de receber leite materno?

Data: / / Idade cronológica: _____ dias

Para as mães que estão amamentando:

11.5 Facilidades encontradas no aleitamento materno: _____

11.6 Dificuldades enfrentadas no aleitamento materno: _____

Horário de término entrevista com mãe:

APÊNDICE D – Quadro controle do acompanhamento da coleta de dados da Prevalência do AM aos seis meses de vida

[illegible]

APÊNDICE E - Síntese dos temas e passos discutidos nas reuniões presenciais do CPP durante a implementação da intervenção IHAC-Neo guiada pela *Knowledge Translation* no hospital intervenção

Quadro 5 – Data, passos trabalhados, pauta, encaminhamentos e número de participantes nas reuniões presenciais do Conselho de Pesquisa e Prática durante o processo de implementação da IHAC-Neo guiada pela *Knowledge Translation*.

Data	Ciclo / Reunião	Passo trabalhado	Pauta / Encaminhamentos	Número de participantes
11/09/14 a 02/12/14	Treina- mento	-----	Treinamento dos membros do CPP quanto aos Três Princípios Norteadores e Dez Passos da IHAC-Neo e à metodologia da KT.	12 membros do CPP treinados
20/11/14	<i>Workshop</i>	-----	<i>Workshop</i> realizado sobre a IHAC-Neo com a participação de pesquisadoras internacionais e aberto a todos os funcionários das unidades neonatais da unidade intervenção.	13 funcionários das unidades neonatais
02/12/14	1º / 1ª	-----	Estratégias para comunicação entre membros do CPP; escolha dos três passos para iniciar o ciclo 1 (passo 1, 2 e 7).	8 (2 F + 6 CPP)
09/12/14	1º / 2ª	1 e 2	Discussão das metas, estratégias, prazos e indicadores dos passos 1 e 2.	9 (3 F + 6 CPP)
16/12/14	1º / 3ª	1	Esclarecer dúvidas para elaboração da política de AM; redação da política.	6 (2 F + 4 CPP)
08/01/15	1º / 4ª	1, 2 e 7	Estratégias para comunicação entre membros do CPP; discussão da política escrita; discussão das tarefas práticas para implementar passo 2; discussão da meta e estratégias para passo 7.	6 (1 F + 5 CPP)
15/01/15	1º / 5ª	1 e 2	Finalização da política escrita; estratégias para passo 2; aprovação do folheto de divulgação para passo 2; levantamento do número de profissionais que serão treinados na IHAC-Neo.	(2 F + 3 CPP)
22/01/15	1º / 6ª	2 e 7	Finalização do folder para treinamento passo 2; discussão do passo 7.	5 (1 F + 4 CPP)
05/02/15	1º / 7ª	1, 2 e 7	Redefinição da meta do passo 7; impressão da política escrita e folder para treinamento da IHAC-Neo; levantamento do número de profissionais para treinamento do passo 2.	7 (2 F + 5 CPP)
12/02/15	1º / 8ª	2 e 7	Homogeneização do CPP para treinamento dos profissionais para IHAC-Neo; início do treinamento dos profissionais (passo 2); preenchimento do instrumento para auditoria do passo 2; discussão para pactuar nova meta para passo 7.	10 (2 F + 8 CPP)
26/02/15	1º / 9ª	2 e 7	Dúvidas e estratégias para treinamento dos profissionais referente ao passo 2; discussão de meta do passo 7.	8 (2 F + 6 CPP)
12/03/15	1º / 10ª	1 (<i>feedback</i>) e 2	Auditoria e <i>feedback</i> do passo 1; dados para 1ª auditoria do passo 2; escolha dos passos a serem trabalhados no ciclo 2 (passos 3, 4, 9 e continuação do 7)	5 (1 F + 4 CPP)

Data	Ciclo / Reunião	Passo trabalhado	Pauta / Encaminhamentos	Número de participantes
19/03/15	2º / 11ª	2 (<i>feedback</i>), 3 e 4	Definição das metas e discussão de estratégias e indicadores do passo 3; início das discussões sobre passo 4; <i>feedback</i> da 1ª auditoria do passo 2.	5 (1 F + 4 CPP)
26/03/15	2º / 12ª	3 e 4	Discussão de metas e estratégias do passo 3; discussão sobre indicação para método canguru (passo 4).	5 (1 F + 4 CPP)
02/04/15	2º / 13ª	4 e 9	Início dos registros de MC pelo sistema eletrônico; discussão sobre uso de chupetas, dedo de luva e protetores de mamilos nas unidades; barreiras e facilitadores do passo 9.	3 (3 CPP)
09/04/15	2º / 14ª	3 e 9	Dificuldades para implementação de meta do passo 3; necessidade de ampliar discussão do passo 9 com grupo de neonatologia.	5 (1 F + 4 CPP)
23/04/15	2º / 15ª	2 e 4	Levantamento dos dados para auditoria do passo 2; discussão de metas e estratégias para passo 4; indicações para MC (passo 4).	8 (1 F + 7 CPP)
30/04/15	2º / 16ª	4 e 9	Estratégias para diagnóstico situacional do contato pele a pele; barreiras do passo 4; evidências científicas sobre passo 4 e 9.	6 (2 F + 4 CPP)
14/05/15	2º / 17ª	2 (<i>feedback</i>), 4 e 9	<i>Feedback</i> da 2ª auditoria do passo 2; estratégias para diagnóstico situacional do contato pele a pele em andamento; discussão de novo protocolo na unidade sobre oferta de leite cru para prematuros devido citomegalovirose.	7 (2 F + 5 CPP)
11/06/15	2º / 18ª	4 e 9	Discussão da prevalência do AM, barreiras e facilitadores para o passo 4; evidências científicas para passo 4; indicações para uso da chupeta (passo 9).	8 (2 F + 6 CPP)
18/06/15	2º / 19ª	4	Coleta do diagnóstico situacional do contato pele a pele; estratégia para passo 4; importância de discussão do novo protocolo com equipe médica.	6 (2 F + 4 CPP)
02/07/15	2º / 20ª	4 e 9	Estratégias e atores da capacitação sobre MC; apresentação do diagnóstico situacional do contato pele a pele; agendada reunião com grupo de neonatologia para discutir passo 9.	10 (3 F + 7 CPP)
08/07/15	2º / 21ª	9	Reunião com grupo de neonatologistas para discussão do passo 9 (uso de chupetas); discussão de evidências científicas sobre passo 9.	7 (2 F + 5 CPP) + equipe médica
14/07/15	2º / 22ª	9	Evidências científicas sobre passo 9; construção do protocolo do uso de chupetas.	7 (3 F + 4 CPP)
23/07/15	2º / 23ª	4 e 9	Construção do protocolo do uso de chupetas; barreiras do passo 9; outras estratégias para passo 4 (banner, pai canguru).	5 (1 F + 4 CPP)
30/07/15	2º / 24ª	4 e 9	Discussão do protocolo do uso de chupeta; fechamento das datas para estratégias do passo 4.	8 (2 F + 6 CPP)
03/08/15	2º / 25ª	5 e 8	Discussão do tema Citomegalovirose e AM em Prematuros e o protocolo da oferta de leite cru para prematuros devido citomegalovirose com a presença da chefia do Departamento de Pediatria da instituição.	7 (3 F + 4 CPP) e outros participantes

Data	Ciclo / Reunião	Passo trabalhado	Pauta / Encaminhamentos	Número de participantes
06/08/15	2º / 26ª	4 e 9	Construção do fluxograma para uso da chupeta; discussão de metas e estratégias para passo 9 referente à translactação; organização da estratégia do passo 4.	9 (2 F + 7 CPP)
13/08/15	2º / 27ª	2 (feedback), 4 e 9	Feedback da 3ª auditoria e aumento da meta do passo 2; fechamento do protocolo e discussão do fluxograma para uso da chupeta (passo 9); discussão de meta e estratégias para passo 9 (translactação); estratégia para capacitação profissionais sobre MC.	13 (2 F + 11 CPP) + 2 convidadas
20/08/15	2º / 28ª	4, 7 e 9	Estratégias para aumento do contato pele a pele nas unidades; dificuldades da implantação do passo 7; instrumento para diagnóstico da translactação (passo 9); apresentação de resumo das atividades realizadas até o momento.	11 (2 F + 9 CPP)
27/08/15	2º / 29ª	7, 3 (feedback)	Barreiras e facilitadores do passo 7; discussão de metas e estratégias para o passo 7 com a presença das assistentes sociais das UN como convidadas; <i>feedback</i> do passo 3.	10 (1 F + 9 CPP) + 2 assistentes sociais
10/09/15	2º / 30ª	3 e 7	Continuação da coleta do diagnóstico situacional do passo 7; andamento do passo 3; escolha dos passos do Ciclo 3.	8 (1 F + 7 CPP)
17/09/15	3º / 31ª	2 (feedback), 5, 8 e 10	Feedback da 4ª auditoria do passo 2; barreiras e facilitadores e dados basais dos passos 5, 8 e 10.	12 (2 F + 10 CPP)
24/09/15	3º / 32ª	7, 8 e 9	Finalização do fluxograma e protocolo do uso da chupeta (passo 9); apresentação do diagnóstico situacional do passo 7; estratégias para passo 7; início da discussão sobre passo 8.	10 (2 F + 8 CPP)
01/10/15	3º / 33ª	5 e 8	Evidências científicas referentes aos passos 5 e 8; discussão sobre passo 8.	10 (3 F + 7 CPP)
07/10/15	3º / 34ª	5 e 8	Discussão das metas e estratégias dos passos 5 e 8 e do protocolo da oferta de leite cru aos prematuros; necessidade de levantamento acerca do início da amamentação em prematuros. Reunião com a presença da chefe de Departamento de Pediatria.	10 (3 F + 7 CPP) + 4 convidados (chefia de pediatria, docente de enfermagem e outros médicos contratados)
29/10/15	4º / 35ª	6 e 10	Discussão sobre metas e estratégias para passo 6; discussão sobre estratégias do passo 10.	8 (1 F + 7 CPP)
12/11/15	4º / 36ª	9 e 10	Andamento das estratégias para passo 9 (translactação), barreiras e estratégias para implantação do passo 10.	6 (2 F + 4 CPP) – conversas individuais
19/11/15	4º / 37ª	4 (feedback), 5, 8 e 10	<i>Feedback</i> da 1ª auditoria do passo 4; discussão da possibilidade de um ambulatório de amamentação conforme passo 10; início da coleta do diagnóstico situacional sobre início da amamentação em prematuros (passo 5 e 8).	5 (2 F + 3 CPP)
26/11/15	4º / 38ª	4 (feedback), 5, 8 e 9	<i>Feedback</i> da 2ª auditoria do passo 4; discussão sobre início da amamentação em prematuros (passos 5 e 8); estratégias sobre passo 9 (translactação).	4 (1 F + 3 CPP)

Data	Ciclo / Reunião	Passo trabalhado	Pauta / Encaminhamentos	Número de participantes
07/01/16	4º / 39 ^a	2, 4 (<i>feedback</i>), 5 e 8	Atuação do BLH; recolhimento dos dados para auditoria dos passos 2 e 4 e dos dados de início da amamentação em prematuros (passos 5 e 8)	4 (2 F + 2 CPP) – conversas individuais
21/01/16	4º / 40 ^a	9	Capacitação do passo 9 (translactação) e dificuldades de execução das estratégias.	2 (2 CPP)
04/02/16	4º / 41 ^a	5, 8	Discussões para iniciar aleitamento materno precoce nos prematuros; necessidade de reunião com enfermeiras e fonoaudiólogas das unidades neonatais; discussão da implantação da semi-demanda.	4 (4 CPP)
18/02/16	4º / 42 ^a	6, 10	Apresentação auditoria parcial do início da amamentação nos prematuros; discussão do fluxograma para ambulatório de amamentação.	4 (2 F + 2 CPP)
25/02/16	4º / 43 ^a	10	Reunião com enfermeira do ambulatório e integrante do CPP para elaboração de fluxograma para ambulatório de amamentação.	2 (1 F + 1 CPP) - Encontro individual
29/03/16	4º / 44 ^a	10	Reunião com chefia de enfermagem e equipe médica para a articulação da abertura de um ambulatório de amamentação.	4 (2 F + 2 CPP) + gerente de enfermagem e médico do ambulatório
04/03/16	4º / 45 ^a	6, 7, 8, 9 e 10	Apresentação auditoria parcial do início da amamentação nos prematuros; ações para o Passo 6; levantamento dos dados de tempo de permanência das mães nas UN referente ao Passo 7; andamento da capacitação do Passo 9 (translactação); informações sobre abertura do ambulatório de amamentação.	5 (2 F + 3 CPP)
30/03/16	4º / 46 ^a	8	Reunião com fonoaudiólogas e enfermeiras das unidades neonatais para discussão do início precoce da amamentação.	7 (2 F + 5 CPP) + 1 fonoaudióloga + 2 enfermeiras
07/04/16	4º / 47 ^a	-----	Fechamento e término das atividades da implementação	6 (1 F + 5 CPP)

F = facilitadoras

CPP = Conselho de Pesquisa e Prática

APÊNDICE F – Roteiro de monitoramento do hospital controle

ORIENTAÇÕES PARA MONITORAMENTO UNIDADE CONTROLE

A cada três meses, a partir do início dos ciclos rápidos no hospital intervenção, o coordenador de cada centro ou apoio técnico deverá visitar o hospital controle e preencher o formulário abaixo. Para o preenchimento entrevistar o enfermeiro gestor/supervisor da unidade.

1. Identificação da unidade

1.1 Região: ()Norte ()Nordeste ()Centro-Oeste ()Sudeste ()Sul

1.2 Data da visita: ____/____/____

1.3 Hospital Amigo da Criança? ()sim ()não

1.4 Se sim, qual o ano em que foi realizada a última avaliação da IHAC pelo Ministério da Saúde? _____

2. Nos últimos 3 meses, foi implementado na unidade alguma mudança/ protocolo/rotina voltada para o aleitamento materno (AM)?

()sim ()não Se sim, peça para ter cópia escrita do protocolo ou para que descreva as recomendações.

3. Nos últimos 3 meses, foi realizada alguma atividade de educação continuada com relação ao aleitamento materno (ex.: aula, curso, treinamento, folheto etc.) com os profissionais da unidade OU algum profissional da Unidade participou de algum tipo de capacitação relacionada com o AM?

()sim ()não Se sim, por favor, especifique e discrimine quantitativa e qualitativamente os participantes.

4. Nos últimos 3 meses ocorreu a demissão/contratação de algum funcionário ou mudança na gestão/direção que pudesse interferir com o AM na Unidade?

()sim ()não Se sim, por favor, especifique.

APÊNDICE G – TCLE para os profissionais de saúde do hospital intervenção

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 implementação das práticas de promoção, proteção e apoio ao AM em prematuros, porém, poderá interromper sua participação a qualquer momento e esta decisão não irá interferir em qualquer aspecto profissional. Faremos o possível para auxiliá-lo(a) caso o desconforto ocorra, esclarecendo-o(a) ou tranquilizando-o(a). Caso você se sinta lesado(a) por algo que possa acontecer durante a pesquisa, você terá o direito de recorrer à indenização segundo as leis do país.

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) 36023386, em dias úteis e horário comercial. Agradecemos a sua colaboração.

Participante

Adriana Moraes Leite
Coordenadora do projeto multicêntrico na
região Sudeste
E-mail: drileite@eerp.usp.br
Telefones de contato: (16) 3602-0533

_____ de _____ de 201__.

APÊNDICE H – TCLE para os profissionais de saúde do hospital controle

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- Grupo Controle Título da pesquisa: “Aleitamento materno em prematuros: impacto da IHAC para unidades neonatais”

Prezado Profissional de saúde,

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

Sua participação nesta pesquisa, se dará por meio de respostas a um questionário de auto-preenchimento com questões objetivas composto de duas partes: na primeira parte, as questões referem-se à sua formação e atuação profissional, qualificação na temática do manejo da amamentação prematuro e na segunda parte, as questões referem-se ao 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. O tempo previsto para o preenchimento deste questionário que será realizado em sala reservada, não excederá de meia hora.

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

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

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

Após todos os esclarecimentos, caso você concorde em participar, por favor, assine duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Uma via ficará com você e a outra com a pesquisadora. Se tiver alguma dúvida, poderá entrar em contato com o CEP-EERP-USP na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Avenida Bandeirantes, 3900 Bairro: Monte Alegre - Campus Universitário, Ribeirão Preto – SP, CEP: 14040-902, telefone (16) 3602-3386, dias úteis, em horário comercial.

Agradecemos a sua colaboração.

Participante
(Profissional)

Adriana Moraes Leite
Coordenadora do projeto multicêntrico
na região Sudeste
E-mail: drileite@eerp.usp.br
Telefones de contato (16) 3602-0533

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 201__.

ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas para o projeto multicêntrico

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP: 14060-902
Fono: 55 16 3315-3382 - 55 16 3315-3381 - Fax: 55 16 3315-0518
www.eerp.usp.br - eerp@adu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of. CEP-EERP/USP – 246/2014

Ribeirão Preto, 15 de dezembro de 2014.

Prezada Senhora,

Comunicamos que as mudanças no projeto de pesquisa, abaixo especificado, foram analisadas e consideradas **APROVADAS AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 15 de dezembro de 2014.

Protocolo CAAE: 23975813.7.1001.5393

Projeto: Aleitamento materno em prematuros: impacto do IHAC para unidades neonatais.

Pesquisadores: Carmen Gracinda Silvan Scochi
Talita Balaminit

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,

Profa. Dra. 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

ANEXO B - Aprovação da emenda do Comitê de Ética em Pesquisas para o Doutorado

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315-3382 - 55 16 3315-3381 - Fax: 55 16 3315-0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of. CEP-EERP/USP – 246/2014

Ribeirão Preto, 15 de dezembro de 2014.

Prezada Senhora,

Comunicamos que as mudanças no projeto de pesquisa, abaixo especificado, foram analisadas e consideradas **APROVADAS AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 15 de dezembro de 2014.

Protocolo CAAE: 23975813.7.1001.5393

Projeto: Aleitamento materno em prematuros: impacto do IHAC para unidades neonatais.

Pesquisadores: Carmen Gracinda Silvan Scochi
Talita Balaminut

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. Dra. Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Prof. Dra. Carmen Gracinda Silvan Scochi
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP