

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE ENFERMAGEM

**ALEITAMENTO MATERNO NO PREMATURO: UM ESTUDO DE PREVALÊNCIA
EM UMA UNIDADE NEONATAL DO DF**

MARIANA DE SOUSA BRAGA

CEILÂNDIA- DF

2015

MARIANA DE SOUSA BRAGA

**ALEITAMENTO MATERNO NO PREMATURO: UM ESTUDO DE PREVALÊNCIA
EM UMA UNIDADE NEONATAL DO DF**

Monografia apresentada à disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II em Enfermagem como requisito parcial para a obtenção do título de enfermeiro do Curso de Enfermagem da Universidade de Brasília na Faculdade Ceilândia.

Orientação: Prof.^a Dr.^a. Laiane Medeiros Ribeiro

CEILÂNDIA- DF

2015

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

Braga, Mariana de Sousa.

Aleitamento materno no prematuro: um estudo de prevalência em uma unidade neonatal do DF/ Mariana de Sousa Braga. Brasília: [s.n], 2015.

71 f: il.

Monografia (graduação) – Universidade de Brasília. Faculdade Ceilândia. Curso de Enfermagem, 2015.

Inclui apêndice.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Laiane Medeiros Ribeiro

1. Aleitamento materno 2. Prematuro 3. Baixo peso ao nascer

I. Braga, Mariana de Sousa. II. Aleitamento materno no prematuro: um estudo de prevalência em uma unidade neonatal do DF.

BRAGA, Mariana de Sousa

Aleitamento materno no prematuro: um estudo de prevalência em uma unidade neonatal do DF.

Aprovado em: ___/___/_____

Comissão Julgadora

Prof.^a Dr.^a. Laiane Medeiros Ribeiro

Prof.^a. Dr.^a. Alecssandra de Fátima Silva Viduedo

Prof.^a. Dr.^a. Aline M. Toledo

DEDICATÓRIA

A Deus, por ser fonte de sabedoria e amor, conduzindo cada passo.

Ao meu pai, Acrisio que é meu pai amigo. Por está sempre transmitindo paz, carinho, positividade e apoio para prosseguir com os meus projetos de vida. Te amo!

A minha mãe, Eliedia por ser guerreira, fonte de inspiração e exemplo para todos que a cercam. Amo você!

A minha irmã, Ana Carolina por ser essa eterna menina alegre, cheia de amor e essencial em minha vida. Te amo!

Ao meu sobrinho, Kauã por ter me proporcionado as melhores sensações e felicidades dessa vida. Por cada abraço seu, sorriso e brincadeira. Seu nascimento foi uma dádiva que mudou tudo para melhor. Te amo!

Aos meus amigos por cada momento vivido e contribuição que deram até aqui. Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

Acreditando que na vida existem pilares fundamentais, constituindo motivação necessária para percorrer os caminhos que nos levam a realizar nossos sonhos, gostaria de agradecer a Deus, por ser o principal pilar, que sempre me protege, guia meus passos e ouvi minhas preces. Agradeço- te por ter me dado à oportunidade de realizar o sonho de entrar na Universidade de Brasília e está permitindo concluir o sonho de formar em enfermagem, só ele sabe como foi árduo e dos diversos obstáculos que enfrentei.

A minha família, por ser essencial na minha vida, ensinando com amor e carinho os caminhos a serem trilhados. Por se dedicarem integralmente aos meus sonhos e as minhas conquistas. Obrigada por toda paciência, apoio e amor.

A minha professora e orientadora Laiane Medeiros Ribeiro, que esteve comigo nessa caminhada da graduação e pela paciência na construção desse estudo. Por ter me acolhido, ensinado, orientado e aconselhado em diversos momentos.

Ao Elier por toda consideração, apoio e força para prosseguir com meus objetivos.

Aos meus colegas de cursinho por terem fundamental importância na conquista da graduação em enfermagem, me acolheram e foram minha segunda família. Agradeço por todo companheirismo, noites em claro de estudos e pelos momentos vividos, aprendi muito sobre o valor da amizade com vocês.

As minhas amigas queridas da graduação por cada momento vivido, pelos obstáculos enfrentados, companheirismo, alegrias, dúvidas e frustrações.

A Vanessa por ter sido uma grande parceira nos últimos meses e por me apoiar em cada passo para conclusão desse projeto.

Ao pessoal da pediatria do HUB por terem me acolhido, orientado e ensinado com paciência.

Aos meus professores por todo apoio e ensinamento, contribuíram significativamente em diversos momentos da minha vida transformando-a significativamente.

“Nas grandes batalhas da vida, o primeiro passo para a vitória é o desejo de vencer.”

Mahatma Gandhi

BRAGA, M.S. **Aleitamento materno no prematuro: um estudo de prevalência em uma unidade neonatal do DF.** 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Enfermagem) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, Ceilândia, Brasília, 2015.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A implantação da IHAC- Neo requer um planejamento estrategicamente elaborado para suas diferentes fases de implantação com avaliação sistemática para monitorar as melhorias da prática e o aprimoramento do cuidado. **OBJETIVO:** Analisar dados basais relativos ao aleitamento e à condição de saúde dos prematuros. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada em um Hospital Regional do DF com as mães internadas na maternidade que tiveram seus filhos prematuros na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Este estudo está inserido dentro de uma das fases de um projeto multicêntrico na qual Brasília consiste na unidade de intervenção em que está sendo testada a IHAC- Neo. O estudo foi realizado com 30 prematuros durante Agosto à Dezembro de 2014. **RESULTADOS:** Os dados coletados no estudo são relativos ao aleitamento materno na internação, alta hospitalar e domicílio, bem como dados referentes às patologias, oxigenoterapia e aspectos da internação. Dentre os prematuros da amostra todos apresentaram BPN sendo 100%, com apgar no 1º minuto acima de 55,6% e apgar no 5º minuto entre 8 e 9 com 76,5 % da amostra, a amamentação na primeira hora apenas com 10 %, o uso de suporte ventilatório em 83,3 %, leite humano/materno + fórmula infantil foi o início do aleitamento materno em 43,3 %. O AME na alta hospitalar esteve com 63,3 % e no domicílio o AME foi para 60 % da amostra enquanto o AM no domicílio foi para 36,6 %. **CONCLUSÃO:** O estudo contribuiu para a aplicabilidade da IHAC Neonatal viabilizando e incentivando o aleitamento materno, com ações educativas durante a internação e no preparo para a alta hospitalar e acompanhamento pós-alta, proporcionando a adesão das mães ao aleitamento materno.

Descritores: Aleitamento materno; Prematuro; Baixo peso ao nascer.

BRAGA, M.S. **Breastfeeding the premature: a prevalence study in a neonatal unit of DF.** 2015. Completion of course work (Nursing Course) – University of Brasília, Faculty of Ceilândia, Ceilândia, Brasília, 2015.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The implementation of IHAC- Neo requires a strategically designed plan for its different phases of implementation with systematic evaluation to monitor the practical improvements and care improvement. To analyze baseline data on breastfeeding and health condition of premature. **Methodology:** it is a descriptive study with a quantitative approach. Data collection was carried out in a Federal District Regional Hospital with mothers admitted to the maternity who had their premature babies in the Neonatal Intensive Care Unit. This study is inserted into one of the phases of a multicenter study in which Brasilia is the intervention unit being tested to IHAC- Neo The study was conducted with 30 preterm infants during August to December 2014. **RESULTS:** Data collected in the study are related to breastfeeding at admission, discharge and domicile as well as data on diseases, oxygen therapy and aspects of hospitalization. Among the premature sample all had BPN being 100%, with Apgar score at 1 minute up 55.6% and Apgar score at 5 minutes between 8:09 with 76.5% of the sample, breastfeeding in the first hour with only 10% the use of mechanical ventilation in 83.3% human milk / breast + infant formula was the beginning of breastfeeding in 43.3%. The AME at hospital discharge was 63.3%, and with domicile the AME went to 60% of the sample while the AM in the household was to 36.6%. **CONCLUSION:** The study contributed to the applicability of the IHAC Neonatal enabling and encouraging breastfeeding with educational activities during hospitalization and in preparation for discharge and post-discharge follow-up, providing adhesion of mothers to breastfeeding.

Keywords: Breastfeeding; Premature; Low birth weight.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Classificação dos prematuros por sexo. Ceilândia- DF, 2014.....	30
Tabela 2 - Classificação da idade gestacional em semanas, método de avaliação da idade gestacional e distribuição do peso ao nascer dos prematuros. Ceilândia- DF, 2014..	30
Tabela 3 - Classificação do apgar no primeiro e quinto minuto após o nascimento. Ceilândia- DF, 2014.....	31
Tabela 4 - Relação dos prematuros que precisaram de reanimação (ventilação com pressão positiva com massagem cardíaca e ou medicação) e intercorrências clínicas ao nascimento. Ceilândia- DF, 2014.....	32
Tabela 5 - Caracterização do contato pele a pele precoce, período e amamentação na primeira hora de vida. Ceilândia- DF, 2014.....	33
Tabela 6 - Patologias que acometeram os prematuros durante a internação. Ceilândia- DF, 2014.....	33
Tabela 7 - Uso e tempo de suporte ventilatório e oxigenoterapia por prematuros. Ceilândia- DF. Brasília, 2014.	34
Tabela 8 - Duração total da internação em dias na UTIN /UCIN. Ceilândia - DF, Brasília, 2014	35
Tabela 9 - Internação na enfermaria canguru e tempo de internação. Ceilândia- DF, 2014.	36
Tabela 10 - Dados relativos ao início em horas, tipo e via de administração do aleitamento materno na internação. Ceilândia- DF, 2014.	37
Tabela 11 - Peso e idade dos prematuros na alta hospitalar. Ceilândia- DF, 2014.....	38
Tabela 12 - Tipo de aleitamento materno e técnica de aleitamento materno na alta hospitalar Ceilândia- DF, 2014.....	38
Tabela 13 - Dados referentes ao tipo de alimentação, técnica de alimentação no domicílio e se continuou com o aleitamento materno. Brasília, 2014.	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AM	Aleitamento Materno
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
BIC	Bomba de Infusão Contínua
BIPAP	Pressão Positiva Bifásica nas Vias Aéreas
BLH	Banco de Leite Humano
BPM	Batimentos por Minuto
BPN	Baixo Peso ao Nascer
CF	Constituição Federal
CPAP	Pressão Positiva Contínua nas vias Aéreas
DF	Distrito Federal
DUM	Data da Última Menstruação
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
IHAC- Neo	Iniciativa Hospital Amigo da Criança Neonatal
LH	Leite Humano
MS	Ministério da Saúde
ODM	Objetivos do Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento do Milênio
PT	Pré- Termo
RC	Rede Cegonha
RN	Recém Nascido

SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
UCIN	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal
UN	Unidade Neonatal
UnB	Universidade de Brasília
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
VMI	Ventilação Mecânica Invasiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	14
2. OBJETIVOS.....	19
2.1 OBJETIVO GERAL	19
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	20
3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE O ALEITAMENTO MATERNO	20
3.2 ALEITAMENTO MATERNO NO PREMATURO.....	25
4. METODOLOGIA.....	27
4.1 TIPO DE ESTUDO	27
4.2 LOCAL DO ESTUDO E CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE.....	27
4.3 AMOSTRA.....	27
4.4 ANÁLISE DE DADOS	27
4.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	28
5. RESULTADOS	29
5.1 CONDIÇÕES DE SAÚDE DO PREMATURO	29
5.2 DADOS RELATIVOS AO ALEITAMENTO MATERNO	35
6. DISCUSSÃO.....	39
7. CONCLUSÃO.....	50
REFERENCIAS	51
APÊNDICE A	62
APÊNDICE B.....	69

APRESENTAÇÃO

O encanto pela área da saúde surgiu ainda quando criança, à convivência em ambiente hospitalar era comum para mim por ser o local de trabalho da minha mãe. Todas as vezes que estava no hospital ficava impressionada e encantada, pelas rotinas, atendimentos e organização. Com o passar dos anos, as experiências foram se estreitando e pude ter a certeza que na enfermagem encontraria a realização profissional e pessoal.

Em 2010 ingressei no curso de graduação em Enfermagem na Universidade de Brasília (UnB), ao longo da graduação com as vivências proporcionadas dentro das disciplinas Integração ao Cenário das Práticas tive a percepção da importância do papel do enfermeiro e das suas ações dentro do processo de promoção, proteção e recuperação em saúde. Em contato com a matéria cuidado integral a saúde da mulher e da criança surgiu o interesse sobre o aleitamento materno em prematuros, onde os cuidados a mulher e a criança foram apresentados na sua integralidade na disciplina. Sendo proporcionado o conhecimento das diversas fases da reprodução humana, desenvolvimento e nascimento, dentre essas fases entra o aleitamento materno como um determinante fundamental no estado de saúde.

Tive a experiência de ter um caso de prematuridade na família, onde acompanhei desde o pré-natal até o crescimento e desenvolvimento. Através dessa vivência tive a oportunidade de observar a escassez na prática clínica voltados especificamente ao prematuro, assim como, a ausência do contato precoce, de estudos direcionados para avaliar a eficácia do aleitamento materno e uso de fórmulas e a ausência de humanização nos cuidados na UTIN.

1. INTRODUÇÃO

A taxa de prematuridade tem aumentado ao longo dos anos (BRASIL, 2009), sendo uma realidade instalada no cenário mundial que merece adequado manejo, direcionamento e conhecimento (SANTOS, 2012). Dados de 2010 afirmam que cerca de quinze milhões de recém-nascidos nasceram prematuros (BLENCOWE, et al., 2012), afetando assim parte significativa da população já que as morbidades ocasionadas pelo parto prematuro levaram o óbito de 1 milhão de crianças e deixam deficiências que persistem por toda a vida, como problemas visuais, auditivos e déficit de aprendizagem (WHO, 2012).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o nascimento pré-termo é o que ocorre antes de completar a 37ª semana gestacional (WHO, 2012). No relatório da OMS de 2012 existem dez países que representam 60 % das taxas de todos os nascimentos pré-termos do mundo, sendo eles: Índia, China, Nigéria, Paquistão, Indonésia, Estados Unidos, Bangladesh, Filipinas, República Democrática do Congo e Brasil (WHO, 2012).

Em um relatório divulgado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) o Brasil encontra-se na décima posição entre os países com o alto índice de nascimentos pré-termo com índice de 9,2 % (279.000 mil partos prematuros ao ano) (WHO, 2012). A prematuridade apresenta um discreto crescimento ao longo do tempo, ao contrario do que seria esperado em um país no qual a maioria dos indicadores de saúde materno-infantil estão apresentado melhorias (UNICEF, 2013).

O Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC) foi implantado em 1990 em âmbito nacional pelo MS, surge com o objetivo de conhecer o perfil epidemiológico, variável de peso, duração da gestação, tipo de parto, idade da mãe e número de partos (THEME, et al., 2004). Nos estudos é observada a divergência entre os dados de nascimentos pré- termo do SINASC e de censos populacionais, sendo que nos censos registra-se maiores prevalências de prematuridade do que no SINASC. A possível explicação é pelo fato do SINASC ter dados coletados da idade gestacional até 2011 por intervalos de classe e não por semanas gestacionais (PEDRAZA, 2012).

Dados divulgados pela UNICEF, avaliaram a frequência dos nascimentos prematuros usando o SINASC e aplicou o fator de correção derivado de pesquisas de alta qualidade, onde mostra que em 2011 os nascidos pré- termos no Brasil alcançaram de 11, 8 % dos nascidos vivos. Os estados brasileiros com maiores índices foram Minas Gerais com 12,9 %, Distrito Federal com 13%, São Paulo com 12,7%, Rio de Janeiro com 12,3%, Rio Grande do Sul com 12,5 % e os menores foram Rondônia com 10,2% e Tocantins com 10,3% (UNICEF, 2013).

O nascimento pré- termo é aquele considerado com idade gestacional inferior a 37 semanas gestacional ou inferior a 259 dias, sendo a prematuridade classificada em PT extremo (menor que 28 semanas), muito prematuro (de 28 semanas á 31 semanas e 6 dias), prematuro tardio (32 semanas á 36 semanas e 6 dias) (WHO, 2013).

É considerado baixo peso ao nascer recém- nascidos com peso inferior a 2.500 g, sendo que esse peso foi apresentado em 15,5 % dos nascimentos no mundo. As regiões com maior porcentagem é a Ásia com 27 % e a África com 22% de todos os nascidos vivos com baixo peso (UNICEF, 2004). No Brasil em 2005 teve 8,1 % BPN e o estado do Acre com o índice de 6,9% (BRASIL, 2005).

O Brasil em 2000, por meio do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) comprometeu-se com os oito Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) que devem ser alcançados até esse ano de 2015. Dentre os compromissos firmados alguns chamam atenção quando o tema é desenvolvimento infantil, por exemplo: a redução da fome; a redução da mortalidade infantil e a melhoria da saúde materna (IPEA, 2014). Muitas iniciativas foram criadas para o alcance dos ODM, o esforço coletivo abrange redes setoriais, fóruns de debate, conselhos e também a sensibilização dos entes governamentais como a união, estados, Distrito Federal e municípios (BRASIL, 2009).

Os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) traz como prioridade a erradicação da desnutrição e mortalidade infantil, incentivando o aleitamento materno, juntamente com o Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno. Políticas públicas já voltadas para essa área, como a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) contribuem para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno (BRASIL, 2009). O progresso dos ODM é fundamental já que 40 % das mortes entre menores de cinco anos são em recém-nascidos, que ainda podem ser acometidos por deficiências sobrecarregando o sistema de saúde e familiar (BRASIL, 2009).

O nascimento prematuro e suas complicações são as principais causas das mortes neonatais e outras morbidades (paralisia cerebral, deficiências cognitiva, auditiva e de aprendizagem), porém muitas destas condições graves podem ser prevenidas ou reduzidas, ressaltando o aprimoramento tecnológico ocorrido ao longo do tempo. O incremento de tecnologias nas unidades de terapia intensiva neonatais tem repercutido na maior sobrevivência dos prematuros, com redução da morbimortalidade em seu crescimento e desenvolvimento (BLENCOWE, et al., 2012).

Um importante aliado para a sobrevivência dos prematuros é a associação de intervenções de baixo custo e eficientes como o Método Canguru e o Aleitamento Materno

Exclusivo (AME). Estima-se que tais ações podem salvar cerca de 450.000 crianças por ano (WHO, 2012). O AME é importante na redução da morbimortalidade neonatal, prevenindo infecções e enterocolite necrotizante, promovendo ótimo crescimento e neurodesenvolvimento e incentivando o vínculo mãe-bebê (MOREIRA; LOPES; CARVALHO, 2004). Apesar de suas vantagens estarem bem documentadas, as taxas de AME são baixas entre PT, ocorrendo com frequência o desmame precoce. Em um estudo quantitativo realizado em 2007, os pesquisadores levantaram dados para evidenciar o histórico do aleitamento materno em crianças e adolescentes portadores de diabetes mellitus tipo 1, onde ficou constatado o desmame precoce em 87,9 % da amostra estudada e interrompimento do AME em menos de um mês de nascimento em 30,6% da amostra. O estudo pode também concluir que o desmame precoce é resultado de uma série de fatores como o processo de industrialização, adesão por parte dos profissionais de saúde a prescrição de alimentação artificial e ausência de ações incentivadoras para o aleitamento materno em maternidades (LEAL et al, 2011). Segundo a OMS, o aleitamento materno deve ser exclusivo até o sexto mês de vida, complementado por outros alimentos até os dois anos de vida, sendo adequado para a redução e o combate da morbimortalidade infantil, o estabelecimento do vínculo mãe e filho e protegendo contra inúmeras doenças. O leite materno contém água, vitaminas, sais minerais, imunoglobulinas, enzimas, hormônios e anticorpos que protegem o bebê contra infecções (OMS, 2003).

A amamentação do prematuro hospitalizado consiste em um grande desafio devido a sua imaturidade fisiológica e neurológica, dificuldade em coordenar sucção-deglutição-respiração e tempo de internação, gerando na mãe sentimentos de incapacidade e estresse emocional que podem diminuir a lactação, além da ausência do contato precoce mãe-filho e início tardio do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) (SASSA, et al., 2013). O apoio sistemático, capacitado e contínuo às mães para o início e manutenção da ordenha do leite, transição direta para a amamentação no seio materno, o mais precocemente possível, é essencial para superar as dificuldades de amamentar o PT e o AME até o sexto mês de vida, conforme recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003). O Método Canguru está dentro da Norma de Atenção Humanizada ao Recém- Nascido de Baixo Peso (BRASIL, 2011) e é uma ação que incentiva o vínculo entre mãe e bebê, tendo como benefícios a redução da hipotermia, do tempo de internação hospitalar (CONDE; BELIZÁN; DIAZ, 2011), proporciona bom desenvolvimento cognitivo e motor do prematuro (FELDMAN, et al., 2002), favorece o maior tempo de aleitamento materno e produção de leite (JEFFERIES, 2012), evita separação prolongada entre mãe e bebê, sabendo que

circunstancias de afastamento podem contribuir para a produção insuficiente de leite materno, baixo vínculo afetivo e aumento de morbidades (CHARPAK, et al., 2005).

No Brasil, políticas públicas são implementadas para promover, proteger e apoiar o AME, sendo reconhecido internacionalmente pelo desenvolvimento de iniciativas para aumentar as taxas de AME, tais como a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, a implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), a Aliança Mundial de Ações Pró-Amamentação, o Método Canguru, a Rede Amamenta Brasil e a Rede Cegonha. A IHAC é uma estratégia política 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 adoção do *Código Internacional para Comercialização dos Substitutos de Leite Materno* (UNICEF, 2008). A IHAC foi amplamente adotada no Brasil e tem resultado em melhora significativa no apoio ao início e duração do AME. No entanto, a IHAC foi concebida para apoiar o AME em recém-nascidos a termo saudáveis em maternidades, e não inclui o contexto complexo e de alta densidade tecnológica das unidades neonatais, bem como as dificuldades de amamentar o PT.

Assim, apesar dessas estratégias e políticas nacionais de incentivo ao AME, o PT é, muitas vezes, privado dos benefícios do AME, vislumbrando-se o potencial promissor de uma intervenção inovadora que constitui na adaptação da IHAC original para este segmento populacional de risco, denominada *Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno Exclusivo em Unidades Neonatais*, a IHAC-Neo, cuja efetividade está sendo testada em território brasileiro que propõe sua implantação focada em mudanças das práticas em unidades neonatais brasileiras.

A implantação da IHAC- Neo requer um planejamento estrategicamente elaborado para suas diferentes fases de implantação com avaliação sistemática para monitorar as melhorias da prática e o aprimoramento do cuidado. A parte cabível deste trabalho foi analisar dados basais do aleitamento materno em prematuros em uma unidade de terapia intensiva neonatal. A seguir no referencial teórico descreve-se melhor o objeto do estudo sobre o aleitamento materno em prematuros.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

√ Analisar dados basais relativos ao aleitamento e à condição de saúde dos prematuros.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

√ Avaliar os dados do aleitamento materno relativos à internação, alta hospitalar e domicílio.

√ Avaliar dados referentes às patologias, oxigenoterapia e aspectos da internação.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE O ALEITAMENTO MATERNO

Antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) já ocorria o apoio ao aleitamento materno, assim a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) na década de 70, promoveram campanhas de incentivo a aleitamento materno por todo o mundo (BRASIL, 2011). Tendo em vista que a partir da Revolução Industrial cresceu as taxas de desmame precoce, ocorreu o aperfeiçoamento na técnica de esterilização do leite de vaca e iniciou a inserção da mulher no mercado de trabalho (OMS, 1981). As políticas de saúde no Brasil tiveram um grande avanço com o surgimento da Constituição Federal Brasileira de 1988 (CF/88), onde a saúde se tornou “Direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988). A CF/ 88 é considerada uma facilitadora do aleitamento materno por assegurar o direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988) subsidiando o SUS, a lei orgânica e as normas operacionais básicas assim permitindo o incentivo do aleitamento materno (BRASIL, 2003). Atualmente o Ministério da Saúde (MS) juntamente com o departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretária de Atenção à Saúde são os grandes articuladores em prol do aleitamento.

O Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) instituído em 1981 (ANVISA, 2008) tem como base a responsabilidade da melhoria de indicadores do aleitamento materno infantil, com campanhas, treinamento de profissionais, como também a aprovação de leis e diretrizes a favor do aleitamento materno. O PNIAM atualmente encontra-se dividido na atenção básica na Rede Amamenta Brasil, na atenção secundária e terciária através da IHAC e Método Canguru, a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (BLH); o Código Internacional de Substitutos do Leite Materno regulando e orientando a sua comercialização; campanhas sobre aleitamento, como na Semana Mundial de Amamentação e Dia Nacional da Doação de Leite Humano e diversas outras parcerias (ALENCAR, 2008).

√ REDE CEGONHA

A Rede Cegonha (RC) surgiu em 2011, com a missão de ampliar o acesso, a qualidade da assistência ao pré-natal, parto, puerpério e o atendimento à criança com até 12 meses de idade (BRASIL, 2011). Os componentes da Rede Cegonha são assistência pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico, transporte sanitário e regulação (BRASIL, 2011). A RC está integrada a Rede de Atenção em

Saúde que tem por objetivo a redução da morbi-mortalidade, com atenção a saúde direcionada e com qualidade. É observado que os procedimentos oferecidos na assistência e a incorporação de tecnologias, juntamente com o acesso facilitado ao pré-natal, ainda não são suficientes para a melhoria da qualidade e dos índices de saúde (BRASIL, 2011). A RC surge com uma estratégia do Ministério da Saúde (MS) para combater a violência obstétrica não expondo as gestantes a procedimentos desnecessários, enfrentamento da mortalidade materna, a falta de qualidade na assistência e ausência de qualidade dos atendimentos de pré-natal, parto e puerpério.

A RC é um programa que surgiu para auxiliar no combate ao elevado número de óbitos materno- infantil, com estratégias que não se restringem apenas a repasses de verbas ou aumento dos serviços prestados, colocando a gestante/ parturiente como o alvo da atenção de saúde (CAVALCANTI et al., 2013). A Rede Cegonha preconiza que a gestante deve ser direcionada á uma unidade de referência onde terá assistência durante pré-natal até o parto, tendo direito ao transporte e a um acompanhante de livre escolha no momento do parto (BRASIL, 2011).

Dentre as condutas na Rede Cegonha é realizado aconselhamento nutricional adequado para a gestante e criança de acordo com a idade, priorizando a alimentação saudável nos períodos preconizados e aleitamento materno exclusivo até os seis meses. O AM e a alimentação complementar reduz até 13% a ocorrência de mortes em crianças menores de 5 anos no mundo. O incentivo ao AME até os seis meses e uma alimentação saudável após essa etapa é importante para evitar morbimortalidade, pois á ingestão de alimentação inadequada pode ocasionar doenças infecciosas, respiratórias, obesidade, desnutrição, deficiência de micronutrientes e cárie dental (BRASIL, 2013).

√ INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA

Na década de 90, a OMS e UNICEF lançou a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), um programa que tem por finalidade a proteção, promoção e apoio ao AM visto que a prevalência do AME no mundo se encontrava insatisfatória para os parâmetros da OMS/ UNICEF (WHO; UNICEF, 1990). Os hospitais e maternidades credenciados como Amigo da Criança são instituições com uma organização diferenciada com equipe de saúde capacitada, serviços de apoio á mulher no período da gravidez/puerpério, e ser centros de excelência no apoio à amamentação que para tal devem seguir os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” (ORTIZ, 2011).

Os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” estabelece o treinamento e qualificação dos profissionais da equipe assim ocorrerá transmissão do conhecimento necessário para a amamentação, a adoção de rotinas e condutas de serviço em prol do aleitamento materno. A realização contínua dos Dez Passos aumenta a taxa de aleitamento e sua duração evitando o desmame precoce (BRASIL, 2004; WHO; UNICEF, 1990). A amamentação quando influenciada em ambiente hospitalar com treinamento adequado da equipe proporciona impacto positivo (COUTINHO et al., 2005), levando a práticas adequadas de amamentação. Todo hospital que decida fazer parte da IHAC deve seguir Os Dez Passos do Aleitamento Materno para permanecer credenciado, sendo esses (UNICEF, 1989):

- 1 – Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe do serviço.*
- 2 – Treinar toda a equipe, capacitando-a para implementar essa norma.*
- 3 – Informar todas as gestantes atendidas sobre as vantagens e o manejo da amamentação.*
- 4 – Ajudar a mãe a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto.*
- 5 – Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.*
- 6 – Não dar a recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tenha indicação clínica.*
- 7 – Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia.*
- 8 – Encorajar a amamentação sob livre demanda.*
- 9 – Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas.*
- 10 – Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio à amamentação, para onde as mães devem ser encaminhadas por ocasião da alta hospitalar.*

As diretrizes da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), por meio da Organização Mundial de Saúde e UNICEF instrui que os bebês tenham contato com a pele de suas mães imediatamente após o nascimento, o que promove o reconhecimento e a prontidão para o início do aleitamento materno (OMS; UNICEF, 2009). A amamentação na primeira hora de vida deve ser incentivada pela equipe de saúde e implementada nas rotinas das instituições, sendo importante na promoção, proteção e suporte do aleitamento materno (ODDY, 2013).

√ AMAMENTAÇÃO

O AM reduz a morbimortalidade infantil, sendo o recurso mais eficaz e de total viabilidade econômica de intervenção, com aumento de sobrevivência considerável e promovedor do aumento do vínculo da mãe-bebê. Segundo as orientações do MS e da OMS o AME deve ser realizado até os seis meses e complementado com outros alimentos a partir de então (BRASIL, 2013). A eficácia do AM é inquestionável, porém são grandes as taxas de

desmame precoce e a inserção de alimentos desfavoráveis para um bom desenvolvimento do RN, esses fatores estão associados em boa parte com a mãe, podendo ter diversas influências como nível socioeconômico, idade, cultura, inserção no mercado de trabalho, ausência de conhecimento das vantagens do AM (RAMOS; ALMEIDA, 2003) uso de fórmulas, ausência de alojamento conjunto, falta de apoio para AM, ausência de BLH, dias de internação hospitalar e outros.

Um estudo realizado em 2008 nas capitais brasileiras e o Distrito Federal teve como objetivo avaliar a relação entre o aleitamento materno e as internações hospitalares por pneumonia entre crianças com menos de 1 ano de vida. O estudo utilizou como método de pesquisa dados de exposição à pneumonia e prevalência do aleitamento materno. Ao final da pesquisa concluiu-se que a prática do aleitamento materno exclusivo entre crianças com menos de 6 meses e de aleitamento materno entre crianças de 9 a 12 meses de vida foram responsáveis por diminuir em quase 40 e 50%, respectivamente, as taxas médias de internação hospitalar esperadas por pneumonia (BOCCOLINI et al, 2011).

O aleitamento materno tem inúmeros benefícios e o desmame precoce tem efeitos deletérios, apresentando relação com o desenvolvimento do diabetes mellitus do tipo 1 e uso precoce dos substitutos do aleitamento materno (MACEDO et al., 1999). Um estudo realizado com a finalidade de descrever o perfil dos usuários de um serviço de controle de hipertensão, diabetes e obesidade em 2007, evidenciou uma grande prevalência no desmame precoce de crianças e adolescentes portadores de diabetes mellitus tipo 1, e inserção de substitutos do aleitamento materno (LEAL, 2011). Quanto ao período de AME, com base nas respostas do estudo, observou-se existir aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida em 12,1 % da amostra e AME em 30,6 % em menos de um mês de vida. Contudo com o surgimento do leite industrializado esse se torna uma opção para a prática alimentar, porém a exposição precoce ao leite de vaca pode ser um importante determinante do diabetes mellitus tipo 1, “considerando que 30% dos casos de diabetes mellitus tipo 1 poderiam ser evitados se as crianças até 3 meses não recebessem leite de vaca, já que existe a relação entre a introdução precoce da alimentação complementar com o desenvolvimento de doenças atópicas” (MONTE; GIUGLIANI, 2004)

O tratamento dos PT deve ser realizado de forma que o aleitamento materno seja fundamental no processo saúde-doença, sendo fator predeterminante para um bom desenvolvimento infantil. A realização da amamentação conforme a faixa de idade adequada promove a saúde, desenvolvimento e nutrição. (GOMES; GUBERT, 2012) Quanto mais rápido se inicia essa prática, menores são as chances de mortalidade neonatal causada por

infecções (ODDY, 2013). O aleitamento materno fornece componentes nutricionais e promove o crescimento desejado, pois as funções imunológicas, respiratória, hepática e hemodinâmica dependem de um bom desenvolvimento nutricional (BRASIL, 2000).

Tendo em vista a importância do aleitamento materno na proteção e na promoção da saúde, o estabelecimento do início da amamentação em prematuros é fundamental para adequada ingestão nutricional possibilitando seu crescimento, estabilidade fisiológica e progresso na função de alimentação. O grande desafio para o início do aleitamento materno em prematuros consiste na ausência de instrumentos avaliativos que avalie a prontidão do prematuro na transição da alimentação oral para o seio materno (FUJINAGA et al., 2013).

√ BANCO DE LEITE HUMANO

No Brasil o primeiro banco de leite humano (BLH) surgiu em 1943, no Instituto Nacional de Puericultura com a função de realizar a coleta e distribuição do leite humano (LH), para situações como prematuridade, alergias, distúrbios nutricionais e outros. Com a expansão dos BLH em 1985, a coordenação do PNIAM instituiu um grupo técnico para a criação de normas técnicas de funcionamento dos BLH e fiscalização da implantação dos BLH pelo país, surgindo em 1988 o projeto Rede Nacional de Bancos de Leite Humano (ANVISA, 2008). Assim toda a rede dos BLH passou a ter suas ações embasadas em pesquisas e desenvolvimento tecnológico, adotando medidas de baixo custo e com controle de qualidade. Tendo os BLH total segurança técnica com o LH armazenado nos estoques e segurança com os investimentos em capacitação dos recursos humanos, estabelecendo assim estratégia de expansão dos BLHs pelo Brasil (ANVISA, 2008).

O BLH é fundamentalmente responsável por promover, proteger e apoiar o aleitamento materno e a execução da coleta láctea da nutriz, seleção, classificação, processamento, controle e distribuição, sendo vedada a comercialização dos insumos (BRITTO; BARBOSA; HAMANN, 2002; HINRICHSEN, 2004). Como também é especializado na coleta, controle da qualidade do colostro, leite de transição e leite humano maduro, respondendo não só pelo controle mais pela promoção e incentivo ao AM. (APRILE; FERFERBAUM, 2011).

O BLH deverá ter uma localização de acesso facilitado preferencialmente próxima a maternidade (APRILE; FERFERBAUM, 2011) e da UTIN para evitar dificuldades de acessibilidade das puérperas. Na construção do BLH na instituição de saúde, a estrutura física deve ser de acordo com padrões e normas técnicas já estabelecidas de funcionamento do BLH

para que a estrutura dê suporte às atividades exercidas pela equipe, de forma que tenha estrutura de fluxo unidirecional de pessoas e produtos, evitando possíveis cruzamentos, para recepcionar e atender as usuárias e demais demandas. O BLH deve possuir registros de suas atividades e das doadoras, sala de ordenha, sala de processamento e laboratório de controle biológico (RODRIGUES et al, 2013). No Hospital Regional da Ceilândia que é a unidade de intervenção do estudo o novo BLH foi inaugurado em 7 de agosto de 2013, ampliando sua capacidade em 100 % em relação a unidade anterior. Ocorreu a readequação do espaço do BLH, ampliado em 200 metros quadrados, sendo recebidos novos pasteurizadores, freezers e esterilizadoras (R7, 2013).

3.2 ALEITAMENTO MATERNO NO PREMATURO

Proporcionar adequada nutrição ao prematuro é favorecer o crescimento semelhante ao crescimento fetal, sendo hoje um grande desafio encontrado dentro da neonatologia. A adequada oferta nutricional favorece a sobrevivência, crescimento e desenvolvimento do prematuro sido reconhecida desde o século XIX. Ao desenhar a primeira unidade neonatal para prematuros em 1896, Pierre Budin enfatiza a importância do controle da temperatura, nutrição, controle de infecção e da presença materna junto do prematuro (BUDIN; NOURISSON; DOIN, 1907).

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) surgiu para a proteção, promoção, apoio do aleitamento materno e para tal deve atender os Dez Passos do Aleitamento Materno (OMS / UNICEF, 1989), porém a população de prematuros necessitam da implementação da IHAC-NEO e conseqüentemente a expansão para o atendimento do prematuro na UTI Neonatal. É necessário o estabelecimento de diretrizes internacionais que atendam o processo de lactação e viabilize o aleitamento materno em neonatos (NYGVIST et al., 2012). Tendo em vista o quadro dos prematuros internados em UTIN é fundamental o fornecimento precoce do aleitamento materno para o fornecimento adequado de nutrientes, favorecendo o bom desenvolvimento, evitando quadros de sepse neonatal, enterocolite necrosante e redução de retinopatia da prematuridade (MAAYAN, et al., 2012; ISAACS et al., 2010) Existe alguns desafios a serem vencidos no ambiente da UTIN, pois as condições clínicas dos prematuros é vista como desafio para o aleitamento materno, as barreiras físicas da UTIN para ordenha e oferecimento do aleitamento a livre demanda, número limitado de quartos no alojamento conjunto e falta de manejo da equipe (WHO/ UNICEF, 2009).

Em todo mundo vem ocorrendo alteração dos Dez Passos do Aleitamento Materno da IHAC para adaptar as realidades encontradas dentro das UTIN e vem sendo publicado estudos na área (NYGVIST et al., 2012). Assim gera abordagens alternativas não padronizadas sobre as políticas e praticas relacionada ao aleitamento materno dentro das unidades neonatais (NYGVIST et al., 2012).

4. METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa. A finalidade da pesquisa descritiva é observar, descrever e documentar os aspectos da situação. (POLIT; HUNGLER, 2004). Este estudo está inserido dentro de uma das fases de um projeto multicêntrico na qual Brasília consiste na unidade de intervenção na qual está sendo testada a IHAC- Neo. A pesquisa está ocorrendo simultaneamente em dez unidades neonatais, (05 intervenção e 05 controle) localizadas nas cinco regiões do Brasil (norte, nordeste, centro-oeste, sudeste e sul), lotadas em hospitais/maternidades públicos ou conveniados ao SUS de referência regional na atenção ao parto e recém-nascido, de apoio ao ensino e a pesquisa, com título de IHAC ou participante da estratégia Rede Cegonha do Ministério da Saúde, mínimo de 20 leitos neonatais, com UTIN, serviço de seguimento do PT, apoio de Banco de Leite Humano e altas taxas de prematuridade.

4.2 LOCAL DO ESTUDO E CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

A coleta de dados foi realizada em um Hospital Regional da Ceilândia no DF com as mães internadas na maternidade que tiveram seus filhos prematuros na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. A coleta de dados com as mães foram realizadas em um sala reservada. Os critérios de elegibilidade foram prematuros com idade gestacional < 37 semanas, internação na UN nas primeiras 48 horas de vida, excluindo-se aqueles com contraindicação para aleitamento materno (ex.: fístula gastroesofágica, fenilcetonúria, galactosemia etc.) (UNICEF, 2008).

4.3 AMOSTRA

O estudo foi realizado com 30 prematuros durante Agosto e Dezembro de 2014. Para esses dados basais foram coletados através de um instrumento desenvolvidos pelos pesquisadores envolvidos dados como: tipo de aleitamento materno (ex.: sonda, copinho, translactação) e início da amamentação do prematuro durante hospitalização; prevalência de AME do prematuro na alta hospitalar e após a primeira semana no domicílio (8^o-15^o dia após a alta hospitalar); condições de nascimento (ex.: idade gestacional, peso, Apgar) e saúde relacionadas com ausência de aleitamento materno (ex: infecções nosocomiais, enterocolite necrosante, tempo de internação, tempo de ventilação mecânica).

4.4 ANALISE DE DADOS

Os dados foram digitados duplamente em uma planilha do EXCEL para garantir a análise de consistência dos dados. Após a comparação das planilhas e correção das divergências, os dados serão exportados para o software *Statistical Package for the Social Sciences* - SPSS (versão 20.0) para a realização da estatística descritiva.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

De acordo com a Resolução 466/ 12 (BRASIL, 2012), foi mantido o anonimato dos participantes e obtida a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) pelas mães. Como se trata de uma parte de um projeto multicêntrico foi obtida autorização pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição coordenadora, com protocolo nº23975813.7.10015393.

5. RESULTADOS

Os resultados da pesquisa estão apresentados em duas seções: condições de saúde do prematuro e os dados relativos ao aleitamento materno com intuito de responder ao objetivo proposto.

5.1 CONDIÇÕES DE SAÚDE DO PREMATURO

Participou da pesquisa o total de 36 prematuros, sendo que destes houve a perda de segmento de 6 crianças, restando assim 30 prematuros.

Tabela 1- Classificação dos prematuros por sexo. Ceilândia- DF, 2014.

		f	%
Sexo	Masculino	16	53,33
	Feminino	14	46,66
	Total	30	100

Houve uma predominância na amostra do estudo do sexo masculino, conforme descrito na tabela acima.

Na tabela 2 apresentamos a idade gestacional, o método de avaliação da idade gestacional e distribuição o peso ao nascer dos prematuros.

Tabela 2- Classificação da idade gestacional em semanas, método de avaliação da idade gestacional e distribuição do peso ao nascer dos prematuros. Ceilândia- DF, 2014.

		f	%
Semanas	< 28	1	3,33
	28 a < 32	10	33,33
	32 a < 37	19	63,33
	Total	30	100
Método de Avaliação	DUM	3	10
	Capurro	24	80
	Ballard	3	10
	Total	30	100
Peso ao nascer (g)	< 1000 g	1	3,33
	1000 g a 1500 g	12	40
	1500 g a 2500 g	17	56,6
	Total	30	100

Na idade gestacional dos prematuros a menor incidência de nascidos prematuros foi de 1 (3,33 %) com menos de 28 semanas gestacionais e 19 (63,33 %) representa a maioria dos prematuros do estudo, que nasceram entre 32 e com menos de 37 semanas gestacionais.

Na tabela 2 observam-se as três formas de avaliação da idade gestacional que é um fator primordial no acompanhamento gestacional, pois é uma análise que considera o tempo desde a concepção até o nascimento. O dia da última menstruação (DUM) foi usado como instrumento de avaliação em 3 (10 %) dos prematuros, o método de Capurro em 24 (80 %) e em 3 (10 %) usaram o método de Ballard.

O peso ao nascer na amostra do estudo apresentou grande variabilidade, sendo que a maioria dos prematuros 17 (56,6 %) apresentou peso acima de 2.500 gramas.

A seguir, apresentamos a Tabela 3 com Classificação do Apgar no 1^o e 5^o minuto após o nascimento. Nesta variável tivemos uma perda de seguimento de 1 bebê, por falha no registro de instrumento dos assistentes de pesquisa, totalizando 29 prematuros para sua análise.

Tabela 3- Classificação do apgar no primeiro e quinto minuto após o nascimento. Ceilândia-DF, 2014.

	Classificação	f	%
Apgar no 1º minuto	2	2	6,6
	3	1	3,3
	4	1	3,3
	5	2	6,6
	6	3	9,9
	7	4	13,3
	8	10	33,3
	9	6	19,9
	Total	29	96,6
Apgar no 5º minuto	5	1	3,3
	6	1	3,3
	7	3	9,9
	8	9	29,9
	9	14	46,6
	10	1	3,3
Total	29	96,6	

A escala do apgar contribui para adequada classificação e determina a situação de saúde de todos recém-nascidos no primeiro e quinto minuto de vida. Na classificação do apgar no primeiro minuto de vida a maioria dos prematuros nasceu com uma boa classificação,

acima de 7 (66,5 %), comportamento semelhante ao quinto minuto, na qual a maioria nasceu com o apgar entre 8 e 9 (76,5 %).

A tabela 4 nos apresenta dados relativos à reanimação e a intercorrências clínicas após o nascimento.

Tabela 4- Relação dos prematuros que precisaram de reanimação (ventilação com pressão positiva com massagem cardíaca e ou medicação) e intercorrências clínicas ao nascimento. Ceilândia-DF, 2014.

		f	%
Reanimação	Sim	8	26,66
	Não	22	73,33
	Total	30	100
Intercorrências Clínicas	Tocotraumatismo	4	13,33
	Aspiração Meconial	1	3,33
	Outra	8	26,66
	Ignorado	4	13,33
	Não Houve	13	43,33
	Total	30	100

Dentre os prematuros na unidade de intervenção 8 (26,66 %) necessitaram de reanimação e 22 (73,33 %) não precisaram de nenhuma intervenção de reanimação. Das intercorrências ocorridas 13 (43,33 %) não obtiveram qualquer intercorrência clínica.

Na tabela 5 apresentamos dados relacionados ao contato materno pele a pele, assim como o tempo do canguru e amamentação.

Tabela 5 – Caracterização do contato pele a pele precoce, período e amamentação na primeira hora de vida. Ceilândia- DF, 2014.

Variáveis		f	%
Contato	Sim	9	30
	Não	21	70
	Total	30	100
Período	Imediatamente após o nascimento	8	26,66
	Ignorado	1	3,33
	Total	9	30
Amamentação primeira hora de vida	Sim	3	10
	Não	27	90
	Total	30	100

O contato pele a pele precoce ao nascimento é uma das estratégias usadas na IHAC-NEO e esteve presente em apenas 9 (30 %) dos casos, sendo que desses 8 (26,66 %) tiveram contato imediatamente após o nascimento. A amamentação na primeira hora de vida aumenta o vínculo mãe- bebê esteve presente em apenas 3 (10 %) casos.

Na tabela 6 apresentamos as principais patologias que acometeram os prematuros durante a sua internação.

Tabela 6 - Patologias que acometeram os prematuros durante a internação. Ceilândia- DF, 2014.

Patologias		f	%
Pneumonia	Sim	1	3,33
	Não	29	96,6
Sepse	Sim	7	23,33
	Não	23	76,66
Outras infecções	Sim	3	10
	Não	27	90
Síndrome do desconforto respiratório	Sim	24	80
	Não	6	20
Membrana hialina	Sim	1	3,33
	Não	29	96,6
	Total	30	100

As patologias que mais acometeram os prematuros na internação foram a síndrome do desconforto respiratório com 24 (80 %) e a sepse esteve presente em 7 (23,33 %). Outras patologias como displasia pulmonar, icterícia, hidrocefalia, sífilis congênita, insuficiência pulmonar apareceram na amostra em apenas um prematuro (3,3 %).

Na tabela 7 apresentamos o uso e o tempo do suporte ventilatório e da oxigenoterapia.

Tabela 7- Uso e tempo de suporte ventilatório e oxigenoterapia por prematuros. Ceilândia-DF. Brasília, 2014.

		f	%
Suporte ventilatório e oxigenioterapia	Sim	25	83,33
	Não	5	16,6
	Total	30	100
Tempo de uso: VMI/CPAP/BIPAP(dias)	1	9	29,9
	2	5	16,6
	3	2	6,6
	4	2	6,6
	5	1	3,33
	6	1	3,33
	7	1	3,33
	32	1	3,33
	Total	22	73,33
Tempo de uso: Capacete/Halo + Cateter+ Bigode + Oxigenio na Incubadora (dias)	1	4	13,3
	3	1	3,33
	10	1	3,33
	Total	6	20

O uso de suporte ventilatório pode ser usado devido à prematuridade e patologias que acometem o recém-nascido prematuro, o suporte ventilatório e a oxigenoterapia foi utilizada em 25 (83,3 %) dos prematuros. O tempo de uso da ventilação mecânica invasiva/ CPAP/ BIPAP (dias) teve maior incidência no primeiro dia com 9 (16,6 %) dos prematuros utilizando esses recursos, já no segundo dia teve a redução para 5 (13,9 %) enquanto nos dias seguintes terceiro e quarto a permanência do uso foi em 2 (6,6 %), e no quinto, sexto, sétimo e trigésimo segundo dia ficou cada dia com a incidência de 1 (3,3 %).

A utilização do capacete/ halo com cateter, bigode e oxigênio na incubadora, esteve mais presente no primeiro dia 4 (13,3 %) dos casos, no terceiro e décimo dia teve apenas 1 (3,3 %) em cada dia.

A tabela seguinte traz dados referentes ao tempo de internação na unidade neonatal. Em relação ao tempo de internação na UTIN tivemos uma perda de seguimento de 19 bebês, sendo analisados 17 prematuros para essa variável.

Tabela 8- Duração total da internação em dias na UTIN /UCIN. Ceilândia- DF, Brasília, 2014.

		f	%
Duração Total da Internação (dias)	4 -10	8	26,6
	11 – 21	4	13,3
	22 – 36	8	26,6
	41 – 53	5	16,6
	61 - 86	5	16,6
	Total	30	100
Internação na UTIN	Sim	17	56,6
	Não	13	43,3
	Total	30	100
Tempo de Internação na UTIN (dias)	3 – 13	9	29,9
	26 – 28	2	6,6
	31 – 39	4	13,3
	44 – 60	2	6,6
	Total	17	56,6
Internação na UCIN	Sim	30	100
	Não	0	0
	Total	30	100
Tempo de Internação na UCIN (dias)	1 – 8	14	46,6
	10 – 19	4	13,3
	21 – 29	8	26,6
	32 – 36	4	13,3
	Total	30	100

Na duração total da internação o maior número de prematuros internados foram de 4 a 10 dias e 22 a 36 dias com 8 (26,6 %). Em relação à internação na UTIN, uma grande parcela dos prematuros permaneceu nessa unidade (56,6 %) e ficaram internados de 3 a 13 (29,9 %) em sua maioria. A internação no UCIN ocorreu em todos os prematuros da amostra (100 %) da amostra, uma vez que, após sair da UTIN, o mesmo é encaminhado para UCIN antes de ir para o alojamento conjunto. Na UCIN, os prematuros ficaram internados de 1 a 8 dias 14 (46,6 %) em sua maioria.

Na tabela 9 apresentamos a internação na enfermaria canguru e o tempo de internação.

Tabela 9- Internação na enfermaria canguru e tempo de internação. Ceilândia- DF, 2014.

		f	%
Enfermaria Canguru	Sim	28	93,3
	Não	2	6,6
	Total	30	100
Tempo de internação em enfermaria Canguru	1 – 4	17	56,6
	5 – 8	8	26,6
	9 - 11	3	9,9
	Total	28	93,3

A tabela 9 representa as internações ocorridas na enfermaria canguru, onde o prematuro possui o contato maior com sua mãe favorecendo o aumento do vínculo mãe- bebê, beneficiando seu desenvolvimento e incentivo do aleitamento materno exclusivo. Na enfermaria canguru houve a internação de 28 (93,3 %) dos prematuros. O tempo predominante de internação foi de 1 a 4 dias de internação 17 (56,6 %).

5.2 DADOS RELATIVOS AO ALEITAMENTO MATERNO

A seguir apresentaremos dados relativos ao aleitamento materno com a amostra do estudo.

Tabela 10- Dados relativos ao início em horas, tipo e via de administração do aleitamento materno na internação. Ceilândia- DF, 2014.

		f	%
Idade no início do AM (horas)	10 – 24	9	30
	26 – 45	8	26,6
	59 – 72	5	16,6
	76 – 96	2	6,6
	105 – 120	4	13,3
	144 – 240	2	6,6
	Total	30	100
Tipo de leite no início do AM	Leite Materno	10	33,3
	Leite Humano/Materno do banco	7	23,3
	Leite Humano/materno + Fórmula infantil	13	43,3
	Total	30	100
Via de administração no início do AM	Oral	7	23,3
	Sonda	23	76,6
	Total	30	100
Técnica de administração no início do AM	Peito	5	16,6
	Translactação	1	3,3
	Copo	1	3,3
	Mamadereira/Chuca	3	10
	Gavagem/Seringa/BIC	17	56,6
	Ignorado	3	10
	Total	30	100

A idade prevalente da amamentação em horas após o nascimento foi de 10 a 24 horas com a incidência de 9 (30 %) nos prematuros. O tipo de leite no início da amamentação é levado em consideração na coleta de dados do estudo, sendo um dos fatores avaliativos da inserção do AM nos primeiros momentos de vida do RN. A alimentação mista (o leite humano/ materno com fórmula infantil) esteve frequente em 13 (43,3 %) da amostra do estudo.

A sonda foi à via de administração mais predominante para início do aleitamento materno em 23 dos prematuros (76,6 %). A técnica de administração no início do aleitamento materno por gavagem/seringa/BIC com 17 (56,6 %) dos casos e foi ignorado 3 (10 %), não houve registro.

Na tabela 11 apresentamos o peso e a idade na alta hospitalar.

Tabela 11- Peso e idade dos prematuros na alta hospitalar. Ceilândia- DF, 2014.

		f	%
Peso do RN na alta hospitalar (gramas)	< 1000 g	0	0
	1000g a 1500 g	0	0
	1500g a 2500 g	28	93,3
	> 2500 g	2	6,6
	Total	30	100
Idade corrigida do RN na alta hospitalar (dias)	245 – 259	14	46,6
	260 – 269	13	43,3
	272 – 373	3	10
	Total	30	100

O ganho de peso nos recém-nascidos e em especial os prematuros está entre os fatores determinantes para um adequado desenvolvimento e conseqüentemente alta hospitalar. A maioria dos prematuros teve na alta hospitalar um peso superior a 1500g e igual ou inferior a 2500g representando assim 28 (93,3 %) da amostra.

A idade corrigida dos recém-nascidos na alta hospitalar em dias teve a maior frequência de 245 a 259 dias com 14 (46,6 %).

A tabela 12 apresentamos dados relacionados ao tipo e técnica de aleitamento materno na alta hospitalar.

Tabela 12- Tipo de aleitamento materno e técnica de aleitamento materno na alta hospitalar Ceilândia- DF, 2014.

		f	%
Tipo de AM na alta hospitalar	AME	19	63,3
	AM	4	13,3
	Total	30	100
Técnica de AM na alta hospitalar	Peito	23	76,6
	Peito + Sonda	1	3,3
	Peito + Copo	3	10
	Peito + Mamadeira	3	10
	Total	30	100

O tipo de aleitamento materno predominante na alta hospitalar foi do AME com 19 (63,3 %), os demais se referiram a associação com fórmula infantil. A técnica prevalente na alta hospitalar foi peito com 23 (76,6 %) dos casos.

Na tabela 13 apresentamos o tipo de alimentação e a técnica de alimentação no domicílio.

Tabela 13- Dados referentes ao tipo de alimentação, técnica de alimentação no domicílio e se continuou com o aleitamento materno. Brasília, 2014.

		f	%
Tipo de Alimentação no domicílio	AME	18	60
	AM	11	36,6
	Aleitamento artificial/não AM	1	3,3
	Total	30	100
Técnica de alimentação em domicílio	Peito	26	86,6
	Peito + Mamadeira	2	6,6
	Mamadeira	2	6,6
	Total	30	100
Sem AM: Leite Secou	Sim	2	6,6
	Não	28	93,3

O tipo de alimentação no domicílio mais frequente foi do AME com 18 (60 %), e a amamentação associada com fórmula infantil 11 (36,6 %). A técnica mais prevalente de alimentação no domicílio foi no peito com 26 (86,6 %). Os que não tiveram o aleitamento materno pela ausência de produção láctea foram 2 (6,6 %).

5. DISCUSSÃO

O aleitamento materno no prematuro é proposto com base nas propriedades imunológicas, proporcionando a maturação gastrointestinal e favorecendo o vínculo mãe/bebê (NASCIMENTO; ISSLER, 2003). No desenvolvimento do recém-nascido é esperado que o seu sistema neuromuscular possua a capacidade de sugar, respirar e deglutir, porém considerando que a deglutição apareça por volta da 11ª semana de gestação, a sucção por volta da 32ª e a coordenação de sucção, respiração e deglutição por volta da 34ª semana gestacional, logo o prematuro pode não está apto para realizar tais habilidades (BU'LOCK; WOOLRIDGE; BAUM, 1990; DOUGLAS, 2002).

Os prematuros podem apresentar dificuldade na realização da função de sucção em função da imaturidade (NEIVA; LEONE, 2007). A promoção da segurança e da eficiência alimentar para o prematuro é um dos principais focos da atuação nestes recém-nascidos, e relaciona-se com a habilidade da sucção e da coordenação da sucção, da deglutição e da respiração (HERNANDEZ, 2003; LAU; SMITH; SCHANLER, 2003; LEONE; RAMOS; VAZ, 2002; MIZUNO; UEDA, 2003).

Existem fatores que influenciam na sucção do prematuro, como: a idade do RN, fome e tempo de sucção, fadiga, saciedade, pressão de sucção, fluxo de leite e o tipo de mamilo materno (HACK; ESTABROOK; ROBERTSON, 1985; HERNANDEZ, 2003; SCHEEL; SCHANLER; LAU, 2005). Sendo importante compreender, que os prematuros possuem especificidades para a amamentação, por desenvolver uma sucção com períodos curtos e intercalar com a respiração, esses intervalos podem levar a mãe a retirar o RN precocemente do peito levando ao desmame e redução da produção láctea (MEIER; PUGH, 1985; MORRIS; KLEIN, 2000). Sabendo disso cabe à equipe de enfermagem orientar a mãe sobre o estado de sonolência constante dos prematuros, da dificuldade nas habilidades motoras orais devido à imaturidade neurológica, alterações na mobilidade lingual e diminuição de tecido adiposo nas bochechas, resultando assim em alterações que dificultam ainda mais a sucção (EINARSON, et al, 1994).

Para auxiliar o prematuro nessa fase de imaturidade são usados meios que sevem de via de administração do aleitamento materno, por exemplo, a sonda. A alimentação por sonda gástrica é amplamente utilizada em prematuros que ainda não coordenam a sucção-deglutição-respiração (SCOCHI, et al, 2008). No estudo os prematuros que tiveram o aleitamento materno administrado por sonda correspondeu a 76,6 % da amostra enquanto os que tiveram o aleitamento por via oral foram 23,3 %. Assim infere-se que na rotina da

unidade de intervenção do estudo foi utilizada a sonda até que os recém-nascidos prematuros tivessem a habilidade de coordenação da sucção- deglutição- respiração.

Um estudo quantitativo, observacional e transversal, realizado com 48 RNPT no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, teve por objetivo descrever a amamentação em bebês pré-termo de muito baixo peso e associações com disfunções orais e apego mãe-bebê. No estudo ocorreu divergência ao que estamos apresentando, pois dos 48 RNPT 100% fizeram o uso de sonda. A conclusão desse estudo foi que os componentes do sistema oral estão associados à qualidade da alimentação destes prematuros, sugerindo que a avaliação precoce da amamentação pode detectar dificuldades que a colocam em risco (DELGADO; HALPERN, 2005).

A nutrição enteral frequentemente inicia com a utilização da sonda nasogástrica, orogástrica ou jejunal, sendo infundidos volumes mínimos que gradativamente aumenta de acordo com a necessidade de cada prematuro, sendo utilizada a técnica de gavagem intermitente. A preferência deve ser da sondagem orogástrica, pelo fato de não comprometer a permeabilidade das vias aéreas superiores, visto que no RN o mecanismo de respiração é eminentemente nasal e não nasal e/ou bucal, como no adulto. Entretanto deve estar atento ao uso prolongado das sondas na cavidade oral que pode contribuir para alterar as estruturas orais. E seu uso está sendo relacionado à maior estimulação vagal, podendo provocar bradicardia e episódios de dessaturação (CARVALHO; TAMEZ, 2002; DELGADO; HALPERN, 2005, SILVA, et al., 2000). Já a sondagem nasogástrica deve ser utilizada somente quando se inicia a alimentação oral, tomando-se o cuidado de alternar as narinas e de fixar a sonda com técnica e adesivos adequados, evitando-se traumatismo nasal e da pele (SILVA, et al., 2000).

A sonda deve ser utilizada com a técnica e materiais adequados, atentando aos sinais como: náuseas, vômitos, desconforto respiratório indicado por batimento de asa de nariz, tiragem intercostal, cianose e queda de saturação. Recomenda-se que a troca de sonda seja periódica, instituída por cada unidade. Sempre testá-la antes da administração de alimentação para garantir seu posicionamento correto (SILVA, et al., 2000).

O prematuro internado em uso de sonda gástrica deve ser avaliado considerando que o leite materno deve ser oferecido de forma que contribua para a futura transição para o seio materno (FUJINAGA, et al., 2013). A técnica utilizada no estudo no início do aleitamento materno que teve a maior frequência foi a gavagem / seringa/ BIC com 56,6 % seguida do peito (seio materno) com 16,6 %, depois mamadeira/ chucha com 10 % e as demais foram copo e translactação com 3,3 % da amostra.

No estudo estão sendo apresentadas as vias por sonda e oral no início do aleitamento materno, sendo a técnica de administração predominante por gavagem/ seringa/ BIC. Na assistência essa técnica consiste no leite ser administrado por seringa descartável com êmbolo conectado à sonda gástrica, cuja velocidade de infusão é controlada de acordo com a prescrição de cada prematuro (SCOCHI, 2010).

Em um estudo retrospectivo realizado em um hospital universitário em Ribeirão Preto-SP no prontuário de 116 prematuros, teve por objetivo identificar a transição da alimentação gástrica para via oral quanto à maturidade e peso do prematuro, vias e técnicas de administração e duração da transição até a alimentação oral exclusiva. O resultado do estudo mostrou que no período de transição foram utilizadas uma ou mais técnicas de administração do leite. O uso da gavagem predominou em especial com 89,5%, seguida pelo seio materno e copo. Esse estudo é correspondente ao que está sendo apresentado em nosso estudo, em relação à predominância da gavagem com 56,6% e do seio materno com 16,6% da amostra (SCOCHI, 2010).

O aleitamento materno por via oral deve iniciar considerando fatores que vão além da idade gestacional, como aspectos referentes: ao peso, funcionamento global, estado comportamental, presença de reflexos orais, características do sistema estomatognático, capacidade de sucção, balanço calórico, quadro respiratório, intercorrências clínicas e estabilidade clínica. Os prematuros com ou sem histórico de intercorrências clínicas importantes submetidos à técnica de desmame direto da sonda para o seio materno, conseguem mamar efetivamente neste. A técnica de desmame direto da sonda para o seio materno em prematuros pode trazer benefícios ao sistema estomatognático do bebê, e o aleitamento natural também deve refletir numa melhora do desenvolvimento global do prematuro, da saúde materna e das relações afetivas da família (MEDEIROS, et al., 2011).

Na sucção do seio materno, o recém-nascido prematuro faz esforço com os músculos da face para extrair o leite do peito, estimulando, desenvolvendo e fortalecendo as estruturas orais, como: os lábios, língua, bochechas, ossos e músculos da face (PRIVANTE; MEDEIROS, 2006).

O aleitamento materno em seio precisa ser analisado individualmente para cada prematuro, pois não se deve instituir regras quanto à idade gestacional e o peso, pelo fato de se poder retardar esse início, prolongando a alimentação por sondas, copinho ou mamadeira (BOMFIM; NASCIMENTO, 2007). A atuação das mães de recém-nascidos prematuros nos cuidados diários e o contato pele a pele representam um diferencial no atendimento. A equipe

deve proporcionar a auto- confiança e autonomia dos pais, gerando interação positiva para o prematuro. A interatividade materna, facilitada pelo contato pele a pele, contribui para o estabelecimento da amamentação em livre demanda, controle das habilidades fisiológicas, melhor organização nos ciclos do sono, além de uma melhor organização dos estados comportamentais, havendo, portanto, menos sinais de estresse. Sendo assim um fator de proteção para a amamentação exclusiva no momento da alta hospitalar (PENALVA; SCHWARTZMAN, 2006, VENANCIO; ALMEIDA, 2004).

O uso do copinho e da mamadeira são métodos alternativos eficientes ao aleitamento materno; entretanto, a mamadeira não estimula adequadamente o crescimento e desenvolvimento dos músculos da face, a respiração e a deglutição, podendo contribuir para a instalação de má-oclusão, hábitos orais deletérios e alterações na fala (MENINO, et al., 2009). O copinho vem se tornando um método frequente de alimentação de recém- nascidos nos berçários, incentivada pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança, uma vez que é uma técnica alternativa de alimentação. O principal objetivo desta técnica é promover um método artificial de alimentação seguro para os prematuros de baixo peso, até que estejam aptos a realizar a amamentação exclusiva no peito (GUTIERREZ, et al., 2006). No estudo o uso de mamadeira esteve presente em 10 % da amostra enquanto o copo apenas em 3,3 %.

Caso o prematuro apresente prontidão oral para receber alimentação por via oral, a translactação é uma boa opção, e esteve presente em apenas 3,3 % da amostra apresentada no estudo, pois é um método que consiste no estímulo precoce à sucção e o lactente poderá desfrutar de todas as vantagens que o leite materno lhe proporcionará (FUJINAGA, et al, 2013). A translactação, além de auxiliar na transição da alimentação por sonda gástrica para o seio materno, também contribui para o aumento da produção de leite em mães com baixa produção láctea, estimulando a descida do leite. A técnica consiste no leite ordenhado pela mãe é colocado em um recipiente ou seringa, uma ponta da sonda é conectada a essa seringa e a outra ponta é fixada próxima à aréola do seio materno. O bebê, ao sugar o seio materno, recebe o leite tanto do recipiente como da mama. É uma prática que envolve mecanismos fisiológicos para realizar a transição da alimentação pela sonda ao seio materno (BRASIL, 2009).

No estudo a idade dos prematuros no início do aleitamento materno teve maior prevalência nas primeiras 24 horas de vida com 9 (30 %), seguido das próximas 45 horas com 8 (26,6 %), o que é favorável para o incentivo do aleitamento materno. Segundo Edmond (EDMOND, et al., 2006) a amamentação a partir do primeiro dia de vida pode evitar 16% das mortes neonatais. Essa taxa pode se elevar para 22% se a amamentação for antecipada para a

primeira hora após o parto, representando um incremento considerável na diminuição dos riscos de morte numa etapa crucial para a sobrevivência e desenvolvimento da criança (CAMINHA, et al, 2010).

Em um estudo transversal, realizado em Recife no alojamento conjunto do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, em Recife, teve por objetivo identificar a prevalência do aleitamento na primeira hora de vida, os fatores associados a sua prática e as razões para a não ocorrência do aleitamento materno em um hospital Amigo da Criança no nordeste brasileiro. Dos 562 recém-nascidos (RN) estudados, apenas 174 (31%) mamaram na primeira hora de vida. Sendo que o resultado do estudo relatado, está bem abaixo das recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), esse resultado, o estudo atribuiu em grande parte às condições próprias de um hospital de nível terciário, cuja demanda é constituída predominantemente por casos de pacientes de médio e elevado risco obstétrico (BATISTA; FIGUEIRO; CAMINHA, et al., 2014).

No estudo apresentamos que o aleitamento materno na primeira hora de vida esteve presente em apenas em 10 % sendo que 90 % da amostra não obteve amamentação na primeira hora de vida. Esse índice de 90 % foi altíssimo se comparado a toda a amostra do estudo. Lembrando que o aleitamento na primeira hora de vida promove crescimento adequado sem produzir efeitos metabólicos indesejáveis. Além disso, as funções imunológicas, respiratória, hepática e hemodinâmica dependem da higidez nutricional para seu bom desempenho (NASCIMENTO, ISSLER, 2003).

A UNICEF e a OMS orientam colocar os recém- nascidos em contato com suas mães imediatamente após o parto, durante pelo menos uma hora e encorajá-las a reconhecerem quando estejam prontos para mamar, oferecendo ajuda, se necessária (WHO; UNICEF, 2009). O estímulo à amamentação por meio do contato do binômio mãe e filho (também chamado pele a pele) na sala de parto corresponde ao quarto passo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) (OMS; UNICEF, 2009). Do estudo os prematuros que tiveram contato foram 9 (30 %) da amostra sendo que desses 26,6 % tiveram o contato imediatamente após o nascimento.

A relação continua entre mãe e recém- nascido proporciona receptividade e adaptação mais precoce, dando continuidade ao vínculo que começou a ser estabelecido já na vida intra- uterina (WEI, et al., 2012). O contato íntimo e precoce, o aconchego, o toque, o olhar e o aleitamento materno logo após o nascimento são algumas das ações que a equipe de saúde deve estimular para o desenvolvimento saudável do vínculo entre a mãe e o seu bebê ainda na sala de parto (SOUZA, et al., 2013).

Em um estudo de abordagem qualitativa e de caráter descritivo, recorte de uma pesquisa multicêntrica realizado no hospital da Universidade Federal de Pelotas com 10 puérperas adolescentes teve como objetivo conhecer as experiências das puérperas adolescentes sobre o primeiro contato com seu bebê na sala de parto. Onde ficou constatado que dessas puérperas apenas com 2 adolescentes ocorreu o contato íntimo e precoce pele a pele entre mãe-bebê ocorrendo ainda na sala de parto, dando continuidade ao vínculo afetivo iniciado já na vida intra-uterina (FUCKS, et al., 2015)

Conforme o preconizado pela OMS, o quarto passo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança para o sucesso do aleitamento materno é auxiliar as mães a iniciarem amamentação na primeira meia hora após o nascimento, assim como o contato pele a pele precoce e prolongado no período pós-parto imediato. Esse ato pode prolongar o aleitamento materno até os 6 meses (OMS, 2001). O recém-nascido prematuro nem sempre possui condições que permitam o contato maternal pele a pele (FUCKS, et al., 2015) e amamentação na primeira hora de vida. A separação brusca logo após o nascimento é evidenciada e o recém-nascido é privado dos cuidados da mãe e de toda sua família.

O tipo de leite recomendado para o recém-nascido prematuro é o leite materno da própria mãe. Sendo o LH composto por várias substâncias adequadas às necessidades nutricionais e peculiaridades dos recém-nascidos. O leite materno contém células vivas como macrófagos, linfócitos, entre outros, e uma grande variedade de fatores ativos biológicos como a IgA, a lactoferrina, a vitamina B12, bem como um grande número de hormônios como esteróides, tiroxina, gonadotrofinas, prolactina, eritropoetina, melatonina, etc. O colostro, a primeira secreção produzida pela glândula mamária, possui um alto teor calórico (58 calorias/100ml), proteico, de sódio, potássio e anticorpos. Sendo que a sua produção inicia-se, na maioria das vezes, 18 a 24 horas após o parto (TAMEZ; SILVA, 2002).

Para combater a desnutrição precoce e reduzir a morbimortalidade infantil, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o aleitamento materno exclusivo (AME) até o sexto mês de vida e a e a sua complementação até os dois anos de idade ou mais. (WHO, 2008). No estudo o tipo do leite materno no início da amamentação na internação hospitalar teve três variações: o leite materno com 33,3 %, leite humano/materno do banco de leite com 23,3 % e leite humano/materno mais fórmula infantil com 43,3 % da amostra. O leite materno tem sido o maior incentivo para alimentação dos prematuros em UTIN, incluindo o leite ordenhado do seio materno e imediatamente oferecido ao recém-nascido, quanto o encaminhado pelo banco de leite (leite humano processado). Assim em situações em que a

mãe está distante do RNPT ou quando não possui a capacidade de sucção ao seio materno é orientada a coleta e estocagem do leite materno (VIEIRA, et al., 2004).

Dentre os fatores reconhecidos por interferir no sucesso do aleitamento materno é a administração de complementos alimentares nas primeiras horas de vida. Segundo Meirelles et al., administrar substitutos do leite materno ao recém-nascido pode encorajar a mãe a fazer o mesmo ao retornar para casa, acreditando ser incapaz de produzir leite suficiente. Além disso, o uso do complemento diminui a frequência e a efetividade da sucção, reduzindo a quantidade de leite retirado das mamas e, conseqüentemente, retardando a produção ou diminuindo o volume de leite. Conseqüentemente, pode desestimular a manutenção do aleitamento materno exclusivo (BEAKE, et al., 2012; VENANCIO; ALMEIDA, 2004). No estudo houve grande prevalência de leite humano/ materno mais formula infantil, o que leva a questionamentos se a prescrição da formula infantil entra como complementar devido a não prontidão da mãe para a coleta do leite materno ou por ser uma pratica institucional.

A qualidade do leite produzido pela mãe no recém- nascido prematuro nas primeiras semanas pós- parto é com maior concentração de nitrogênio, proteínas, lipídeos totais, ácidos graxos de cadeia média, vitaminas A, D e E, cálcio, sódio, energia e uma seleção de propriedades antiinfecciosas. Essas diferenças estão ajustadas à necessidade única do prematuro e desaparecem após o primeiro mês de lactação (TAMEZ; SILVA, 2002; RIBEIRO, 2000; NASCIMENTO; ISSLER, 2004) sendo assim de fundamental importância o início o quanto antes da oferta do leite materno.

Em um estudo prospectivo realizado por Menezes et al. em 2014, teve por objetivo avaliar a evolução clínica, o crescimento e a taxa de aleitamento materno exclusivo de recém-nascidos prematuros assistidos pelo Método Canguru, ao nascimento, na alta e aos seis meses. Na análise observou-se que dos 137 prematuros prevaleceu 86 (62,8 %) do sexo feminino. O peso ao nascer médio estava entre 1001g á 1500 g em 47,5 %, a idade gestacional em semanas foi mais prevalente de 30 á 34 semanas em 76,6 % , o apgar no 1º minuto menor que 7 em 45,4% e apgar no 5º minuto menor que 7 em apenas 6,0 % dos prematuros. Já o aleitamento materno exclusivo na alta hospitalar teve a média de 56,2 %. Concluindo que aos seis meses de idade a taxa de AME nos prematuros foi baixa.

Os dados do estudo apresentado por Menezes foi divergentes em alguns aspectos ao que estamos apresentando, sendo eles: o sexo masculino teve maior proporção 16 (55,3 %), o peso ao nascer entre 1500 g á 2500 g com 17 (56,6 %), a idade gestacional em semanas com maior prevalência de 32 a menos de 37 semanas com 19 (63,3 %) dos prematuros. O apgar no

1º minuto com classificação inferior a 7 em 9 (29,7 %) e apgar no 5º minuto com classificação inferior a 7 em 2 (6,6 %).

A condição clínica do prematuro pode se tornar um motivador para a elevação do índice de desmame precoce, por fatores como: o retardo da sucção em seio materno, tempo de internação hospitalar e exaustão materna (GAIVA et al., 2000). O Método Canguru é uma estratégia criada para atender os recém-nascidos prematuros ou de baixo peso ao nascer, que incentiva o aleitamento materno estimulando o contato pele a pele, favorecendo a produção láctea e reafirmando o vínculo mãe/ bebê (BRASIL, 2000). Na unidade de intervenção tem a enfermaria canguru onde 28 (77,8 %) da amostra foi beneficiada com o tempo médio de permanência de 1 à 4 dias em 17 (56,6 %) dos prematuros. Os benefícios da enfermaria canguru são motivadores para aleitamento materno exclusivo permitindo que a mãe tenha maior contato com o bebê.

Em um estudo realizado por Maia e Souza em 2010 (MAIA; SOUZA, 2010), teve por objetivo estimar a proporção de baixo peso ao nascer e identificar fatores relacionados. O estudo considerou baixo peso o inferior a 2500 g. O estudo transversal analisaram 32.220 declarações de nascidos vivos do estado do Acre no período de 2006 e 2007. A proporção do baixo peso ao nascer foi de 9,13 % e como fator relacionado o principal é a prematuridade. Sabe-se que os problemas associados ao BPN envolvem maior morbimortalidade infantil, com risco maior de morrer ou adoecer no primeiro ano de vida (MCCORMICK, 1985). Por isso, o baixo peso ao nascer tem sido alvo de vários estudos epidemiológicos com o objetivo de identificar os seus fatores de risco, na tentativa de elaborar intervenções que possam reduzir estes fatores e prevenir a ocorrência do mesmo. O BPN esteve presente em todos os 30 prematuros que apresentados no estudo, tendo em vista que é uma pesquisa que relata a prematuridade com a amostra de idade gestacional inferior a 37 semanas, já no estudo de Maia e Souza a amostra considerou todos os recém-nascidos tanto a termo como pré-termo.

Entre as patologias que acometeram os prematuros no período da internação foram com maior prevalência a sepse com 7 (23,3 %) dos casos e a síndrome do desconforto respiratório 24 (80 %). A sepse é definida como uma síndrome clínica associada à resposta inflamatória sistêmica (HERRMANN, 2008). A sepse é caracterizada por manifestações devida à invasão e proliferação de bactérias na corrente sanguínea, podendo ter alta mortalidade e morbidade neonatal (MIURA, et al., 1999). Estudos apontam que a sepse neonatal seja um fator de risco para o atraso do desenvolvimento, paralisia cerebral e mortalidade neonatal (HAN, et al., 2002). O recém-nascido (RN) esta propenso a desenvolver sepse tanto por fatores intrínsecos relacionados à imaturidade imunológica e as barreiras

protetoras, quanto a aspectos extrínsecos devido as diversas intervenções associadas à internação prolongada em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) (MUSSI-PINHATA; REGO, 2005).

A Síndrome do Desconforto Respiratório é causada geralmente pela deficiência das trocas gasosas devido à imaturidade pulmonar e a deficiência de surfactante que é um hormônio essencial para o não colapso dos alvéolos devido à diferença de pressão intra-alveolar. O hormônio é composto por uma mistura de proteínas e lipídeos e tem, de forma geral, seus benefícios associados à capacidade de diminuição da tensão intra-alveolar para valores que facilitem a difusão de oxigênio (GUGLIOTTI, 2000).

Os procedimentos de reanimação são mais frequentes em recém-nascidos com menor idade gestacional e /ou menor peso ao nascer (ALMEIDA, et al., 2007, ALMEIDA, et al., 2008). Para realização da reanimação é necessário avaliar a respiração e a frequência cardíaca, sendo essa a determinante para iniciar as manobras da reanimação. Ao nascimento é esperado que o recém-nascido tenha a respiração regular e que consiga manter a frequência cardíaca acima de 100 batimentos por minuto (bpm) (ALMEIDA; GUINSBURG, 2013). A frequência cardíaca é avaliada através da ausculta no precórdio com estetoscópio, podendo eventualmente ser verificada pela palpação do pulso na base do cordão umbilical. Tanto a ausculta precordial quanto a palpação do cordão podem subestimar a frequência cardíaca (KANLIM, et al., 2006).

No estudo prospectivo do tipo coorte, realizado na Maternidade do Hospital Regional da Asa Sul, em Brasília, com prematuros internados na UTI neonatal, teve por objetivo avaliar a sobrevida e complicações associadas à prematuridade em recém-nascidos com menos de 32 semanas. Teve como resultado o nascimento de 795 prematuros representando 13,2 % do total de nascimentos dessa unidade nesse período de tempo sendo que desses 198 (3,3%) eram com menos de 32 semanas gestacionais (MARGOTTO, 2012). Desses 80 % necessitou de reanimação. Assim essa pesquisa é bem divergente ao resultado que foi relatado anteriormente onde a reanimação esteve presente em 26,6 % dos casos.

A intercorrência clínica mais frequente no estudo foi o toco-traumatismo com 13,3 % da amostra. Os diferentes atos tococirúrgicos, operações e manobras obstétricas, a simples parturição, prolongada ou excessivamente rápida, a demora no período expulsivo, podem originar lesões diversas, os toco-traumatismos, tanto na gestante quanto no concepto (REZENDE, 2002). Em relação ao toco-traumatismo pode estar relacionada também a interferência mecânica da macrosomia, prematuridade, apresentações anômalas, trabalho de

parto prolongado, distocias, desproporção cefalopélvica, operação cesariana e ao uso do fórceps (MADI, et al., 2010).

Com o avanço dos estudos e das tecnologias, a neonatologia tem conseguido proporcionar a redução da mortalidade infantil e favorecer a sobrevivência de recém-nascidos prematuros. Algumas terapias desenvolvidas nessa área gera um grande impacto na sobrevivência de neonatos prematuros, por exemplo: o suporte de ventilação mecânica, nutrição parenteral e outros (BLENCOWE, et al., 2012). Os prematuros do estudo que necessitaram de suporte ventilatório e oxigenoterapia foram 83,3 % da amostra, ou seja, o número bem considerável de prematuros que nasceram com necessidade desse tipo de suporte. A maior prevalência de dias com o uso da VMI/ CPAP/ BIPAP foram ao primeiro dia com 9 (29,9 %) da amostra de prematuros equivalendo tempo do Capacete/Halo + Cateter + Bigode + Oxigênio na incubadora que obteve maior prevalência também no primeiro dia com 13,3 % da amostra.

O modo de Pressão Positiva Contínua nas vias Aéreas (CPAP) é uma modalidade ventilatória na qual é aplicada uma pressão contínua nas vias aéreas durante todo ciclo respiratório, ou seja, pressão durante a inspiração igual à pressão durante a expiração. A utilização de CPAP é dependente do esforço respiratório inicial do paciente, que deve se mostrar cooperativo e apresentar respiração espontânea eficaz, não sendo efetiva durante o momento de apnéia. O nível de consciência e cooperação são importantes, principalmente com o intuito de minimizar o risco de vômitos e aspiração de conteúdo gástrico (GLUECKER; CAPASSO; SCHNYNDER, et al., 2010).

Já a Pressão Positiva Bifásica nas Vias Aéreas (BIPAP) é uma modalidade ventilatória pressórica que permite ajuste de pressão positiva durante a inspiração e a expiração de forma independente. Esses ventiladores ciclaram entre dois níveis de pressão positiva: um nível pressórico mais elevado durante a inspiração, que auxilia a ventilação, e outro menor durante a expiração (CARVALHO; JOHNSTON, 2006).

No domicílio dos prematuros 15 dias após a alta hospitalar o aleitamento materno exclusivo esteve presente em 60 % dos RNPT enquanto o aleitamento materno esteve presente em 36,6 %.

Um estudo observacional e transversal realizado na Santa Casa de Misericórdia em Porto Alegre teve por objetivo avaliar recém-nascidos prematuros durante a primeira oferta de seio materno em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Como resultado observou-se que todos os recém-nascidos (100%) tinha como causa principal da internação a

prematuridade que estava associada a outros fatores clínicos. Ao comparar os dados do prontuário, da entrevista e da avaliação da mamada, observou-se que a variável dia de vida apresentou resultado estatisticamente significativo com forte correlação com as condições da pega do recém-nascido ao peito. Quanto mais dias de vida, melhores as condições de pega do RN ao peito. A idade gestacional corrigida apresentou resultados estatisticamente significantes com forte correlação com as condições da pega do RN ao peito (SILVA; ALMEIDA, 2015). Esse estudo reafirma os resultados que estão sendo apresentados, principalmente o referente ao aleitamento materno em domicílio que obteve alta prevalência de seio materno como técnica de administração do leite com 86,6 %.

6. CONCLUSÃO

O presente estudo pode através da análise dos dados na internação, alta e domicílio do aleitamento materno e da condição de saúde dos prematuros, avaliar se a unidade de intervenção está conseguindo seguir o que é preconizado na IHAC como os Dez Passos do Aleitamento Materno e a implementação e vinculação de outros programas como Método Canguru, Rede Cegonha, a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (BLH) e outros. Assim através da análise dos dados é possível estruturar e avaliar a implementação da IHAC Neonatal de forma que ocorra o aperfeiçoamento da prática e aprimoramento do cuidado.

No estudo em sua fase inicial teve um grande desafio que foi a coleta dos dados em questionário próprio da pesquisa e a coleta das assinaturas do Termo de Consentimento e Livre Esclarecimento, pois boa parte das mães que tiveram o parto na unidade de intervenção são residentes de outros estados e deram números de telefone para contato em que os colaboradores da pesquisa não conseguiam entrar em contato posterior para entrevista do aleitamento no domicílio.

No prematuro o desenvolvimento alimentar é delicado necessitando de uso de tecnologias, estudos, equipe capacitada e principalmente do incentivo materno, a complexidade que envolve o prematuro vai além dos protocolos já estabelecidos é necessário dedicação e análise individualizada, onde as decisões sobre o tipo alimentação, a forma que é oferecida, quantidade sejam pautados em políticas voltadas às especificidades da prematuridade.

A equipe de enfermagem deve ser capaz de reconhecer as necessidades e sentimentos maternos a fim de oferecer informações adequadas, em momentos oportunos, evitando proporcionar desconforto e confusão, que podem negativamente influenciar no aleitamento materno. Nesse momento delicado de afastamento da mãe e do recém-nascido prematuro é importante incluir a mãe nos cuidados do seu bebê, dar oportunidade relacionar-se com ele estimulando o vínculo e o contato pele a pele, com ações de humanização é possível reduzir sentimentos de exclusão devido à permanência em ambiente hospitalar.

Assim o estudo favorece que a UTIN tenha uma assistência em saúde organizada com apoio multiprofissional e interdisciplinar para a viabilização e incentivo do aleitamento materno, com ações educativas durante a internação e no preparo para a alta hospitalar e acompanhamento pós-alta, que pode facilitar a adesão das mães ao aleitamento materno, ao incentivar e apoiar na superação de obstáculos frente à amamentação do bebê prematuro.

7. REFERÊNCIAS

ALENCAR, S. M. S. A política nacional de aleitamento materno. O aleitamento materno no contexto atual. Políticas, práticas e bases científicas. **Sarvier**. p. 70-101. São Paulo, 2008.

ALMEIDA, M. F. B.; GUINSBURG, R. **Reanimação neonatal em sala de parto**: Documento Científico do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria. 2013. Disponível em: < <http://www.sbp.com.br/pdfs/PRN-SBP-Reanima%C3%A7%C3%A3oNeonatal-atualiza%C3%A7%C3%A3o-1abr2013.pdf> > Acessado em: 17 de novembro de 2015.

ALMEIDA, M. F.; GUINSBURG, R.; COSTA, J. O.; ANCHIETA, L. M.; FREIRE, L. M.; JUNIOR, D. C. Resuscitative procedures at birth in late preterm infants. **J Perinatol**, v. 27, n.12, p.761- 765. 2007.

ALMEIDA, M. F.; GUINSBURG, R.; MARTINEZ, F. E.; PROCIANOY, R. S.; LEONE, C. R.; MARBA, S. T. et al. Perinatal factors associated with early deaths of preterm infants born in Brazilian Network on Neonatal Research centers. **J Pediatr**, v. 84, n. 4, p. 300- 307. Rio de Janeiro, 2008.

ANVISA. **Banco de leite humano**: funcionamento, prevenção e controle de riscos/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 160 p. Brasília, DF. 2008.

APRILE, M. M.; FERFERBAUM, R. Banco de Leite Humano. **Atheneu**. Rio de Janeiro, 2011.

BATISTA, M. F.; FIGUEIRO, A. J. N.; CAMINHA, M. F. C. **Aleitamento materno na primeira hora de vida em um Hospital Amigo da Criança**: prevalência, fatores associados e razões para sua não ocorrência. 2014.

BEAKE, S.; PELLOWE, C.; DYKES, F.; SCHMIED, V.; BICK, D. A systematic review of structured compared with non-structured breastfeeding programmes to support the initiation and duration of exclusive and any breastfeeding in acute and primary health care settings. **Matern Child Nutr**, v. 8, n.2, p. 141-61. 2012.

BLENCOWE, H. et al. National, regional and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. **Lancet**, v. 379, n. 2, p. 162-2.17, London, 2012.

BOCCOLINI, C. S. et al. Breastfeeding can prevent hospitalization for pneumonia among children under 1 year old. **Jornal de pediatria**, v. 87, n. 5, p. 399-404, 2011.

BOMFIM, D. A. S.; NASCIMENTO, M. J. P. Cuidados de enfermagem, amamentação e prematuridade. **Rev Enferm UNISA**, v. 8, p. 17- 22. 2007.

BRASIL. Agenda Pública - Agência de Análise e Cooperação em Políticas Públicas. **Guia para a Municipalização dos Objetivos do Milênio** - Referências para a adaptação de indicadores e metas à realidade local. São Paulo, 50 p. 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. CONASS. Brasília, 2003.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Departamento de Informação e informática do SUS**. Cadernos de Informações de Saúde. Datasus. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). **Resolução nº 466**. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história**. p 80 – (Série I. História da Saúde). Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo das ações de alimentação e nutrição na Rede Cegonha**. Ministério da Saúde. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Normas de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

BRASIL Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. Diário Oficial da União. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SAS nº 756 de 16 de dezembro de 2004**. Estabelece as normas para o processo de habilitação do Hospital Amigo da Criança integrante do Sistema

Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Seção 1 (242): 992004. Brasília- DF, 17 de dezembro de 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar.** Caderno de Atenção Básica, n.23 – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha.** Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área de Saúde da Criança. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru.** Brasília; 2009.

BRASIL. **Portaria nº 693 de 5 de julho de 2000.** Norma para implantação do método canguru, destinado a promover a atenção humanizada ao recém- nascido de baixo peso. Diário Oficial da União. Brasília, 2000.

BRITTO, M. G. M.; BARBOSA, L. L.; HAMANN, E. M. Avaliação sanitária dos bancos de leite humano na rede hospitalar do Distrito Federal. **Rev. Saúde do Distrito Federal**, v.13, n. 3/4, p. 17-28, jul./dez. Brasília – DF, 2002.

BUDIN, P.; NOURISSON, L.; DOIN, O. The Feeding and Hygiene of Premature and Full-Term Infants. **Translation by W. Maloney.** London: Caxton Publishing Company, 1907.

BU'LOCK, F.; WOOLRIDGE, M. W; BAUM, J. D. Development of co-ordination of sucking,swallowing and breathing: ultrasound study of term and preterm infants. **Dev Med Child Neurol.**, v. 32, p. 669-678, 1990.

CAMINHA, M. F. C.; SERVA, V.B.; ARRUDA, I. K. G.; BATISTA, M. F. Aspectos históricos, científicos, socioeconômicos e institucionais do aleitamento materno. **Rev Bras Saúde Matern Infant.** , v. 10, p. 25- 33. 2010.

CARVALHO, M. R.; TAMEZ, R. N. **Amamentação: bases científicas para a prática profissional.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

CARVALHO, W. B.; JOHNSTON, C. Efeitos da ventilação não-invasiva com pressão positiva no edema agudo de pulmão cardiogênico. **Rev. Assoc. Med. Bras**, v. 52. n. 4. São

Paulo. Jul/ago. 2006.

CAVALCANTI, P. C. S.; JUNIOR, G.; DANTAS, G.; VACONCELOS, A. L.; GUERRERO, A.V.P. **Um modelo lógico da Rede Cegonha**. *Physis* [online]. vol.23, n.4. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000400014> Acesso em: 14 de agosto de 2015.

CHARPAK, N. et al. Kangaroo mother care: 25 years after. **Acta Paediatr.** v. 94, n. 5, p. 514-522. 2005.

CONDE, A. A. BELIZÁN, J.M., DIAZ, R.J. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. **Cochrane Database Syst Rev**.2011. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21412879>> Acessado em: 19 de agosto de 2015.

COUTINHO, J. G. et al. A organização da vigilância alimentar e nutricional no Sistema Único de Saúde. **Rev. Brás. Epidemiol.**, v. 12, n. 4, p. 688- 699. 2009.

DELGADO, S. E.; HALPERN, R. Amamentação de prematuros com menos de 1500 gramas: funcionamento motororal e apego. **Pró-Fono Rev Atual Cient** , v.17, n. 2, 2005.

DOUGLAS, C.R. Tratado de Fisiologia aplicado à fonoaudiologia. **Robe Editorial**, p. 337-8. São Paulo, 2002.

EDMOND, K. M.; ZANDOH, C.; QUIGLEY, M. A.; AMENGA-ETEGO, S.; OWUSU-AGYEI, S.; KIRKWOOD, B.R. Delayed Breastfeeding Initiation Increases Risk of Neonatal Mortality. **Pediatrics**, v. 117, p. 380- 386, 2006.

EINARSON, L. M. B. et al. The effect of oral support on sucking efficiency in preterm infants. **Am J Occup Ther**, v.48, n.6, p. 490- 498. 1994.

FELDMAN, R. et al. Comparison of skin-to-skin (kangaroo) and traditional care: parenting outcomes and preterm infant development. **Pediatrics**, 2002. Disponível em:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12093942>> Acesso: 21 de agosto de 2015.

FUCKS, I. S.; SOARES, M. C.; KERBER, N. P. C.; MEINCKE, S. M. K.; ESCOBAL, A. P. L.; BORDIGNON, S. S. A sala de parto: o contato pele a pele e as ações para o estímulo ao vínculo entre mãe-bebê. **Av Enferm.**, v. 33, n. 1, p. 29-37. 2015.

FUJINAGA, C. I.; MORAES, S. A.; ZAMBERLANAMORIM, N. E.; CASTRAL, T. C.; ALMEIDA E SILVA, A.; SCOCHI, C. G. S. Validação clínica do instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para início da alimentação oral. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21(Spec):[06 telas], 2013.

GAÍVA, M. A. M.; GOMES, M. M. F.; SCOCHI, C. G. S.; BARBEIRA, C. B. S. Aleitamento materno em recém-nascidos internados um UTI neonatal de um Hospital Universitário de Cuiabá- MT. **Pediatr Moderna**, v. 36, n. 3, p.119-30. Cuiabá-MT, 2000.

GOMES, G. P.; GUBERT, M. B. Aleitamento materno em crianças menores de 2 anos e situação domiciliar quanto alimentar e nutricional.. **Jornal Pediatria**. Rio de Janeiro, 2012.

GLUECKER, T.; CAPASSO, T.; SCHNYNDER, P. Clinical and radiologic features of edema pulmonary. **Radiographics**, 2010.

GUGLIOTTI, M. Revista Pediatria Moderna, edição especial: “Asma aguda grave na criança”. **Jornal da USP**, v. 36, n. 7, p. 5. 2000.

GUTIERREZ, L.; DELGADO, S. E.; COSTA, A.P. Caracterização do uso da técnica do copo em UTI neonatal de um hospital público. **Rev. bras. cres. desenv. hum**, v. 16, n. 1, p. 22-31. 2006.

HACK, M.; ESTABROOK, M. M.; ROBERTSON, S. S. Development of sucking rhythm in preterm infants. **Early Hum. Dev**, Amsterdam v. 11, n. 2, p. 133-140, 1985.

HAN, T. R.; BANG, M.S.; LIM, J.Y.; YOON, B.H.; KIM, I.W. Risk factors cerebral palsy in preterm infants. **Am J Phy Med Rehabil**, v. 81, p. 297- 303, 2002.

HERNANDEZ, A. M. Atuação fonoaudiológica com o sistema estomatognático e a função de alimentação. In: HERNANDEZ, A. M. Conhecimentos essenciais para atender bem o neonato. São Paulo: Pulso, 2003. p. 47-78.

HERRMANN, D. M. M, L.; AMARAL, L. M. B.; ALMEIDA, S. C. Fatores de risco para o desenvolvimento de Sepsis Neonatal tardia em uma unidade de terapia intensiva. **J. Pediatria**, v. 30, n. 4, p.228-236. São Paulo, 2008.

HINRICHSEN, S. L. Biossegurança e controle de infecções: risco sanitário hospitalar. **Meds**, p. 153-157. Rio de Janeiro, 2004.

ISAACS, E.B. et al. Impact of breast milk on intelligence quotient, brain size, and white matter development. **Pediatr Res**, v. 67, p. 357-362, 2010.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento**. Brasília, 2014.

JEFFERIES, A.L. Canadian Paediatric Society, Fetus and Newborn Committee. Kangaroo care for the preterm infant and family. **Paediatr Child Health**, v. 17, n.3. p. 141-144, 2012.

KAMLIN, C. O.; O'DONNELL, C. P.; EVEREST, N. J.; DAVIS, P.G.; MORLEY, C. J. Accuracy of clinical assessment of infant heart rate in the delivery room. **Resuscitation**, v. 71, n. 3, p. 319-21, 2006.

LAU, C.; SMITH, E. O.; SCHANLER, R. J. Coordination of suck-swallow and swallow respiration in preterm infants. **Acta Paediatr**, Oslo, v. 92, n. 6, p. 721-727, 2003.

LEAL, D.T. et al. O perfil de portadores de diabetes tipo1 considerando seu histórico de aleitamento materno. **Escola Anna Nery**, v.15, n.1, p. 68-74. jan-mar; 2011.

LEONE, C. R.; RAMOS, J. A.; VAZ, F. A. O recém-nascido pré-termo. In: MARCONDES, E.; VAZ, F. A. C.; RAMOS, J. L. A.; OKAY, Y. *Pediatria básica*. Sarvier, 9. ed. ,p. 348-352. São Paulo, 2002.

MAAYAN, M.A., AVIVI, S.; SCHUSHAN, E.I.; KUINT, J.. Human milk versus formula feeding among preterm infants: short-term outcomes. **Am J Perinatol.**, v.29, p.121-126. 2012.

MACEDO, C. L. D.; FERREIRA, M. C.; NAUJORKS, A. A.; TERCZIANY, A., COSTA, F. J. B.; DAVID, H.C. et al. Aleitamento materno e diabetes mellitus do tipo 1. **Arq Bras Endocrinol Metabol.** 1999.

MADI, J.M. et al. Maternal and fetal birth injury: Experience in a tertiary referral university hospital. **Revista da AMRIGS**, v. 54, n. 2, p. 162-168. Porto Alegre, 2010.

MAIA, R. R. P.; SOUZA, J.M .P. Fatores associados ao baixo peso ao nascer em Município do Norte do Brasil. **Rev. Bras. Cresc. e Desenv. Hum.** , v. 20, n. 3, p. 735-744, 2010.

MARGOTTO, P. R. Sobrevida e morbidade em prematuros com menos de 32 semanas de gestação na região central do Brasil. CEP, v. 70000, p. 000, 2012.

MCCORMICK, M. C.. The contribution of low birth weight to infant mortality and childhood morbidity. **New England Journal of Medicine**, v. 312, p. 82-90, 1985.

MEDEIROS, A. M. C; OLIVEIRA, A. R. M.; FERNANDES, A. M.; GUARDACHONI, G. A. S.; AQUINO, J. P. S. P.; RUBINICK, M. L.; ZVEIBIL, N. M.; GABRIEL, T. C. F. Caracterização da técnica de transição da alimentação por sonda enteral para seio materno em recém-nascidos prematuros. **J. Soc. Bras. Fonoaudiol**, v. 23, n. 1, p. 57 – 65. 2011.

MEIER, P.; PUGH, E. .J. Breast- feeding behavior of small preterm infants. **MCN am J Matern Child Nurs.**, v. 6, p. 396- 401. 1985.

MENEZES, M. A. S. et al. Recém-nascidos prematuros assistidos pelo Método Canguru: avaliação de uma coorte do nascimento aos seis meses. **Rev Paul Pediatr**, v. 32, n. 2, p. 171-177. 2014.

MENINO, A. P.; SAKIMA, P. R. T.; SANTIAGO, L. B.; LAMOUNIER, J. A. Atividade muscular em diferentes métodos de alimentação do recém-nascido e sua influência no desenvolvimento da face. **Rev. Med.**, v. 19, (4 suppl. 5):S11-S18. 2009.

MIURA, E.; SILVEIRA, R. C.; PROCIANOY, R. S. Sepsis Neonatal: diagnóstico e tratamento. **Jornal Pediatria**, v. 75, p. S57-62. Rio de Janeiro, 1999.

MIZUNO, K.; UEDA, A. The maturation and coordination of sucking swallowing and respiration in preterm infants. **J. Pediatr.**, v. 142, n. 1, p. 36-40. New York, 2003.

MONTE, C. M. G.; GIUGLIANI, E. R. J. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. **Jornal Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n.5, p. 131-141. 2004.

MOREIRA, M.E.L.; LOPES, J.M.A; CARVALHO, M. **Recém-nascido de alto risco teoria e prática do cuidar**. FIOCRUZ, 2004.

MORRIS, S. E., KLEIN, M. D. Pre- Feeding Skills- A comprehensive esource for mealtime development- USA: Therapy Skill Builders, 2000.

MUSSI-PINHATA, M. M.; REGO, M. A. C.. Particularidades imunológicas do pré- termo extremo: um desafio para a prevenção da sepse hospitalar. **Jornal de Pediatria**, v. 81, n. 1, p.S59-S68. Porto Alegre, 2005.

NASCIMENTO, M. B. R.; ISSLER, H. Aleitamento materno em prematuros: manejo clínico hospitalar. **J Pediatr**, v. 80, n.5. 2004.

NASCIMENTO, M. B. R.; ISSLER, H. Breastfeeding: making the difference in the development, health and nutrition of term and preterm newborns. **Rev Hosp Clin Fac Med.** , v. 58, n.1, p. 49-60. São Paulo, 2003.

NEIVA, F. C. B.; LEONE, C. R. Evolução do ritmo de sucção e influência da estimulação em prematuros. **Pró- Fono Revista de Atualização Científica**, v. 19, n. 3, p. 241-248. Barueri – SP, 2007.

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

ODDY, W.H. Aleitamento materno na primeira hora de vida protege contra mortalidade neonatal. **Jornal Pediatria**, v. 89, n. 2, p.109- 111. Rio de Janeiro. 2013.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Evidências científicas dos dez passos para o sucesso no aleitamento materno**. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2001.

OMS. Organização Mundial de Saúde . **Nota descritiva N°363** de novembro de 2013.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis**. Genebra: OMS; 2003.

OMS/UNICEF (Organização Mundial da Saúde/ Fundo das Nações Unidas para a Infância). **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. Módulo 3 – Promovendo e Incentivando a Amamentação em um Hospital Amigo da Criança: Curso de 20 horas para Equipes de Maternidade. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2009.

ORTIZ, P. N.; ROLIN, R. B.; SOUZA, M. F. L.; SOARES, P. L.; VIEIRA, T. O.; VIEIRA, T. O. et al. Comparing breast feeding practices in baby friendly and non-accredited hospitals in Salvador, Bahia. **Revista brasileira saúde materno infantil**, v.11, n. 4, p.405- 413. Recife, 2011.

PEDRAZA, D. Qualidade do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc): análise crítica da literatura. **Ciencia Saúde Coletiva**, v.17, n.10. Rio de Janeiro, 2012.

PENALVA, O. ; SCHWARTZMAN, J. S. Estudo descritivo do perfil clínico-nutricional e do seguimento ambulatorial de recém-nascidos prematuros atendidos no Programa Método Mãe-Canguru. **J Pediatr**, v. 82, n.1, 2006.

PIVANTE, C. M.; MEDEIROS, A. M. C. Intervenções fonoaudiológicas no aleitamento materno junto às mães de paridade zero. **Mundo Saúde** (1995), v. 30, n. 1, p. 87-95. 2006.

POLIT, D.; HUNGLER, B. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed, 2004.

R7. **Banco de leite do Hospital Regional de Ceilândia é ampliado**. {online}. Agosto de 2013. Disponível em: < <http://noticias.r7.com/distritofederal/banco-de-leite-do-hospital-regional-de-ceilandia-e-ampliado-07082013>> Acessado: 10 de outubro de 2015.

RAMOS, C. V.; ALMEIDA, J. A. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. **Jornal Pediatria**, v. 79, n. 5, p. 385-90. Rio de Janeiro, 2003.

REZENDE, J. F. In: **Obstetrícia**. Rezende J (ed). 9.ed. Guanabara Koogan, p. 1285-1308. Rio de Janeiro, 2002.

RIBEIRO, E. M. À procura de uma nutrição ideal para recém- nascidos prematuros extremos. **Pediatr Mod**, v. 36, n.7. 2000.

RODRIGUES, D. P.; CONCEIÇÃO, C. S.; ALVES, H. et al. Qualidade assistencial do banco de leite humano: percepção de usuárias. **Revista de Enfermagem UFPE**. Recife, 2013.

SANTOS, L. M. et al. Fathers' experiences during the hospitalization of the premature newborn in the Neonatal Intensive Care Unit. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 65, n. 5, p. 788-794, 2012.

SASSA, A. H.; BENGZOZI, T. M.; LOPES, C.G.; ROSSETTO, E.G.; SOUZA, S.N.D.H.; DALMAS, J.C. Prevalence of breastfeeding in premature infants with very low birth weight in the first six months of life. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v. 35, n. 2, p. 151-159. Maringá, 2013.

SCHEEL, C. E.; SCHANLER, R. J.; LAU, C. Does the choice of bottle nipple affect the oral feeding performance of very-low-birthweight (VLBW) infants? **Acta Paediatr.**, v. 94, n. 9, p. 1266-1272. Oslo, 2005.

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. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 7, n. 2, p. 145-154, 2008.

SCOCHI, C. G. S. et al. Transição alimentar por via oral em prematuros de um Hospital Amigo da Criança. **Acta Paul. Enferm.**, v. 23, n. 4, p. 540- 545. 2010.

SILVA, C. A. et al. Desenvolvimento de prematuros com baixo peso ao nascer nos primeiros dois anos de vida. **Revista Paul Pediatría**, v.29,n.3, p.328-35. 2011.

SILVA, M. H. A.; SCOCHI, C.G.S. ; KOKUDAY, M. L. P.; SPRIOLI, L. M. D.; NETTO, K. A. S. Alimentação do bebê prematuro e de muito baixo peso ap nascer: subsídios para a assistência de enfermagem em berçário. **Pediatr Mod**, v. 36, n. 5. 2000.

SILVA, P. K.; ALMEIDA, S. T. Avaliação de recém-nascidos prematuros durante a primeira oferta de seio materno em uma uti neonatal. **Rev. CEFAC** [online]. 2015, vol.17, n.3, p. 927-935. 2015.

SOUZA, C. M.; FERREIRA, C. B.; BARBOSA, N. R.; MARQUES, J. F. Equipe de enfermagem e os dispositivos de cuidado no trabalho de parto: enfoque na humanização. **Rev Pesq Cuid Fundam.**; v. 5, n. 4, p. 743- 754. 2013. Disponível em: < <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4767959> > Acesso em: 16 de novembro de 2015.

TAMEZ, R. N.; SILVA, M. J. P. **Enfermagem na UTI Neonatal - assistência ao Recém-nascido de alto risco**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

THEME FILHA, M. M.; GAMA, S.G.N.; CUNHA, C.B.; LEAL, M.C. Confiabilidade do sistema de informações sobre nascidos vivos hospitalares no município do Rio de Janeiro, 1999-2001. **Caderno Saúde Pública**; 20(Supl. 1): S83-91. 2004.

UNICEF. **Consultoria:** pesquisa para estimar a prevalência de nascimentos pré-termo no Brasil e explorar possíveis causas. Brasil, 2013.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança : revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado** : módulo 1 : histórico e implementação / Fundo das Nações Unidas para a Infância. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

UNICEF. **Manual de aleitamento materno.** Lisboa: Comitê Português para a UNICEF; 2008. 41p.

UNICEF/ OMS. **Dez passos para o sucesso do aleitamento materno.** Proteção, Promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel dos serviços materno- infantis. OMS/ UNICEF, 1989.

UNICEF. United Nations Children's Fund and World Health Organization. **Low Birthweight:** Country, regional and global estimates. New York: UNICEF; 2004.

VENÂNCIO, S. I. ; ALMEIDA, H. Método Mãe-Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. **J Pediatr**, v. 80, n.5. 2004.

VIEIRA, A. A.; MOREIRA, M. E. L.; ROCHA, A. D.; PIMENTA, H. P.; LUCENA, S. L. Análise do conteúdo energético do leite humano administrado a recém- nascidos de muito baixo peso ao nascimento. **Jornal de Pediatria**, v.80, p. 490- 494. Rio de Janeiro, 2004.

WEI, C. Y.; GUALDA, D. M. R.; SILVA, L. C. F. P.; MELLEIRO, M. M. A percepção de puérperas oriundas da Atenção Primária sobre a Humanização da Assistência ao parto em um hospital de ensino. **Mundo Saúde**, v. 36, n. 3, p. 468-474. 2012.

WHO. **Born too soon: the global action report on preterm birth.** Geneva, 2012. Disponível em:<http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf> Acesso em: 20 agosto de 2015.

WHO/UNICEF. Baby-Friendly Hospital Initiative. **Revised, Updated and Expanded for Integrated Care.** Section 1: Background and implementation. Geneva, Switzerland: WHO/UNICEF, 2009.

WHO/UNICEF. **DECLARAÇÃO DE INNOCENTI**. Florença, 1990. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_10000.htm> Acessado em: 16 de outubro de 2015.

WHO/UNICEF (World Health Organization/United Nations Children's Fund). **Baby-friendly hospital initiative**: revised, updated and expanded for integrated care. Section 1, Background and implementation. New York; 2009.

WHO. World Health Organization. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices**: conclusions of a consensus meeting held 6-8 November 2007 in Washington, DC, USA. Part 1: Definitions. Geneva; 2008.

APÊNDICE A

Título da pesquisa: “Aleitamento materno em prematuros: impacto da IHAC para unidades neonatais”

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Prevalência do Aleitamento Materno e Condições de Saúde do Prematuro

Fonte de dados: 1º prontuário e 2º entrevista com a mãe (no ambulatório ou por telefone)

1. IDENTIFICAÇÃO

1.1 Número do Prontuário/Registro: _____

1.2 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 Condições da moradia: 1 Alvenaria() 2 Taipa() 3 Outra(). Especifique:

2.3 Número de cômodos: 1 Um a dois() 2 Três a cinco() 3 Seis ou mais()

2.4 Número de pessoas que residem na casa: _____

2.5 Possui água encanada: 1 Sim() 2 Não()

2.6 Destino do lixo: 1 Coletado() 2 Terreno baldio() 3 Outro(). Especifique:

2.7 Localização: 1 Região metropolitana() 2 Região não metropolitana()

Dados maternos: 2.8 Idade: _____(anos)

2.9 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()

2.10 Estado civil: 1 Solteira() 2 Casada() 3 Divorciada() 4 União consensual() 5 Viúva()

2.11 Profissão: _____

2.12 Ocupação: _____

2.13 Naturalidade: _____

2.14 Procedência: Cidade: _____ Estado/UF: _____

Dados paternos: 2.15 Ignorado (). Ir para 2.19

2.16 Idade: _____(anos)

2.17 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()

2.18 Ocupação: _____

2.19 **Renda mensal familiar:** R\$ _____

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: _____ 4 Ignorado()

3.3 Número de Gestações: _____ Número de paridade: _____

3.4 História de parto prematuro anterior: 1 Sim() 2 Não()

3.5 História de amamentação anterior: 1 Sim() 2 Não()

3.6 Intercorrências na gestação:

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 Bolsa rota: 1 Sim(). Tempo: _____ horas 2 Não()

3.10 Intercorrências no parto:

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/dias)

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

4.4 Peso ao nascer: _____(gramas)

4.5 Apgar (1º minuto): _____ 4.6 Apgar (5º minuto): _____

4.7 Reanimação: 1 Sim() 2 Não()

4.8 Comprimento: _____(cm)

4.9 Intercorrências clínicas: 1 Hipóxia() 2 Tocotraumatismo() 3 Malformações congênicas() 4 Aspiração meconial() 5 Outra()

4.10 Contato pele a pele precoce: 1 Sim() 2 Não() 3 Ignorado()

4.11 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 Sepses() 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(). 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()

6.2 1ª alimentação láctea: _____ (dias/horas)

6.3 Tipo de leite: 1 Leite materno(). Ir para 7.1 2 Fórmula infantil(). Ir para 6.4

6.4 Via de administração na 1ª alimentação láctea: 1 Oral() 2 Sonda()

6.5 Técnica de administração na 1ª alimentação láctea: 1 Gavagem/seringa/bomba infusão() 2 Dedo/luva() 3 Copo() 4 Mamadeira/chuca()

7. DADOS DO ALEITAMENTO MATERNO NA INTERNAÇÃO

7.1 Idade no início do AM: _____ (dias/horas)

7.2 Tipo de leite: 1 Leite materno ordenhado cru() 2 Leite materno pasteurizado() 3 Leite humano do banco() 4 Leite humano/materno+Fórmula infantil()

7.3 Via de administração na 1ª alimentação láctea: 1 Oral() 2 Sonda()

7.4 Técnica de administração 1ª alimentação láctea: 1 Seio materno() 2 Translactação() 3 Dedo/luva() 4 Copo() 5 Mamadeira/chuca() 6 Gavagem/seringa/bomba infusão()

7.5 Data do início da Amamentação: ___/___/___

7.7 Tempo de vida: _____ (dias)

7.8 Idade corrigida: _____ (dias)

7.9 Peso: _____ (gramas)

7.5 Técnica na Amamentação: 1 Só seio materno() 2 Seio + sonda() 3 Seio + dedo/luva() 4 Seio + copo() 5 Seio + mamadeira/chuca() 6 Translactação()

7 Translactação + gavagem() 8 Translactação + copo() 9 Translactação + gavagem/seringa() 10 Translactação + mamadeira/chuca()

8. DADOS DO ALEITAMENTO MATERNO NA ALTA

8.1 Data: ___ / ___ / _____

8.2 Idade corrigida: _____s____d (semanas/dias)

8.3 Peso: _____(gramas)

8.4 Comprimento: _____cm

8.5 Tipo de alimentação:

1 Aleitamento materno exclusivo¹() 2 Aleitamento materno predominante²() 3 Aleitamento materno³() 4 Aleitamento artificial/não aleitamento materno⁴(). Ir para item 9

8.6 Técnica no Aleitamento: 1 Só seio() 2 Seio + sonda() 3 Seio + copo() 4 Seio + mamadeira() 5 Translactação() 6 Translactação + gavagem/seringa() 7 Translactação + copo() 8 Translactação + mamadeira/chuca() 9 Mamadeira/chuca()

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.

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

9.1 Data: ____ / ____ / ____ Tempo de pós alta: ____ (dias)

9.2 Tipo de alimentação (nas últimas 24 horas): 1 Aleitamento materno exclusivo¹()

2 Aleitamento materno predominante²() 3 Aleitamento materno³() 4 Aleitamento artificial/não aleitamento materno⁴()

9.3 Técnica no Aleitamento: 1 Só seio() 2 Seio + sonda() 3 Seio + copo() 4 Seio + 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, quais os motivos:

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 Obteve ajuda? 1 Sim(). De quem: _____ 2 Não()

10.8 Sugestões ao atendimento à amamentação de um filho prematuro:

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

10.10 Qual a importância que teve a amamentação na melhora do seu filho?

1 Muito importante para melhora() 2 Fundamental para melhora()

3 Determinante para melhora() 4 Foi mais um dos fatores que contribuíram para melhora()

10.11 Você se sente apoiada pela equipe de saúde para continuar amamentando?

1 Sim() 2 Não() 3 Às vezes()

10.12 Como você se sente amamentando seu filho?

1 Triste pelas dificuldades() 2 Feliz pelas conquistas diárias() 3 Confiante que esteja contribuindo para sua melhora() 4 Acha que precisa de complementação()

5 Outro(). Especifique: _____

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – MÃE

<p>UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA</p>  <p>UnB</p>
<p>Faculdade de Ceilândia/Enfermagem</p>
<p>Centro Metropolitano, conjunto A, lote 01, Brasília - DF. CEP: 72220-900 - Telefone Geral: +55(61) 3107-8400</p>
<p style="text-align: center;">TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</p> <p>Título do Estudo: “Aleitamento materno em prematuros: impacto da IHAC para unidades neonatais”</p> <p>Responsável: Profa. Carmen G.S. Scochi Coordenadora Brasília: Profa. Laiane Medeiros Ribeiro</p>

Prezada senhora,

Por meio deste termo, você está sendo convidada a participar da **fase basal** da pesquisa que se chama “Aleitamento materno em prematuros: impacto da IHAC para unidades neonatais”, em desenvolvimento junto à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sob a responsabilidade da Prof^a. Dr^a. Carmen Gracinda Silvan Scochi e colaboradores sendo a Prof^a. Dr^a. Thaíla Corrêa Castral, da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, responsável pela região Centro-Oeste e a Prof^a.Dr^a. Laiane Medeiros Ribeiro, da Faculdade de Ceilândia/UnB, responsável por Brasília.

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

internação três meses após a implementação dessas práticas; Medir a quantidade de infecções relacionadas ao AM.

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

Informamos que, caso aceite participar da pesquisa os dados coletados serão mantidos sob nossa responsabilidade e garantimos que seu nome não será divulgado em nenhum momento, 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 (fases 1 ou 3), ou durante as reuniões grupais (fase 2) porém, poderá interromper sua participação a qualquer momento. Faremos o possível para auxiliá-la caso o desconforto ocorra, esclarecendo-a ou tranquilizando-a. Sua participação será completamente voluntária, não havendo custo para você e nem pagamento pela sua participação. Caso em algum momento, você se sinta lesada por algo que possa acontecer durante a pesquisa, você terá o direito de recorrer à indenização segundo as leis do país.

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

Profª Drª Thaíla Corrêa Castral
Coordenadora da região Centro-
oeste
E-mail: thaccastral@gmail.com

Responsável (se a mãe for menor de
idade)

Profª Drª Laiane Medeiros Ribeiro
Coordenadora Brasília
E-mail: laiane@unb.br
tel.: (61) 3107-8400 ou 8217-9577

Brasília, _