

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Marianni Matos Pessoa dos Reis

**Avaliação da implantação do fornecimento de leite humano para prematuros em
unidade de terapia intensiva neonatal**

Brasília

2021

Marianni Matos Pessoa dos Reis

**Avaliação da implantação do fornecimento de leite humano para prematuros em
unidade de terapia intensiva neonatal**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Vigilâncias e Avaliação em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Denise Cavalcante de Barros

Coorientadora: Profa. Dra. Santuzza Arreguy Silva Vitorino

Brasília

2021

Título do trabalho em inglês: Evaluation of the deployment of human milk supply for prematures in a neonatal intensive care unit.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

R375a Reis, Marianni Matos Pessoa dos.
 Avaliação da implantação do fornecimento de leite humano para
 prematuros em unidade de terapia intensiva neonatal / Marianni Matos
 Pessoa dos Reis. -- 2021.
 131 f : il. ; tab.

 Orientadora: Denise Cavalcante de Barros.
 Coorientadora: Santuzza Arreguy Silva Vitorino.
 Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional
 de Saúde Pública Sergio Arouca, Brasília, DF, 2021.

 1. Aleitamento Materno. 2. Recém-Nascido Prematuro. 3. Unidades
 de Terapia Intensiva Neonatal. 4. Planos e Programas de Saúde.
 5. Política Pública. 6. Inquéritos e Questionários. I. Título.

CDD – 23.ed. – 613.26

Marianni Matos Pessoa dos Reis

Avaliação da implantação do fornecimento de leite humano para prematuros em unidade de terapia intensiva neonatal

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Vigilâncias e Avaliação em Saúde.

Aprovada em: 24 de agosto de 2021.

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a Wanessa Debôrtoli de Miranda
Universidade Federal de Minas Gerais

Prof. Dr. Paulo Germano de Frias
Instituto Materno Infantil de Pernambuco

Prof.^a Dr.^a Santuzza Arreguy Silva Vitorino
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dr.^a Denise Cavalcante de Barros
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Brasília

2021

Dedico esta dissertação à minha família pelo incentivo e apoio incondicional em todos os momentos difíceis da minha trajetória acadêmica; aos meus professores e orientadores que me guiaram e me fortaleceram nessa caminhada e a todos que de alguma forma contribuíram para a realização desta dissertação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus, que escutou as minhas preces, iluminando o meu caminho e me dando forças para seguir a diante;

À minha família, que sempre torceu por mim e não me deixou desistir, apesar das dificuldades encontradas ao longo do curso;

Aos professores e coordenadores do curso de Mestrado em Avaliação em Saúde pelos ensinamentos, puxões de orelha e pela paciência;

As minhas orientadoras que me acompanharam nessa jornada, dando todo o suporte necessário para a elaboração desta dissertação; pelas oportunidades e desafios proporcionados;

Às mães que participaram deste projeto, em um momento tão difícil de enfrentamento da doença dos seus bebês;

Aos profissionais de saúde da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Materno Infantil de Brasília que me acolheram e reservaram um tempinho para participarem deste projeto;

Aos colegas do mestrado pela convivência, pela troca de informações e pelas palavras de incentivo.

RESUMO

Introdução: A amamentação é reconhecida mundialmente como a prática que favorece maiores benefícios aos bebês prematuros. Quando a prematuridade está associada à necessidade de internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), fatores do contexto externo e organizacional podem interferir na interação mãe-bebê, influenciando o processo de amamentação e o fornecimento de leite humano. **Objetivo:** Avaliar a implantação do fornecimento de leite humano de forma exclusiva aos recém-nascidos prematuros na UTIN. **Métodos:** Trata-se de uma avaliação de implantação com análise dos contextos organizacional e externo, envolvendo estudo de caso único, transversal e com emprego de métodos mistos, combinando técnicas qualitativas e quantitativas em um único estudo. A descrição da intervenção foi realizada a partir da construção do Modelo Lógico. Os dados utilizados nesta pesquisa foram coletados a partir de fontes primárias (entrevista com as mães dos bebês prematuros internados na UTIN e questionários semiestruturados com os profissionais de saúde da UTIN, Chefia da Nutrição e do Banco de Leite Humano) e análise de documentos da instituição. Para definir o grau de implantação da intervenção, foi utilizada a Matriz de Análise e Julgamento, considerando a dimensão conformidade, e as subdimensões disponibilidade e qualidade técnico-científica. Os parâmetros aplicados para avaliar o grau de implantação foram definidos por meio de tercis: implantação crítica $\leq 39,9\%$; parcialmente implantada se entre 40 e 79,9% e implantada $\geq 80\%$. **Resultados:** Foi possível constatar que a intervenção apresentou grau de implantação de 80,74%, considerada satisfatória, com destaque para a subdimensão qualidade técnico-científica. O apoio dos profissionais de saúde, o acesso livre à UTIN e o contato pele a pele foram identificados como fatores do contexto organizacional que contribuem para a promoção do aleitamento materno. As facilidades do contexto externo relacionaram-se à presença da rede de apoio e ao conhecimento das mães sobre a importância do leite para o bebê. **Considerações finais:** Apesar da análise de implantação ser satisfatória, alguns indicadores apresentaram parâmetros insatisfatórios, necessitando de adequação.

Palavras-chave: Aleitamento Materno; Prematuros; Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; Programas de Saúde; Análise de Implantação.

ABSTRACT

Introduction: Breastfeeding is recognized worldwide as the practice that favors the greatest benefits for premature babies. When prematurity is associated with the need for hospitalization in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU), external and organizational context factors can interfere with the mother-infant interaction, influencing the breastfeeding process and the supply of human milk. **Objective:** To evaluate the implementation of the supply of breast milk exclusively to premature newborns in the NICU. **Methods:** This is an implementation assessment with analysis of organizational and external contexts, involving a single case study, cross-sectional and using mixed methods, combining qualitative and quantitative techniques in a single study. The description of the intervention was carried out from the construction of the Logical Model. The data used in this research were collected from primary sources (interview with the mothers of premature babies admitted to the NICU and semi-structured questionnaires with the health professionals of the NICU, Head of Nutrition and Human Milk Bank) and analysis of documents from the institution. To define the degree of implementation of the intervention, the Analysis and Judgment Matrix was used, considering the compliance dimension, and the availability and technical-scientific quality sub-dimensions. The parameters applied to assess the degree of implementation were defined using tertiles: critical implementation $\leq 39.9\%$; partially implanted if between 40 and 79.9% and implanted $\geq 80\%$. **Results:** It was possible to verify that the intervention presented a degree of implementation of 80.74%, considered satisfactory, with emphasis on the sub-dimension of technical-scientific quality. The support of health professionals, free access to the NICU and skin-to-skin contact were identified as factors in the organizational context that contribute to the promotion of breastfeeding. The facilities of the external context were related to the presence of the support network and the mothers' knowledge about the importance of milk for the baby. **Final considerations:** Despite the implementation analysis being satisfactory, some indicators showed unsatisfactory parameters, requiring adaptation.

Keywords: Breastfeeding; Prematures; Neonatal Intensive Care Unit; Health Programs; Deployment Analysis.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Linha do Tempo dos Principais Marcos da Amamentação no Brasil.....	31
Figura 2. Modelo Operacional da Avaliação do Fornecimento de Leite Humano de Forma Exclusiva aos Prematuros da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.....	40
Figura 3. Modelo Lógico do Fornecimento de Leite Humano de Forma Exclusiva para Recém-nascido Prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.....	44
Figura 4. Diagrama Representativo das Dimensões da Avaliação.....	49
Quadro 1. Material Técnico Utilizado na Descrição da Intervenção.....	38
Quadro 2. Matriz de Informação: Indicadores de Estrutura e Processo.....	42
Quadro 3. Matriz de Análise dos Contextos Externo e Organizacional do Fornecimento de Leite Humano Exclusivo para Prematuros na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal...	50
Quadro 4. Critérios de Inclusão e Exclusão da Pesquisa.....	54

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Matriz de Análise e Julgamento para o Índice de Disponibilidade.....	52
Tabela 2. Matriz de Análise e Julgamento para o Índice Qualidade técnico-científica.....	53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AM - Aleitamento Materno

AME - Aleitamento Materno Exclusivo

BLH - Banco de Leite Humano

BPN - Baixo peso ao Nascer

CE - Componente Estrutural

DF - Distrito Federal

HAC - Hospital Amigo da Criança

HMIB - Hospital Materno Infantil de Brasília

IHAC - Iniciativa Hospital Amigo da Criança

IHAC-NEO - Iniciativa Hospital Amigo da Criança para unidades neonatais

LH - Leite Humano

LM - Leite Materno

MAJ – Matriz de Análise e Julgamento

NBCAL - Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAISC - Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PNIAM - Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno

RN - Recém-nascido

RNPT - Recém-nascido prematuro

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

UTIN - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO: TEMA DO ESTUDO	13
2	SITUAÇÃO PROBLEMA	15
3	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	18
3.1	ALEITAMENTO MATERNO E PREMATURIDADE.....	18
3.2	CONTEXTUALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE O ALEITAMENTO MATERNO.....	24
3.3	AVALIAÇÃO DE IMPLANTAÇÃO.....	33
3.4	PERGUNTAS AVALIATIVAS.....	36
4	OBJETIVOS	37
4.1	OBJETIVO GERAL.....	37
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	37
5	MATERIAL E MÉTODOS	38
5.1	COLETA DE DADOS.....	46
5.2	ANÁLISE DOS DADOS.....	48
5.3	DESENHO DA AVALIAÇÃO.....	49
5.3.1	Critérios de Inclusão e Exclusão da Pesquisa	55
5.3.2	Local de Estudo	56
5.4	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS.....	56
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	58
6.1	PLANEJAMENTO DO PROCESSO AVALIATIVO SOBRE O FORNECIMENTO DE LEITE HUMANO DE FORMA EXCLUSIVA PARA PREMATUROS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL.....	58
6.2	AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO FORNECIMENTO DE LEITE HUMANO PARA PREMATUROS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL.....	79
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
	REFERÊNCIAS	103

PÊNDICE A – QUESTIONÁRIO PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA UTIN.....	111
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO PARA A CHEFIA DE NUTRIÇÃO.....	113
APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO PARA A CHEFIA DO BANCO DE LEITE HUMANO.....	114
APÊNDICE D – ROTEIRO PARA ANÁLISE DE DOCUMENTOS.....	116
APÊNDICE E – ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM AS MÃES DOS PREMATUROS.....	117
APÊNDICE F – TCLE PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA UTIN.....	119
APÊNDICE G – TCLE PARA A CHEFIA DE NUTRIÇÃO.....	121
APÊNDICE H – TCLE PARA A CHEFIA DO BANCO DE LEITE HUMANO.....	123
APÊNDICE I – TCLE PARA AS MÃES DOS RNPTS.....	125
ANEXO A – CRITÉRIOS DE CONFORMIDADE RELACIONADOS AO FORNECIEMTNO DE LEITE MATERNO DE FORMA EXCLUSIVA AOS RECÉM-NASCIDOS.....	128
ANEXO B – RAZÕES MÉDICAS ACEITÁVEIS PARA O USO DE SUBSTITUTOS DO LEITE MATERNO.....	129

APRESENTAÇÃO

O interesse em desenvolver esta avaliação decorreu da minha inserção em uma unidade hospitalar credenciada pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e pela minha observação do frequente consumo de fórmulas infantis pelos recém-nascidos prematuros (RNPTs) na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), o que despertou curiosidade, uma vez que o hospital é credenciado pela IHAC e possui Banco de Leite Humano.

O Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB), unidade escolhida para a realização dessa pesquisa, é considerada uma unidade de referência na atenção integral à saúde da mulher e da criança, onde desempenho minhas atividades como nutricionista do corpo clínico e executora de contrato da empresa que fornece os insumos para terapia nutricional dos pacientes, incluindo as fórmulas infantis.

A proposta da avaliação de implantação do fornecimento de leite humano (LH) de forma exclusiva pretende compreender como esse processo está sendo realizado na UTIN do HMIB, quais os principais motivos para a prescrição de fórmula infantil, além de poder conhecer as características dos prematuros, as atividades desenvolvidas pelo Banco de Leite Humano e pelos profissionais de saúde da UTIN, e as dificuldades e facilidades encontradas pelas mães para o sucesso dessa prática.

Acredito que o processo avaliativo proporciona um olhar mais crítico sobre as ações desenvolvidas na unidade, criando espaços para expressão de diferentes pontos de vista.

1. INTRODUÇÃO: TEMA DO ESTUDO

Este estudo visa avaliar o fornecimento de leite humano de forma exclusiva para recém-nascido prematuro em uma unidade de terapia intensiva neonatal através da descrição do processo da intervenção que envolve os insumos e atividades necessárias para o desfecho dessa prática, além de compreender os fatores do contexto que interferem nesse fornecimento.

O Aleitamento Materno (AM) é a mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e constitui uma intervenção eficaz na redução da morbimortalidade infantil. A amamentação proporciona benefícios à saúde de bebês e das mães/nutrizes, principalmente para os bebês prematuros, aqueles nascidos antes das 37 semanas gestacionais (WHO, 2012).

Devido aos impactos positivos nas taxas de AM, a IHAC é considerada uma importante estratégia implementada em várias partes do mundo (WHO, 2017). Ela visa assegurar a prática do AM e a prevenção do desmame precoce hospitalar através dos critérios globais que compreendem a implantação dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno e, no caso do Brasil, à Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL) (LAMOUNIER et. al., 2019). Em 2011, suas diretrizes foram ampliadas para o cuidado à mulher e aos recém-nascidos em unidades neonatais, com ações de integração à rede assistencial desde o pré-natal e de acompanhamento ambulatorial da criança (NYQVIST et. al., 2012).

Outras estratégias se destacaram em prol da amamentação, como a criação da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, adoção do Método Canguru, a publicação da Portaria nº 930/2012, garantindo livre acesso à mãe e ao pai e permanência junto ao recém-nascido (RN) internado, durante 24 horas, e a humanização no pré-natal e nascimento para garantia dos direitos da mulher e da criança, sendo essenciais na promoção, proteção e no incentivo ao Aleitamento Materno Exclusivo (AME) (BRASIL, 2017a).

O fornecimento de LH de forma exclusiva aos RNs está expresso no passo 6 da IHAC (WHO, 2018). Porém, estabelecer a amamentação de bebês prematuros é um desafio, e uma série de fatores tem contribuído para dificultar o processo de amamentação: a separação precoce da criança e da mãe, a restrição da presença dos pais à UTIN (GAÍVA; SCOCHI, 2005), fragilidades na rede de apoio familiar, falta de recursos para transporte e cuidado com outros filhos (SERRA;

SCOCHI, 2004), o uso de mamadeiras e não cumprimento das políticas e diretrizes que promovem o AM, a falta de estrutura física que favoreça a permanência da mãe junto ao filho, pouco apoio dos profissionais de saúde envolvidos na assistência e na gestão do hospital, assim como, a capacitação deficiente dos profissionais de saúde com relação ao AME (MAASTRUP et. al., 2012), técnicas de ordenha repetitivas e dolorosas (GORGULHO; PACHECO, 2008), contribuindo para o desmame precoce.

As atividades desempenhadas no Banco de Leite Humano (BLH) e pelos profissionais da UTIN e a disponibilidade de insumos são essenciais para que o processo de fornecimento de leite humano ocorra dentro da unidade. Entretanto, a oferta facilitada às fórmulas infantis, mesmo em unidades que possuem banco de leite humano, pode contribuir para o maior consumo dessas, além de favorecer o desmame precoce. Portanto, as fórmulas infantis só devem ser prescritas para os recém-nascidos prematuros (RNPTs) que tenham indicação médica.

Prematuros e bebês de baixo peso, amamentados diretamente ao seio materno, apresentam menor tempo de internação hospitalar, melhor prognóstico para o desenvolvimento neurológico, diminuição da perda de peso, diminuição do índice de doenças crônicas e agudas e aumento de sobrevida, em relação àqueles amamentados com fórmula infantil (NYQVIST et al., 2012). Quando a amamentação é iniciada na primeira hora de vida, o sucesso em se manter essa prática é maior, podendo reduzir em 22% a mortalidade neonatal causada por infecções (BOCCOLINI et al., 2017).

Tendo como premissa a importância do AM, a hipótese deste estudo é de que o cumprimento dos critérios para o fornecimento de LH exclusivo aos RNPTs sofre influência dos contextos organizacional e externo, incluindo o ambiente familiar; das políticas públicas vigentes e do comportamento dos profissionais de saúde frente ao processo de amamentação.

Ante o exposto, a intervenção que este trabalho se propõe a avaliar é o fornecimento de leite materno exclusivo para RNPTs na UTIN, abordando os fatores contextuais que favorecem e/ou dificultam esta prática. Será descrita com base nas políticas públicas sobre amamentação, nos critérios de conformidade estabelecidos no passo 6 da IHAC, que consiste em “*não dar a recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que haja uma indicação médica*”. Este passo interage com os demais passos da IHAC e promove uma interface com as políticas públicas voltadas para o aleitamento materno.

2. SITUAÇÃO PROBLEMA

O nascimento prematuro é considerado um dos maiores riscos para o crescimento e desenvolvimento do RN, sendo que suas consequências representam importante problema de saúde pública. Todos os anos, cerca de 15 milhões de bebês nascem prematuramente, no mundo, representando 1 em cada 10 nascimentos. O Brasil está entre os 10 países com as maiores taxas, demonstrando que o parto prematuro é verdadeiramente um problema global (WHO, 2012).

O início e a manutenção da produção de leite materno (LM) é um desafio particular para mães de RNPTs internados em unidades neonatais. A maioria dessas mães sofre atraso no início da produção láctea, podendo comprometer a amamentação, e enfrentam a tarefa de obter e manter a produção láctea por meio das técnicas de ordenha (NYQVIST et al., 2012).

De acordo com estudo realizado por Gorgulho e Pacheco (2008), a técnica de ordenha foi uma das dificuldades maternas encontradas pelas mães durante a amamentação do seu bebê na UTIN. O cumprimento de horários (de 3 em 3 horas) e a frequência repetida dessa técnica causaram desconforto, além de se sentirem fadigadas para acompanharem a rotina do hospital.

Além das técnicas repetidas e do desconforto que podem ser ocasionados pela ordenha, outros fatores podem interferir na amamentação e duração do AME: o apoio da família e dos demais membros do grupo social em que a mulher está inserida; o meio em que vive (urbano ou rural); classe econômica; educação materna; situação empregatícia da mulher; o apoio dos profissionais; a organização do processo de trabalho dos serviços de saúde, além do marketing da indústria de alimentos infantis (CRUZ; SEBASTIÃO, 2015).

A falta de privacidade na UTIN, o apoio inconsistente à amamentação, atitudes desrespeitosas da equipe e a implantação de regimes rígidos de amamentação pelos profissionais de saúde também foram documentados como barreiras contextuais e sociais à amamentação na UTIN (BENOIT; SEMENCI, 2014).

O nascimento e a internação de um filho prematuro alteram a dinâmica familiar e desencadeiam uma série de dificuldades para os familiares diante da tentativa de conciliar as visitas e a permanência no hospital com a vida profissional e doméstica. As famílias têm dificuldades para estar diariamente com o filho no hospital, algumas vezes por não terem com quem deixar outros filhos, outras vezes por dificuldades financeiras, sendo importante a existência de uma rede de

apoio, proporcionando meios para que a mãe possa realizar o aleitamento materno, diminuindo as chances para o desmame precoce (GAÍVA; SCOCHI, 2005).

A unidade de saúde deve oferecer infraestrutura para que a mãe possa permanecer com o filho na UTIN em tempo integral; local privativo para a ordenha mamária, sem se exporem fisicamente a pessoas estranhas, principalmente do sexo masculino; alimentação adequada durante a permanência na unidade, favorecendo a saúde materna e a produção do leite. A presença da mãe ou do pai em tempo integral no hospital, acompanhando o filho internado, é um direito garantido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei nº 8069, de 16 de julho de 1990. Para atender essa lei, a unidade necessita, ainda, dispor de espaço e acomodações confortáveis e em número correspondente ao de leitos existentes, na perspectiva da assistência mais integral e humanizada (SERRA; SCOCHI, 2004).

Benoti e Semenic (2014) trazem como facilitadores do contexto para à amamentação dos prematuros: a educação em AM para a equipe, aumentando a conscientização e melhorando as práticas e habilidades para apoiar a nutriz nesse processo; ter um profissional educador de referência dedicado à promoção do aleitamento materno; e colaboração interprofissional, onde todas as áreas possam se envolver no processo de amamentação.

Os bebês que não podem ser alimentados com o próprio leite de suas mães, ou que necessitam ser complementados, como as crianças de muito baixo peso e crianças vulneráveis, devem ser alimentados com leite do BLH. Porém, na ausência destes, ou ainda, se for culturalmente inaceitável, substitutos do LM poderão ser utilizados. As mães precisam ser apoiadas e incentivadas à praticarem a ordenha a fim de continuar estimulando a produção do LM, priorizando o uso do seu próprio leite (WHO, 2018).

A adição de fortificantes ao LM em bebês com dificuldade de ganho ponderal, principalmente aqueles com peso inferior à 1.500g, tem mostrado proporcionar melhorias nos índices de ganho de peso e no crescimento do perímetro cefálico nos RNPTs (BRASIL, 2011a; KUSCHEL; HARDING, 2004).

As fórmulas que estão disponíveis no mercado são elaboradas para atender as necessidades específicas de crianças, favorecendo o crescimento e desenvolvimento adequados, e são bem toleradas. Os fabricantes estão continuamente modificando seus produtos para torná-los cada vez mais semelhantes ao LM, com adição de ingredientes funcionais como nucleotídeos, prebióticos e probióticos. Porém, o LM continua sendo considerado padrão-ouro, uma vez que possui

imunoglobulinas, enzimas e hormônios que auxiliam no desenvolvimento gastrointestinal e neuropsicomotor, que as fórmulas infantis não são capazes de fornecer (CORKINS; SHURLEY, 2016).

Estratégias de marketing são utilizadas tanto para promover o uso de leite em pó / fórmulas infantis entre o público em geral, como para sensibilizar e convencer os profissionais da área da saúde de que podem indicar e prescrever, com segurança, alimentos industrializados para as crianças desde o nascimento. A sensibilização dos profissionais de saúde para a indicação do leite em pó para os lactentes destaca-se como uma importante estratégia de marketing, utilizada pela indústria, na promoção de seus produtos (AMORIM, 2005).

Embora a publicidade seja somente uma entre diversas variáveis que influenciam a escolha e o consumo de alimentos, nota-se a significativa influência desta sobre o consumo alimentar da população, em detrimento das recomendações da OMS e do Ministério da Saúde acerca da alimentação infantil nos primeiros 2 anos de vida (BRASIL, 2016). Pesquisas demonstram claramente que as práticas de marketing relativas a substitutos do LM influenciam o comportamento de profissionais de saúde e mães quanto à alimentação de lactentes (OMS, 2008).

Assim, reconhecendo a importância do leite humano para os RNPTs e diante das dificuldades em estabelecer a amamentação nesse grupo, se faz necessário realizar avaliação e monitoramento das atividades desenvolvidas na unidade hospitalar, com ênfase nas políticas públicas voltadas para promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 ALEITAMENTO MATERNO E PREMATURIDADE

A amamentação é a maneira natural de fornecer aos bebês e crianças pequenas os nutrientes necessários para o crescimento e desenvolvimento saudáveis, incluindo aqueles que nascem prematuros ou doentes. É um processo que envolve interação entre mãe e filho, promove uma melhor resposta imunológica, contribui para o desenvolvimento cognitivo e emocional, além de ter implicações na saúde física e psíquica da mãe. Ele está associado ao melhor desenvolvimento neural, baixas taxas de obesidade e doenças como diarreia, desnutrição, otite, diabetes, alergias, dermatite atópica e doenças respiratórias (BRASIL, 2009).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda iniciar a amamentação nos primeiros 60 minutos de vida, assim como o aleitamento materno de forma exclusiva até os seis meses de idade e, de maneira complementar, até os dois anos, uma vez que pode prevenir mais de 800 000 mortes em crianças menores de 5 anos de idade e 20.000 mortes por câncer de mama anualmente. A ausência da amamentação está associada a um déficit na economia anual de mais de US \$ 300 bilhões em todo o mundo, representando 0,5% da renda bruta do mundo (WHO, 2017).

Em casos em que a amamentação não é iniciada nas primeiras horas após o parto, a ordenha da mama é recomendada, pois serve para estimular a produção láctea e evitar o ingurgitamento mamário. Ao fornecer o leite para o filho, na UTIN, a mãe se sente parte do processo de recuperação da saúde do RN, fortalecendo o vínculo afetivo mãe-filho e estimulando-a a proceder à ordenha mais vezes (SERRA; SCOCHI, 2004).

A produção de leite está diretamente relacionada à frequência de sua extração. Entre as mães de RNPTS não amamentados diretamente ao peito que ordenham quatro ou mais vezes ao dia, o volume de leite obtido é significativamente maior que o das que fazem a retirada do leite três vezes ou menos (NASCIMENTO; ISSLER, 2004).

A prematuridade é considerada a principal causa de mortalidade em crianças menores de 5 anos, sendo definida como o nascimento antes da 37ª semana, podendo ser subdividida de acordo com a idade gestacional em prematuro extremo (<28 semanas), muito prematuro (28 - <32 semanas) e prematuro moderado ou tardio (32 - <37 semanas completas de gestação). Recém-

nascidos moderadamente prematuros têm pelo menos sete vezes mais risco de mortalidade neonatal em comparação com recém-nascidos a termo (WHO, 2019).

O baixo peso ao nascer (BPN) pode ser uma consequência do nascimento prematuro. Direta ou indiretamente, o BPN pode contribuir para 60% a 80% de todas as mortes neonatais, sendo definido pela OMS como peso ao nascer inferior a 2,5 kg. Esses bebês geralmente não são amamentados e nem alimentados nas primeiras horas de vida (WHO, 2011).

Quando a prematuridade está associada à necessidade de internação na UTIN, pode interferir na interação mãe-bebê devido ao distanciamento do binômio, influenciando negativamente no processo de amamentação (CRUZ; SEBASTIÃO, 2015).

O Ministério da Saúde define AME quando a criança recebe somente LME, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos. Enquanto que AM é quando a criança recebe LM (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos (BRASIL, 2009).

No Brasil, de acordo com a II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal (2008), a prevalência do AME em menores de seis meses é de apenas 41%. A análise da situação do AM nos municípios brasileiros, segundo parâmetros propostos pela OMS foi de que, em relação ao AM na primeira hora de vida, a maioria dos municípios participantes encontraram-se em boa situação, com prevalências entre 50% e 89%. Já em relação ao AME em menores de seis meses, a maioria apresentou situação considerada pela OMS como “razoável”, com prevalências inferiores a 50% (BRASIL, 2010).

Mais recentemente, o Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil – ENANI (2019) descreveu a prevalência dos indicadores do AM segundo macrorregião e analisou a tendência desses indicadores nos últimos 34 anos, mostrando uma maior prevalência de AME em crianças menores de seis meses. Foi avaliado 14.584 crianças menores de cinco anos de vida no período entre fevereiro de 2019 e março de 2020. A prevalência do AME entre as crianças com menos de seis meses de idade foi de 45,7% no Brasil, sendo essa prática mais frequente na região Sul (53,1%) e menos na região Nordeste (38,0%). Já em crianças menores de quatro meses, essa prevalência foi ainda mais alta, 60%. O estudo também evidenciou um aumento na prevalência de AME entre 1986 e 2020, passando de 2,9% para 45,7%, o que corresponde a um incremento de cerca de 1,2% ao ano (UFRJ, 2020).

As vantagens do AM para RNPT incluem o fator nutricional e imunológicos do leite humano, seu papel na maturação gastrointestinal, a formação do laço afetivo entre o binômio mãe-bebê, melhora no desenvolvimento neuropsicomotor, proteção antioxidante, menos hospitalizações e re-hospitalizações, e menores taxas nas incidências de infecção. A amamentação do recém-nascido com muito baixo peso (< 1.500 g) ao nascimento favorece melhor ganho de peso, menor risco de desenvolver enterocolite e melhoria do desenvolvimento neurológico quando comparado a lactentes alimentados com fórmulas nutricionais, provando que o LM é a melhor opção (NASCIMENTO; ISSLER, 2004; SASSÁ et. al., 2013; WHO, 2012).

No entanto, existem significativos desafios físicos, emocionais e logísticos para amamentação dentro da UTIN e estudos sugerem que o início da lactação na população da UTIN é menor do que em bebês saudáveis nascidos a termo (BENOIT; SEMENCI, 2014).

Estudo realizado por Silva e colaboradores (2014) mostrou que o ganho de peso nos recém-nascidos prematuros alimentados por leite exclusivo da própria mãe foi maior quando comparado com os recém-nascidos que receberam leite do banco de leite humano e leite misto (LM da mãe associado ao leite do BLH). O estudo demonstrou ainda que o LM de mães de prematuros é de fato o que melhor alimenta e fornece maior ganho de peso em neonatos de baixo peso, visto que apresenta maior concentração de proteínas, sódio, cálcio, lipídeos, calorias, eletrólitos, minerais, além de várias propriedades anti-infecciosas.

O leite produzido pelas mães de prematuros traz benefícios não apenas por apresentar maiores quantidades de fatores imunológicos, mas, também, pelo menor risco da presença de contaminantes. As crianças prematuras e de baixo peso nem sempre são beneficiadas pela transferência de imunoglobulinas através da placenta que ocorre após 34 semanas de gestação. Por estarem expostas a um ambiente patogênico durante a internação na UTIN, é fundamental que elas recebam os fatores de proteção através do leite da própria mãe como primeira opção, ou de leite humano de banco de leite, como segunda opção, desde que seja compatível com a idade gestacional do recém-nascido (VANNUCHI et al., 2004).

Com relação ao ato de amamentar, o estudo de Braga e colaboradores (2008) evidenciou que a decisão de amamentar o prematuro está relacionada ao reconhecimento da importância do LM para a saúde do RN. A orientação dos profissionais de saúde é de suma importância para o incentivo ao AM e para a prevenção do desmame precoce.

Outros estudos também mostraram que a conscientização do LM como melhor fonte de nutrição para os prematuros incentivaram as mães à continuarem a ordenha mamária. As mães sentiam a necessidade de compensar o nascimento prematuro fornecendo LM benéfico aos seus RNs, além de considerarem o LM e a amamentação como forma de equilibrar a dor dos cuidados intensivos exigidos pelos prematuros, promovendo proximidade entre as mães e os bebês (IKONEN; PAAVILAINEN; KAUNONEN, 2015).

A amamentação inadequada tem um impacto significativo nos custos do cuidado de saúde para as crianças e as mulheres. As mães que alimentam seus bebês com fórmula infantil se ausentam com mais frequência do trabalho do que as mães que amamentam, devido a uma maior frequência e gravidade de doenças que acometem as crianças (WHO, 2018).

Não há consenso na literatura sobre o momento adequado de se iniciar a amamentação nos prematuros. Os indicadores tradicionais utilizados são a estabilidade fisiológica, o peso maior ou igual a 1.500g e a idade gestacional igual ou maior que 34 semanas. Outros critérios comportamentais como sugar a sonda nasogástrica, apresentar reflexo de busca durante o contato pele a pele e permanecer no estado de alerta também devem ser considerados (NASCIMENTO; ISSLER, 2004).

A amamentação e o contato pele a pele também podem ser utilizados como uma intervenção não farmacológica de alívio da dor em pré-termos estáveis a partir de 30 semanas de idade gestacional. É indicado que o contato pele a pele seja iniciado antes e mantido durante e após o procedimento doloroso, quando possível (MOTTA; CUNHA, 2015).

Para bebês prematuros que não conseguem amamentar diretamente ao seio, a sucção não nutritiva e a estimulação oral podem ser benéficos até que a amamentação seja estabelecida (WHO, 2017).

Com relação à prevalência do AME na UTIN, o estudo de Pachu e Viana (2018) revelou uma taxa de 76,64% na alta hospitalar de recém-nascidos, mostrando a importância de se estimular a autoestima na mãe e favorecer o vínculo do binômio.

A duração do AM pode ser favorecida ou restringida por fatores biológicos, culturais, relativos à assistência à saúde e socioeconômicos. Os profissionais de saúde, por meio de suas atitudes e práticas, podem influenciar positiva ou negativamente o início da amamentação e sua duração (SILVA; ALMEIDA, 2015).

A aplicabilidade da primeira etapa do Método Canguru que se inicia no parto/nascimento, seguido da internação do recém-nascido na UTI neonatal, por meio do contato pele a pele precoce, com suporte e apoio para a amamentação e livre acesso e permanência dos pais na UTIN, é uma estratégia que influencia positivamente o início e a duração do AM e deve ser estimulada (BRASIL, 2017b).

Estudo realizado por Alves e colaboradores (2007) mostrou uma taxa de desmame precoce de 27,3% em prematuros com maior ocorrência no terceiro mês de vida. A causa de desmame precoce de maior prevalência esteve relacionada aos fatores socioculturais, referente ao desconhecimento e a insegurança das mães sobre os benefícios gerados pelo aleitamento para o binômio mãe-bebê.

O desmame precoce também está presente em decorrência da condição clínica do RN, que impossibilita o início precoce da sucção direta ao seio materno, em razão do período de internação, do estresse materno e da falta de rotinas sistematizadas que incentivem o AM (VANNUCHI et al., 2004).

Enquanto grande parte dos aspectos socioeconômicos que interferem no AM não é passível de mudanças, o apoio às mães pode ser estimulado e promovido, com o consequente aumento nas taxas de amamentação. Essas mães devem ser encorajadas e orientadas a iniciar a ordenha precocemente, para que a lactação seja estimulada (NASCIMENTO; ISSLER, 2004).

A internação do RNPT na UTIN é uma situação de crise para toda a família, principalmente para a mãe. Esse é um ambiente que causa estranheza, insegurança e medo. Ademais, o bebê real é diferente do imaginado e o sentimento de culpa pelos problemas do filho atua como fatores inibidores do contato espontâneo entre pais e bebês. Nesse sentido, o acolhimento aos pais desempenha papel fundamental para que as experiências emocionais que venham ocorrer nesse período sejam melhores aceitas e o sofrimento dos pais minimizados (GAÍVA; SCOCHI, 2005).

O fato do RN permanecer internado na UTIN logo após o nascimento pode ser um fator que contribua para essa vivência se tornar, além de nova, difícil. Essa dificuldade, atribuída pelas mães ao processo de amamentar, pode ter relação com a fragilidade de seus bebês. Mais uma vez, a percepção de que seu bebê não é igual àquele idealizado pode fazer com que a mãe demore um pouco a encarar sua nova realidade, e, desta forma, todos os dispositivos necessários para a alimentação de um prematuro tornam-se grandes desafios (GORGULHO; PACHECO, 2008).

Durante o período de internação, muitas mães percebem que nutrir o filho é a única coisa que podem efetivamente fazer para colaborar na recuperação do RNPT. Entretanto, poucas conseguem iniciar e manter uma produção adequada de leite sem receber ajuda qualificada e apoio da família. O apoio às mães é largamente reconhecido como fundamental para o estabelecimento da lactação (NASCIMENTO; ISSLER, 2004).

A amamentação na UTIN não depende só da mãe. Além do desejo da mãe, as condições e imaturidade do bebê, infraestrutura da unidade, apoio dos profissionais e a garantia do acesso e permanência dos pais junto ao RN podem interferir nesse processo. O processo de amamentar não deve ser visto e tratado como de responsabilidade somente materna, pois para ter sucesso nessa prática a mãe precisa de uma rede de apoio formal e informal (GAÍVA; SCOCHI, 2005).

Segundo Scochi e colaboradores (2008), o baixo índice de AM entre prematuros, especialmente os de extremo baixo peso, deve-se ao medo e insegurança da mãe e à ausência de orientações adequadas a respeito da manutenção da lactação, além das determinações socioculturais, o que contribui para a diminuição da produção láctea.

Estudo realizado por Benoit e Semenic (2014) trouxe os principais fatores contextuais para o AM na UTIN, como a estabilidade da saúde infantil; separação do binômio (nem sempre as mães estavam presentes na UTIN durante os horários programados de alimentação da criança); envolvimento dos pais nos cuidados; carga de trabalho dos profissionais de saúde com inadequação do número de profissionais, impedindo a participação nos cursos de capacitação, falta de conhecimento; espaço inadequado para membros da família ao lado da incubadora do bebê na UTIN e alimentação programada e documentação rigorosa de peito, ingestão calórica e volume, uma vez que o crescimento infantil era prioridade. As mães que tiveram o bebê prematuro não possuíam conhecimento adequado sobre amamentação como resultado da falta de aulas no pré-natal.

Cuidar de um recém-nascido pequeno traz exigências à equipe de saúde, na efetividade da atenção humanizada. Os profissionais de saúde que atuam em uma Unidade Neonatal devem ser sensíveis a todos os sentimentos vivenciados pelas mães e, a partir daí, implantar estratégias que propiciem às mães expressar seus medos e anseios, inserindo-as gradualmente no cuidado, visando desenvolver habilidades e o vínculo afetivo (GORGULHO; PACHECO, 2008).

A participação da mãe e do pai durante o período de internação, incluindo sua permanência junto ao seu filho, favorece o estabelecimento da relação de cuidado, em que o profissional

descobre e aprende detalhes familiares que precisam inseridos nos cuidados de rotina para com o RN, promovendo um sentimento de confiança na equipe de saúde. Outra vantagem da entrada dos pais na unidade neonatal é que, ao se familiarizarem com o ambiente, cada vez mais buscam informações, questionam os profissionais e a própria instituição de saúde, apresentando certa autonomia na trajetória hospitalar do seu filho, o que é significativamente positivo em termos de promoção de saúde e indicativo de que o processo interacional e vincular se encontra em desenvolvimento (BRASIL, 2017b).

Para promover o AME de prematuros, sugere-se que o atendimento direto às mães seja, portanto, realizado por uma equipe de profissionais especializados, treinados nas técnicas de aconselhamento em amamentação, orientando-as e as ajudando, quando necessário, durante toda a internação do recém-nascido. Acredita-se que, para o sucesso da amamentação exclusiva da criança prematura, são fundamentais a determinação e o desejo da mãe para amamentar, otimização do cuidado perinatal incluindo avaliação acurada e individualizada da mãe e do filho, além da atuação efetiva dos serviços e dos profissionais de saúde em prol do aleitamento materno (BRAGA et. al., 2008).

3.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE O ALEITAMENTO MATERNO

As políticas de saúde pública nos campos da saúde da criança e da mulher relacionadas com a amamentação estabelecem ações assistenciais de apoio, articuladas com as redes de atenção básica e hospitalar, que apresentam estratégias importantes para o início e a manutenção do aleitamento (ALVES et. al., 2016).

O AM estava em declínio nas primeiras décadas do século XX, quando começava a comercialização do leite em pó adaptado para bebês. A construção de uma cultura a favor de fórmulas infantis teve início com a disseminação da ideia de que o LM era fraco, ruim, insuficiente para que um bebê crescesse realmente forte e saudável. Nos anos 1960, grande parte dos bebês americanos recebiam fórmulas graças às agressivas campanhas de distribuição de leite em pó nas maternidades e ao contínuo esforço de propaganda contra o LM (GOMES et. al., 2016).

Na década de 1970, observou-se uma “epidemia do desmame”, decorrente do intenso processo de urbanização, da inserção da mulher no mercado de trabalho, da carência de legislação

de proteção à amamentação, práticas hospitalares inadequadas de separação mãe-filho no pós-parto imediato e programas de distribuição gratuita de leite, resultando em um aumento da mortalidade infantil. Desde então foram implantadas várias políticas públicas na tentativa de recuperar a prática da amamentação, como a Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), em 1981, que tinha como foco a promoção, proteção e o apoio ao AM e propunha a implantação do alojamento conjunto nas maternidades, início da amamentação imediatamente após o nascimento, não oferta de água e leite artificial nas maternidades, criação de leis sobre creches no local de trabalho da mulher e aumento do tempo da licença-maternidade (BRASIL, 2017a).

Em 1984, o Brasil implantou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) em resposta à mortalidade infantil decorrente da desnutrição, infecções respiratórias agudas, diarreia e doenças imunopreveníveis. As ações compreendiam o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; controle das doenças diarreicas e das infecções respiratórias agudas; imunização e incentivo ao AM tendo em vista o papel relevante na prevenção das doenças infecciosas, além de se constituir em fator importante para o crescimento e desenvolvimento da criança (BRASIL, 1984).

Em 1988, a OMS promulgou o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno em resposta ao declínio nas taxas de AM em todo o mundo. Visando controlar o marketing de fórmulas infantis e outros produtos utilizados como substitutos do leite humano, o Código buscava garantir às mulheres e suas famílias uma escolha livre de influência publicitária para que as mesmas pudessem fazer as melhores opções alimentares para seus filhos. No Brasil, esse Código foi adotado como Resolução CNS nº 5 de 20 de dezembro de 1988, denominado Norma de Comercialização de Alimentos para Lactentes, sendo revisada e aprovada como “Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes” pela Resolução CNS nº 31/92 de 12 de outubro de 1992. Nos anos de 2000 e em 2001 a Norma sofreu novo processo de revisão, publicada então como Portaria GM 2.051 de 8 de novembro de 2001 e Resoluções RDC ANVISA nº 221 e 222 de 2002, constituindo a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, Crianças de primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL), marco importante na história do AM no país (IBFAN, 2018).

O objetivo da NBCAL é contribuir para a adequada nutrição dos lactentes e das crianças de primeira infância por intermédio da regulamentação da promoção comercial e orientações do uso apropriado dos alimentos para lactentes e crianças de primeira infância, bem como do uso de

mamadeiras, bicos e chupetas; proteção e incentivo ao AME nos primeiros seis meses de vida; e proteção e incentivo à continuidade do AM até os dois anos de idade, após a introdução de novos alimentos na dieta dos lactentes (BRASIL, 2001).

Posteriormente a NBCAL, a IHAC foi lançada em 1991 e implementada no Brasil em 1992 após a aprovação da Declaração de *Innocenti* em Florença, Itália, como estratégia da OMS e do Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF) no intuito de promover, proteger e apoiar a amamentação através de transformação de estruturas, processos e práticas de saúde, prevenindo o desmame precoce hospitalar (BENOIT; SEMENCI, 2014; LAMOUNIER et. al., 2019).

A Declaração de *Innocenti* incluía quatro objetivos: a indicação de um coordenador nacional de AM; a criação de um comitê nacional de AM; garantir que toda e qualquer unidade que ofereça serviços de maternidade siga os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno com propostas de ações para efetivar princípios e objetivos do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno; propor a criação de legislações de proteção aos direitos da amamentação de trabalhadoras com meios para sua implantação (OMS, 2009).

A IHAC oferece orientação sobre a implementação, treinamento, monitoramento, avaliação e reavaliação dos Dez Passos e da NBCAL, apresentando impactos positivos nas taxas de amamentação em todo o mundo. Assim, todas as unidades que oferecem serviços de maternidade e cuidados para bebês recém-nascidos devem seguir os seguintes passos (WHO, 2017):

1. Ter uma política de aleitamento materno escrita que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados da saúde;
2. Capacitar toda a equipe de cuidados da saúde nas práticas necessárias para implementar essa política;
3. Informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno;
4. Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento. Conforme a nova interpretação da portaria nº 1153 de 22 de maio de 2014, colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães, imediatamente (até 5 minutos) após o parto, por pelo menos uma hora e incentivar a mãe a identificar sinais de que o bebê está querendo ser amamentado, oferecendo ajuda, se necessário.
5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se separadas dos seus filhos;
6. Não oferecer aos recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o LM, a não ser que haja indicação médica;

7. Praticar o alojamento conjunto, permitindo que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia;
8. Incentivar o aleitamento materno sob livre demanda;
9. Não oferecer bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas;
10. Promover grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos na alta da maternidade (WHO, 2017).

Os Dez passos estão vinculados entre si. Nesse sentido, as mães precisam ser orientadas, apoiadas e estimuladas quanto à amamentação e a equipe precisa ser capacitada para orientar os familiares acerca dos benefícios da amamentação, além de fornecer informações sobre a lactação, estímulos para a produção do LM, técnicas de ordenha e resolução de dificuldades para os possíveis problemas durante a amamentação (BRASIL, 2011b).

O Brasil foi um dos 12 primeiros países a adotá-la, resgatando o direito da mulher de amamentar, mediante mudanças nas rotinas das maternidades. A IHAC funciona como processo de acreditação, e, mundialmente, para que um hospital seja credenciado como “Amigo da Criança” deve cumprir os Dez Passos para o Sucesso da Amamentação e não aceitar doação de substitutos do LM. Para uma instituição receber a placa comemorativa de HAC, é preciso obter no mínimo 80% de aprovação dos critérios globais estabelecidos para cada um dos dez passos (BRASIL, 2017a).

As pesquisas internacionais realizadas sobre a IHAC mostram que, após sua implantação, o AM teve início mais precocemente com aumento das taxas de amamentação durante a internação, do AME na alta e diminuição das infecções do trato gástrico e do eczema tópico. Da mesma forma, os estudos nacionais realizados até o momento evidenciam aumento nas taxas e na duração do AME e do AM total de crianças internadas na UTIN (FIGUEREDO; MATTAR; ABRAO, 2013).

Segundo a Pesquisa Nacional de Prevalência de Aleitamento Materno em Municípios Brasileiros, divulgada em 2009, a duração média do AME em crianças que nasceram em HAC foi de 60,2 dias, contra 48,1 dias em crianças que não nasceram em HAC. Também as chances de quem nascem em HAC aumentam em 9% para a amamentação na 1ª hora de vida, o que mostra a efetividade das ações da IHAC no início e manutenção da amamentação (BRASIL, 2011b).

Embora lançado para a promoção, proteção e apoio à amamentação de recém-nascidos a termo saudáveis, a aplicação das normas Amigo da Criança em maternidades tem tido efeitos positivos nas taxas de amamentação e frequência no uso de LM em unidades de cuidados especiais

neonatais. No entanto, os cuidados intensivos neonatais estão consistentemente associados a menores taxas de início e duração da amamentação e mais incerteza e preocupações com a amamentação (NYQVIST et al., 2012).

Após a implantação da IHAC no Brasil, foi criada a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano em 1998 por iniciativa conjunta do Ministério da Saúde e Fundação Oswaldo Cruz, com objetivo de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno, além de realizar ações de coleta, processamento, controle de qualidade e distribuição do leite humano pasteurizado para bebês prematuros, de baixo peso ou hospitalizados na UTIN. Dessa forma, constituem um elemento estratégico para contribuir com a redução da morbidade e mortalidade infantil, com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2017b).

Atualmente, o Brasil comporta a maior e mais complexa Rede de Bancos de Leite Humano do mundo, com 225 unidades presentes em todos os estados, além do Distrito Federal. De acordo com a Rede Global de Bancos de Leite Humano, o Distrito Federal é reconhecido nacionalmente pela capacidade de captação de leite humano no banco de leite, sendo o único lugar no mundo com 100% de cobertura de bancos de leite e postos de coleta nas unidades públicas e privadas de saúde com UTIN, tornando-se referência em coleta e distribuição de leite humano (MOURA, 2019).

Em consideração ao grande número de nascimentos prematuros e nascimentos com baixo peso anualmente em todo mundo, cerca de 20 milhões de crianças e, ao fato de que as principais causas de mortes infantis serem originárias do período perinatal e prematuridade (cerca de 40%), o Ministério da Saúde lançou, pela Portaria Ministerial nº 693 de 5 de julho de 2000, a Norma de Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo Peso – o Método Canguru, sendo atualizada pela Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007 (BRASIL, 2013). Ele promove a humanização do cuidado neonatal, compreendida como respeito à integralidade e à singularidade de cada recém-nascido, não dissociada da qualidade técnico-científica e das boas práticas do campo da terapia intensiva neonatal, promovendo a participação dos pais e da família nos cuidados neonatais (BRASIL, 2017b).

Faz parte do Método o contato pele a pele, que começa de forma precoce e crescente desde o toque evoluindo até a posição canguru. O bebê prematuro é colocado em contato direto pele a pele com sua mãe ou outro membro da família para fornecer calor estável e para encorajar a amamentação exclusiva. Uma revisão sistemática e meta-análise de vários ensaios clínicos controlados randomizados descobriu que o Método Canguru está associado a uma redução de 51%

na mortalidade neonatal por bebês estáveis com peso <2.000g se iniciado na primeira semana, em comparação com os cuidados com incubadoras (WHO, 2012).

Com o nascimento do RNPT e a necessidade da internação na UTIN, especial atenção é dada no sentido de estimular a entrada dos pais nesses locais e de estabelecer contato pele a pele com o bebê, de forma gradual e crescente, de maneira segura e agradável para ambos, estimulando à lactação e à participação dos pais nos cuidados com o bebê. A posição canguru é proposta sempre que possível promovendo vínculo e aumentando as taxas de aleitamento materno, além de propiciar um melhor relacionamento da família com a equipe de saúde (BRASIL, 2013).

O Método Canguru é desenvolvido em três etapas, sendo que a primeira tem início no pré-natal da gestação que necessita cuidados especializados, durante o parto/nascimento, seguido da internação do RN na UTI neonatal e/ou na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional. É nesta etapa que se inicia o contato pele a pele precoce, respeitando as condições clínicas do RN e a disponibilidade de aproximação e interação dos pais com o recém-nascido, além de promover o livre e precoce acesso, bem como a permanência dos pais na unidade neonatal, sem restrições de horário (BRASIL, 2017b).

Ainda no início dos anos 2000, foi criado e implantado o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, por meio da Portaria nº 569/2000, tendo como objetivo primordial assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania (BRASIL, 2002).

Em junho de 2011 foi implantada a Rede Cegonha através da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, a qual consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Entre suas ações, a Rede Cegonha propõe ampliar o acesso, acolhimento e melhoria da qualidade do pré-natal; vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro, segurança na atenção ao parto e nascimento; atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade, e por último, o acesso às ações do planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011c).

Nesse mesmo ano, a OMS/UNICEF identificou a necessidade de expandir as diretrizes da IHAC, originalmente desenvolvidas para as maternidades, para os cuidados intensivos neonatais, denominado de IHAC-NEO, adaptada ao contexto do cuidado neonatal, com a adição de três

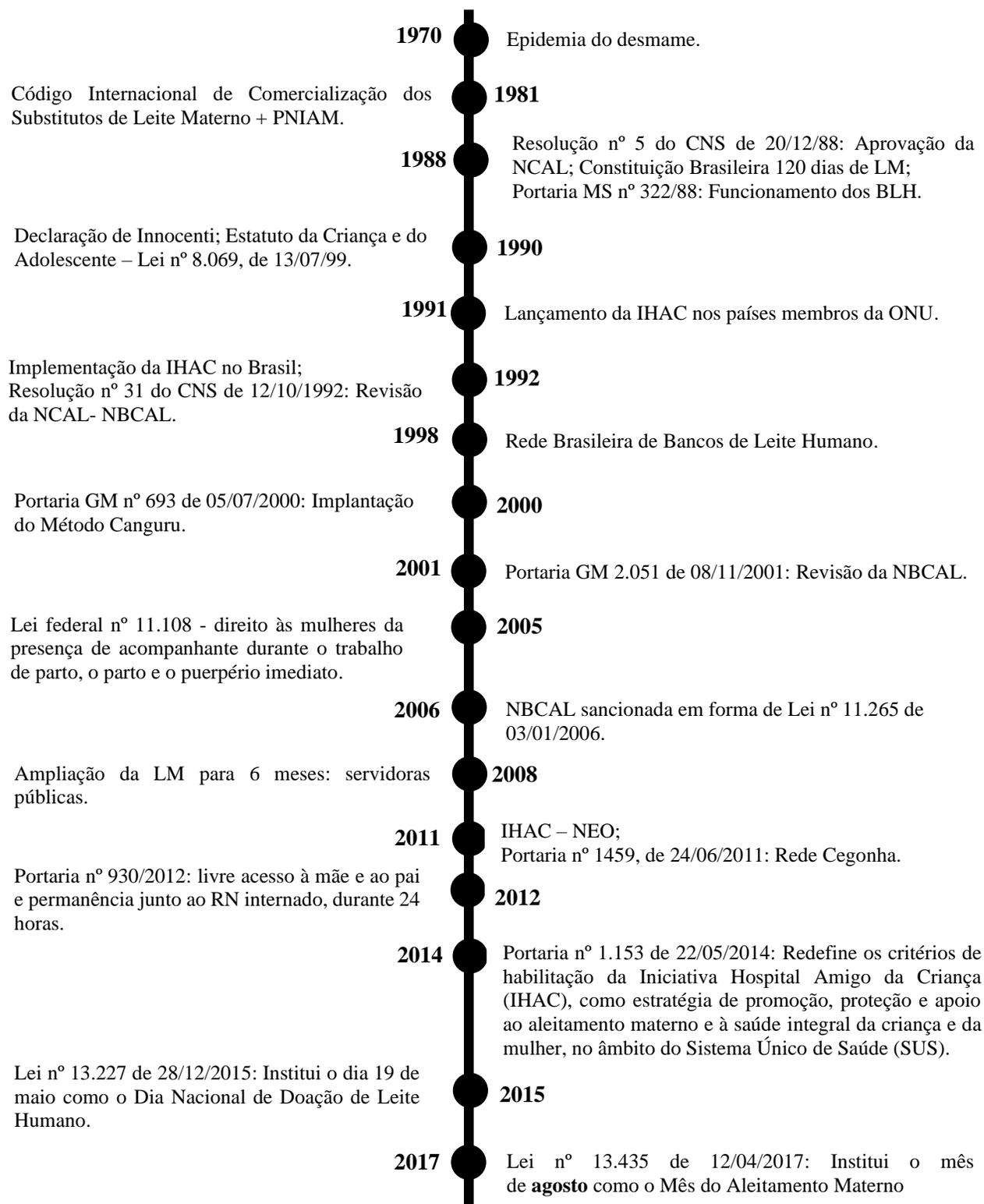
“Princípios Norteadores” que tem como referência o cuidado centrado na família sendo desenvolvidos desde o nascimento, durante todo o processo de hospitalização e após a alta hospitalar, a fim de apoiar essa população vulnerável de mães e bebês, fazendo uma interface com as três etapas do Método Canguru. Foi proposta também a expansão dos 10 passos para amamentação bem sucedida em terapia intensiva neonatal (NYQVIST et al., 2012).

Em 2012, foi lançada pelo Ministério da Saúde às diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Portaria nº 930/2012, garantindo livre acesso à mãe e ao pai e permanência junto ao RN internado, durante 24 horas, corroborando com a 1º etapa do Método Canguru (BRASIL, 2012).

O foco na doação de leite humano se deu a partir das leis nº 13.227/2015 e 13.435/2017, instituindo o dia 19 de maio como o Dia Nacional de Doação de Leite Humano e o mês de Agosto reconhecido como Agosto dourado, simbolizando a luta pelo incentivo ao AM, com foco em ações de promoção, proteção e apoio à amamentação. O fortalecimento dessas ações foi fundamental para a melhoria dos índices de AM, melhoria dos indicadores de saúde da criança, redução de internações hospitalares por diarreias e infecções respiratórias em crianças menores de um ano, além da redução da mortalidade infantil no Brasil.

Os principais marcos da amamentação foram sumarizados na linha do tempo apresentada na Figura 1.

Figura 1. Linha do Tempo dos Principais Marcos da Amamentação no Brasil



Fonte: Autoria própria

Não menos importante que a saúde dos prematuros, a saúde da mulher deve ser vista como pilar nesse processo de amamentação. Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, doença sexualmente transmissível, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres, promovendo uma melhoria na qualidade da atenção obstétrica e do planejamento familiar (BRASIL, 2004).

No ano 2005 foi instituída a Lei federal nº 11.108 que garantia às mulheres o direito da presença de acompanhante durante o trabalho de parto, o parto e o puerpério imediato, um marco na qualidade da assistência perinatal que assegurava a participação da família ao nascimento (BRASIL, 2005).

Em 2014, os critérios da IHAC foram redefinidos, incorporando o critério global Cuidado Amigo da Mulher, que compreendia o cuidado humanizado durante o pré-parto, parto e o pós-parto, contribuindo para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno (BRASIL, 2014).

A prática da amamentação é fortemente influenciada pelo meio onde está inserida a nutriz. Para uma amamentação bem-sucedida, a mãe necessita de constante incentivo e suporte, não só dos profissionais de saúde, mas da sua família e da comunidade. A opinião e o incentivo das pessoas que cercam a mãe, sobretudo os maridos/companheiros, as avós da criança e outras pessoas significativas para a mãe são de extrema importância (BRASIL, 2009).

Mesmo sabendo que a amamentação é um componente vital na saúde das crianças, devemos respeitar o direito de cada mãe para tomar uma decisão informada sobre como alimentar o seu bebê, com base em informações completas, baseadas em evidências, livre de interesses comerciais, e o apoio necessário para lhe permitir tomar a sua decisão (WHO, 2018).

A nutriz necessita estar imersa em ambiente favorável à sua história de vida e ao seu cotidiano para que seja capaz de tomar essa decisão. É necessário compreender os valores do apoio ofertado à amamentação, bem como os seus significados para os envolvidos nesse processo (enfermeiros e outros profissionais de saúde), possibilitando ampliar a assistência, tornando-a qualificada e, sobretudo, individualizada (ALVES et. al., 2016).

O apoio à amamentação deve ser dado de acordo com os desejos e necessidades únicos da mãe em relação à amamentação, bem como para estabelecer um relacionamento próximo e protetor

com a criança. Pesquisas sugerem que a amamentação deve ser promovida como um direito da mulher e uma questão feminista e não apenas como um dever ou responsabilidade da mulher devido ao corpo biológico e aos benefícios de saúde física da amamentação. No entanto, as desigualdades sociais e estruturais podem influenciar a capacidade da mulher de optar por amamentar, o que é importante estar ciente ao apoiar a amamentação. (PALMER; ERICSON, 2019).

A humanização e a qualidade da atenção em saúde são condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas identificados, na satisfação das usuárias e no fortalecimento da capacidade das mulheres frente à identificação de suas demandas. Logo, o atendimento às mães deverá nortear-se pelo respeito a todas as diferenças, sem discriminação de qualquer espécie e sem imposição de valores e crenças pessoais (BRASIL, 2004).

3.3. AVALIAÇÃO DE IMPLANTAÇÃO

A Avaliação em Saúde constitui uma etapa essencial do processo de planejamento e de administração do setor saúde, uma vez que possibilita a tomada de decisões da maneira mais eficaz frente aos problemas vivenciados pelos serviços de saúde (CESAR; TANAKA, 1996). Ela produz informações quanto à adequação, efeitos e custos associados ao uso de tecnologias, programas ou serviços de tecnologias, programas saúde, podendo subsidiar a tomada de decisão em relação às práticas de serviços e ao estabelecimento de políticas concernentes ao setor. Dessa forma, a avaliação em saúde engloba:

- Seleção de problemas relevantes, e sensíveis, a medidas de ação viáveis nos níveis técnico, político e económico;
- Medição de atributos pertinentes a tecnologias, programas ou serviços de saúde, que se constituem em alternativas para a solução, ou a minimização, de problemas, em uma população;
- Julgamento e a comparação do comportamento desses atributos, como critérios de apreciação da adequação, dos benefícios, dos efeitos adversos e dos custos associados às alternativas, levando-se em conta a população de referência e o conhecimento, ou o arsenal tecnológico existente/disponível;
- Alimentação dos processos de análise e de formulação de condutas, ou recomendações, para ação gerencial ou governamental (PORTELA, 2000).

Os principais objetivos da avaliação estão direcionados em ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção; fornecer informação para melhorar uma intervenção no seu decorrer; determinar os efeitos de uma intervenção ao seu final para decidir se ela deve ser mantida, transformada de forma importante ou interrompida; utilizar os processos de avaliação como um incentivo para transformar uma situação injusta ou problemática, visando o bem-estar do coletivo; e contribuir para o progresso dos conhecimentos, para a elaboração teórica (SAMICO et. al., 2010).

Segundo Champagne et al., (2010, p. 6):

A avaliação consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, com a implantação de mecanismos capazes de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes considerando os diferentes atores envolvidos, com o intuito de construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações (CHAMPAGNE et al., 2010, p. 6).

O julgamento para o qual a avaliação conduz considera um processo de valoração, idealmente baseado em critérios considerados adequados e aplicáveis ao objeto. Os critérios, associados à informação obtida confrontando-os à realidade observada, são uma das formas de chegar ao julgamento (MALIK; SCHIESARI, 1998).

Uma intervenção é construída pelo conjunto dos meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática (HARTZ, 1997).

Na avaliação de práticas e serviços de saúde pressupõe-se que uma estrutura adequada propicia um bom processo de assistência à saúde. E que este processo, por sua vez, leva a mudanças favoráveis no nível de saúde da população (PORTELA, 2000).

O sistema de saúde é muito complexo: as relações entre os problemas de saúde e as intervenções suscetíveis de resolvê-los são, em parte, impregnadas pela incerteza, e as regras econômicas de alocação dos recursos não se aplicam. Nesse contexto, a avaliação constitui um dos melhores mecanismos para responder às necessidades de informação dos decisores, que devem justificar suas escolhas para públicos cada vez mais exigentes (BROUSSELLE et al., 2011).

A avaliação de implantação busca entender as condições da implantação, reconhecendo que o contexto político e social influencia nos resultados das ações e da avaliação, e esses fatores devem ser percebidos em toda a sua subjetividade. Logo, a análise de implantação consiste em medir a influência que pode ter a variação do grau de implantação de uma intervenção nos seus efeitos e

em verificar a influência do ambiente e do contexto no qual a intervenção está sendo implantada (MELO et. al., 2012).

A importância de avaliar a implantação revela-se indispensável para se chegar a conhecer a totalidade das intervenções, no que se relaciona à validade de seu conteúdo (intensidade com a qual as atividades são realizadas e sua adequação em relação às normas existentes), e aos fatores explicativos das defasagens observadas entre a planificação e a execução das ações. Ela obriga a construir, a priori, a teoria do programa, especificando sua "natureza" (componentes, práticas) e o contexto requerido como etapas prévias aos resultados esperados (HARTZ, 1997).

De acordo com Vieira-da-Silva (2014), a avaliação do grau de implantação visa responder a uma das três seguintes perguntas: 1) Em que medida a variação do grau do contexto da implantação influenciou na variação do grau de implantação? 2) Em que medida a variação do grau de implantação influenciou na variação dos efeitos da intervenção? 3) Em que medida houve influência da interação entre o contexto da implantação e a intervenção nos efeitos esperados?

As numerosas vantagens deste tipo de abordagem se evidenciam desde o início da investigação. Tal enfoque aumenta o conhecimento das intervenções; indica a diferença entre o fracasso de um programa e a insuficiência de sua base teórica; fornece a informação indispensável aos que tomam decisões; esclarece problemas conceituais das medidas; identifica efeitos imprevistos; ajuda na obtenção de consenso entre os atores; distingue as variáveis intervenientes, favorecendo a formulação das intervenções (HARTZ, 1997).

A avaliação envolve a coleta sistemática de informação sobre as atividades e resultados de programas, recursos humanos e produtos à disposição de pessoas específicas, para reduzir incertezas, aumentar efetividade e tomar decisões em relação ao que esses programas, recursos e produtos estão fazendo (MELLEIRO; MAGALDI; PARISI, 2008). Deve-se considerar a forma como a política/programa está sendo implantada, seus efeitos desejados e adversos, os principais *stakeholders* (atores) e a forma como os recursos públicos estão sendo utilizados (BRASIL, 2018).

De acordo com Freeman (1984), a definição de stakeholders envolve qualquer grupo ou indivíduo que pode afetar, ou é afetado, pelo alcance dos propósitos de uma organização, podendo ajudar a mesma a desenvolver ou a perceber possíveis estratégias que contribuam na busca de resultados, seja na captação de recursos, na comunicação com a sociedade, no gerenciamento das pessoas e voluntários e ainda, na prestação dos serviços para o público beneficiado.

3.4 PERGUNTAS AVALIATIVAS

A determinação das perguntas avaliativas é responsável pelo alicerce e direcionamento do processo avaliativo, servindo para delimitar o que será avaliado, articulando o foco da avaliação. Devem-se considerar os contextos que a intervenção está inserida e que podem refletir na definição das questões avaliativas (SAMICO et al., 2010).

Para o levantamento da pergunta avaliativa deste estudo, foram seguidas as recomendações de Shadish (1994) que propõe o envolvimento do avaliador em atividades e práticas que favoreçam a utilização dos resultados da avaliação e que, acima de tudo, forcem o avaliador a fazer recomendações que venham a contribuir para a melhoria do objeto avaliado. Neste sentido, as perguntas avaliativas que este trabalho se propõe a responder são:

- a) Como o processo de fornecimento de LH aos recém-nascidos prematuros está sendo realizado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Materno Infantil de Brasília?
- b) Em que medida os contextos organizacionais e externos interferem na oferta de leite humano?
- c) As políticas públicas vigentes sobre aleitamento materno são evidenciadas no dia a dia na UTIN?

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a implantação do fornecimento de LH de forma exclusiva aos recém-nascidos prematuros em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Distrito Federal.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o grau de implantação do fornecimento de LH em prematuros na Unidade de Terapia Intensiva a partir da dimensão conformidade e subdimensões disponibilidade e qualidade técnico-científica;
- Identificar as dificuldades e facilidades do contexto organizacional e do contexto externo no processo de amamentação;
- Analisar a influência dos contextos no grau de implantação do fornecimento de LME em prematuros na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

5. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma avaliação de implantação com análise dos contextos organizacional e externo, envolvendo estudo de caso único, com único nível de análise, transversal e com emprego de métodos mistos, combinando técnicas qualitativas e quantitativas em um único estudo.

A avaliação realizada foi do tipo normativo, que consiste em fazer um julgamento sobre a intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo), e os resultados obtidos, com critérios e normas (HARTZ, 1997), conforme abordagem sistêmica proposta por Donabedian e sistematizada na tríade: estrutura, processo e resultado (SAMICO et. al., 2010).

O componente "estrutura" abrange os recursos humanos, físicos e financeiros utilizados na provisão de cuidados de saúde, bem como os arranjos organizacionais e os mecanismos de financiamento destes recursos. O componente "processo" refere-se às atividades que constituem a atenção à saúde, e envolvem a interação de profissionais de saúde e população assistida. O componente "resultados", diz respeito às mudanças, no estado de saúde da população, promovidas pelos cuidados recebidos (PORTELA, 2000).

A abordagem utilizada está focada na análise de implantação, de modo que se tenha uma avaliação dos processos envolvidos na produção dos efeitos esperados pela intervenção, a sua relação com o ambiente (contexto externo) em que eles se inserem e o ambiente institucional (contexto organizacional) onde ocorrem. Foi realizada uma comparação entre o que está previsto nos documentos da intervenção (políticas, plano, programa) com as ações desenvolvidas na prática e em que medida elas sofrem interferências do contexto.

O contexto se refere à situação existente no meio em que as ações ocorrerão. Os fatores contextuais são elementos políticos, organizacionais, sociais, econômicos, psicológicos, estruturais, simbólicos que influenciam na implantação e nos efeitos do programa (SAMICO et. al., 2010).

Para melhor definição dos contextos, foi elaborada uma matriz de análise contendo os elementos contextuais que foram relacionados com o desenvolvimento da intervenção, conforme quadro 1.

Quadro 1. Matriz de Análise dos Contextos Externos e Organizacionais do Fornecimento de Leite Humano Exclusivo para Prematuros na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Tipo do Contexto	Descrição do Contexto	Referencial Teórico
Contexto Externo	Marketing da indústria de alimentos infantis;	OMS, 2008; CRUZ; SEBASTIÃO, 2015
	Apoio da família e dos demais membros do grupo social em que a mulher está inserida;	GAÍVA; SCOCHI, 2005 CRUZ; SEBASTIÃO, 2015
	Situação sociodemográfica (classe econômica; educação materna; situação empregatícia da mulher);	FALEIROS et. al., 2006; CRUZ; SEBASTIÃO, 2015; SILVA; ALMEIDA, 2015
Contexto Organizacional	Infraestrutura da unidade;	SERRA; SCOCHI, 2004; BENOIT; SEMENCI, 2014
	Apoio dos profissionais de saúde na amamentação;	BENOIT; SEMENCI, 2014; CRUZ; SEBASTIÃO, 2015
	Presença de leite humano, fortificante e fórmula infantil na unidade;	BRASIL, 2011a; WHO, 2018
	Aplicabilidade das políticas públicas em prol da amamentação;	OMS, 2008, 2009; BRASIL, 2001, 2012, 2011b, 2017b; WHO, 2012 GORGULHO; PACHECO, 2008.
	Técnicas de ordenha.	BENOIT; SEMENCI, 2014; CRUZ; SEBASTIÃO, 2015

O contexto organizacional foi descrito com base nas entrevistas semiestruturadas com as mães dos RNPTs, preenchimento de questionário online pelos profissionais de saúde, chefia do BLH e chefia de Nutrição, além de análise de documentos da instituição como registro de desabastecimento de leite humano, fórmula infantil e fortificante, e análise da política de AM da UTIN. Os dados dos questionários envolveram questões referentes à estrutura física da unidade como local privativo para ordenha mamária, alimentação adequada durante a permanência na unidade e acomodações para a permanência 24hs das mães no hospital; presença do leite humano, fortificante e fórmula infantil; capacitação dos profissionais de saúde; conhecimento dos profissionais com relação às práticas voltadas para a promoção, proteção e apoio ao AME; e ações de orientação e estímulo à amamentação.

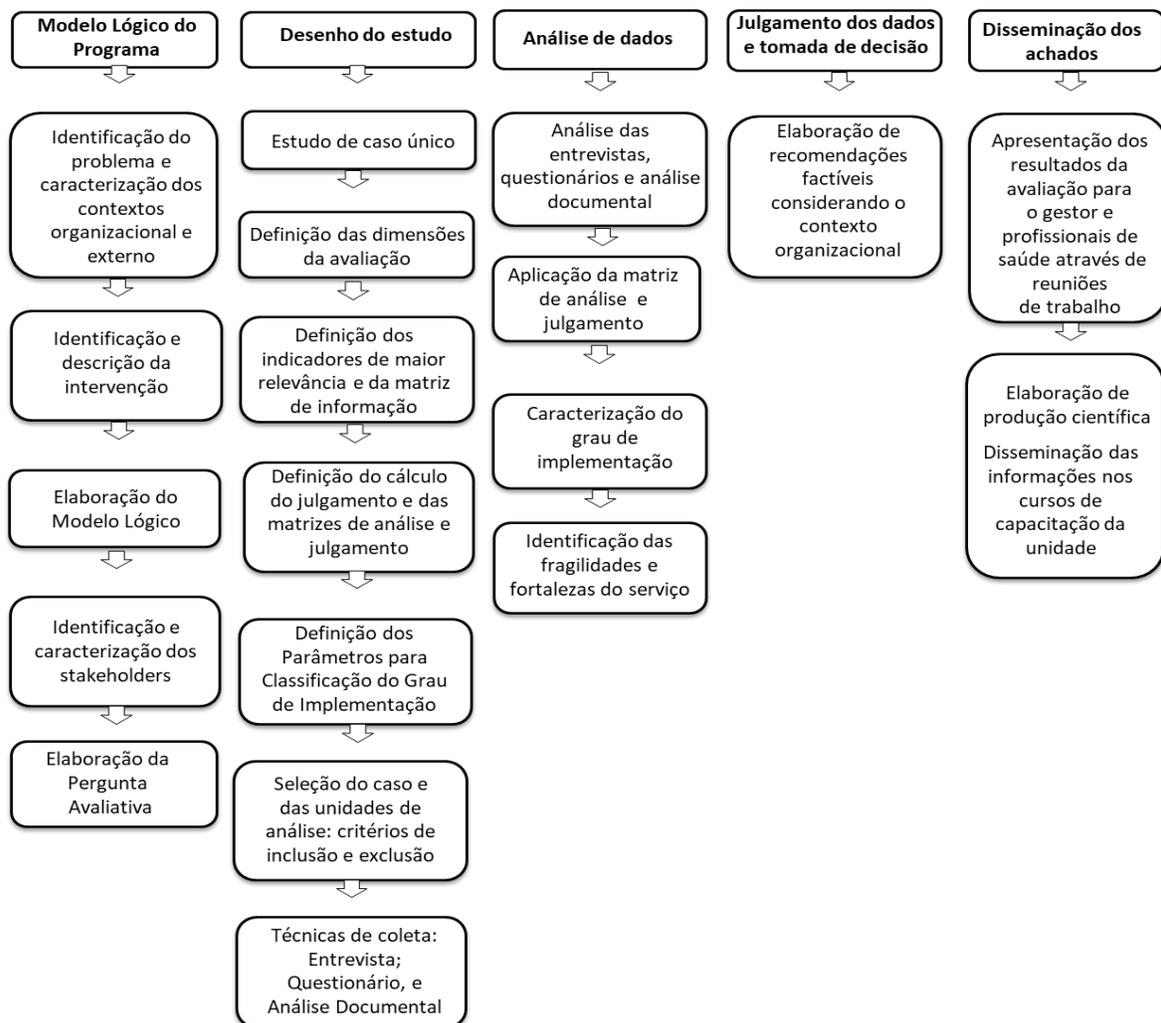
O contexto externo foi descrito a partir das entrevistas semiestruturadas com as mães, sendo possível identificar as facilidades e barreiras no processo de amamentação, aspectos sociodemográficos como escolaridade, estado civil e situação empregatícia da mulher e presença/ausência de rede de apoio familiar. O marketing da indústria foi avaliado através da aplicação do questionário online com os médicos prescritores da UTIN.

O estudo de caso é um dos desenhos mais utilizados na pesquisa qualitativa desenvolvida na avaliação dos serviços de saúde, cuja natureza e abrangência envolve um indivíduo, uma

instituição, um município, um processo de implantação de uma estratégia de prestação de serviços, em relação a qual se pretende alcançar uma compreensão aprofundada (SAMICO et al., 2010). Neste estudo, o caso foi o Hospital Materno Infantil de Brasília, local onde a pesquisadora desempenha suas atividades profissionais como Nutricionista.

A avaliação foi descrita com base no modelo operacional da avaliação conforme figura 2, que apresenta as etapas do processo avaliativo, incluindo o desenho do estudo e a elaboração das matrizes de análise e julgamento. A construção do modelo operacional norteou as etapas da pesquisa, como análise e julgamento dos dados e tomada de decisão.

Figura 2. Modelo Operacional da Avaliação do Fornecimento de Leite Humano de Forma Exclusiva aos Prematuros da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal



O modelo operacional refere-se às avaliações cujo foco é o modo de funcionamento e os efeitos operacionais da intervenção, visando refletir sobre os modos de funcionamento, caracterizando-o dentre outros, pela qualidade técnica, pela magnitude da oferta, produção ou utilização da intervenção ou serviços (DONALDSON, 2007). Neste caso, o modelo operacional refere-se à própria avaliação de implantação.

Para a elaboração do modelo operacional, foi realizada a identificação do problema com a caracterização dos contextos organizacional e externo, definição e descrição da intervenção através do modelo lógico e mapeamento dos principais *stakeholders* envolvidos no processo avaliativo. Foi elaborada a pergunta avaliativa considerando os contextos e delimitando o foco da avaliação.

O desenho do estudo envolveu a definição do estudo de caso único e as dimensões da avaliação. Os insumos e atividades do modelo lógico foram utilizados para definir os indicadores de estrutura e de processo para a construção da matriz de informação e da matriz de análise e julgamento (MAJ). Para a interpretação da MAJ foi definido o valor atribuído e o cálculo do julgamento. Posteriormente foram elaborados os parâmetros para classificação do grau de implantação, a seleção do caso e das unidades de análise com delimitação dos critérios de inclusão e de exclusão e a definição das técnicas de coleta de dados, que incluíram a entrevista semiestruturada, questionário e análise de documentos da instituição.

A análise dos dados envolveu a análise dos instrumentos de coleta com a aplicação da MAJ para caracterização do grau de implantação da intervenção. O julgamento dos dados e tomada de decisão compreenderam a elaboração de recomendações factíveis para a instituição, considerando o contexto organizacional. Os achados desse estudo poderão ser divulgados nos cursos de capacitação da IHAC na unidade, aos gestores e profissionais de saúde, bem como através da elaboração de produção científica.

Buscando identificar os principais *stakeholders* envolvidos no processo avaliativo e refletir sobre seu possível interesse na avaliação, o tipo de participação que esse ator teria e as estratégias de participação que foram utilizadas, foi realizado o mapeamento dos participantes, com o envolvimento destes em duas etapas: na primeira etapa foram envolvidos os profissionais de saúde, as mães e os bebês prematuros, conforme as etapas metodológicas pré-definidas. E, após a coleta de dados, análise e conclusão da avaliação, os demais atores serão envolvidos para apresentação dos resultados do projeto. A devolutiva dos resultados ocorrerá mediante elaboração de banner a

ser fixado na entrada da UTIN, elaboração de relatório aos gestores, além da divulgação dos resultados para as mães que manifestarem interesse via *WhatsApp*.

Para a elaboração do referencial teórico dessa avaliação, foram utilizados alguns bancos de dados, como o Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde; *Scientific Electronic Library Online*; Portal de Periódicos da Capes e PubMed.

Nas estratégias de busca as aspas (“ ”) foram utilizadas para restringir e estabelecer a ordem dos termos compostos. Os operadores booleanos utilizados foram o ‘AND’ para interseção e o ‘OR’ para agrupamento/soma dos sinônimos. As estratégias de busca realizadas foram:

- Human Milk OR Human Milk Fortifiers OR Breast-feeding AND (“Infant, Premature” OR “Infants Premature” OR “Premature Infant” OR “Preterm Infants” OR “Infant Preterm” OR “Infants Preterm” OR “Preterm Infant” OR “Premature Infants” OR “Neonatal Prematurity” OR “Prematurity Neonatal” OR “Infant, Newborn” OR “Infants Newborn” OR “Newborn Infant” OR “Newborn Infants” OR Newborns OR Newborn OR Neonate OR Neonates);
- Baby-friendly hospital initiative AND (“Infant, Premature” OR “Infants Premature” OR “Premature Infant” OR “Preterm Infants” OR “Infant Preterm” OR “Infants Preterm” OR “Preterm Infant” OR “Premature Infants” OR “Neonatal Prematurity” OR “Prematurity Neonatal” OR “Infant, Newborn” OR “Infants Newborn” OR “Newborn Infant” OR “Newborn Infants” OR Newborns OR Newborn OR Neonate OR Neonates OR Implantação);
- Avaliação AND saúde AND (“monitoramento” OR “implantação” OR “estudo de caso”);
- Avaliação AND (“qualitativa” OR “quantitativa” OR “normativa” OR “formativa”);

Os critérios de inclusão da busca foram: artigos, livros, legislações, teses e dissertações em português, inglês e espanhol que utilizassem a abordagem do aleitamento materno em prematuros, bem como de políticas públicas ligadas ao tema como a IHAC, NBCAL, Método Canguru, Rede Brasileira de Bancos de Leite, entre outros, e que estivessem disponíveis na íntegra para análise; também foram incluídos livros e artigos na área de avaliação em saúde, com foco em análise de implantação. Os critérios de exclusão foram: artigos, teses e dissertações em duplicidade nas bases de dados, e que não contemplassem os itens abordados neste estudo.

A coleta de informações iniciou com a leitura da Política de Aleitamento Materno do Hospital Materno Infantil de Brasília e do material técnico do Ministério da Saúde sobre as Bases para a Discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno, a

fim de se aproximar do objeto da avaliação. Posteriormente foram contemplados outros materiais técnicos essenciais para a descrição da intervenção, conforme descritos no quadro 2.

Quadro 2. Material Técnico Utilizado na Descrição da Intervenção

(continua)

Material Técnico	Autores	Ano	Objeto de interesse
The Cochrane Collaboration: Multicomponent fortified human milk for promoting growth in preterm infants (Review);	KUSCHEL; HARDING	2004	Determina se a adição de multicomponentes ao leite humano promove melhora no crescimento, metabolismo ósseo e resultados de neurodesenvolvimento sem efeitos adversos significativos em prematuros.
LEI Nº 11.265, DE 3 DE JANEIRO DE 2006;	Presidência da República / Casa Civil	2006	Regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura correlatos.
Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC): revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. Módulos 1 e 2;	Organização Mundial da Saúde	2008	Descreve os critérios globais da IHAC e as Razões médicas aceitáveis para uso de substitutos do leite materno.
Manual do Banco de leite humano (BLH): funcionamento, prevenção e controle de riscos;	Agência Nacional de Vigilância Sanitária	2008	Descreve as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno (AM) e execução de atividades de coleta da produção láctea da nutriz, seleção, classificação, processamento, controle de qualidade e distribuição.
PORTARIA Nº 930, DE 10 DE MAIO DE 2012;	Ministério da Saúde	2012	Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do SUS.
Neo-BFHI: The Baby-friendly Hospital Initiative for Neonatal Wards;	NYQVIST et. al.	2015	Expandi e adapta os Dez Passos para proteger, promover e apoiar o AM em enfermarias neonatais. Reforça que todos os recém-nascidos, incluindo aqueles admitidos na enfermaria neonatal, devem ser amamentados. Quando houver razões médicas aceitáveis, pode-se utilizar o leite do banco ou fórmula infantil, nessa ordem de prioridade. Traz também o uso do aditivo.
Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: manual técnico;	Ministério da Saúde	2017a	Visa à atenção qualificada e humanizada reunindo estratégias de intervenção biopsicossocial com uma ambiência que favoreça o cuidado ao recém-nascido e à sua família.

Quadro 2. Material Técnico Utilizado na Descrição da Intervenção

(conclusão)

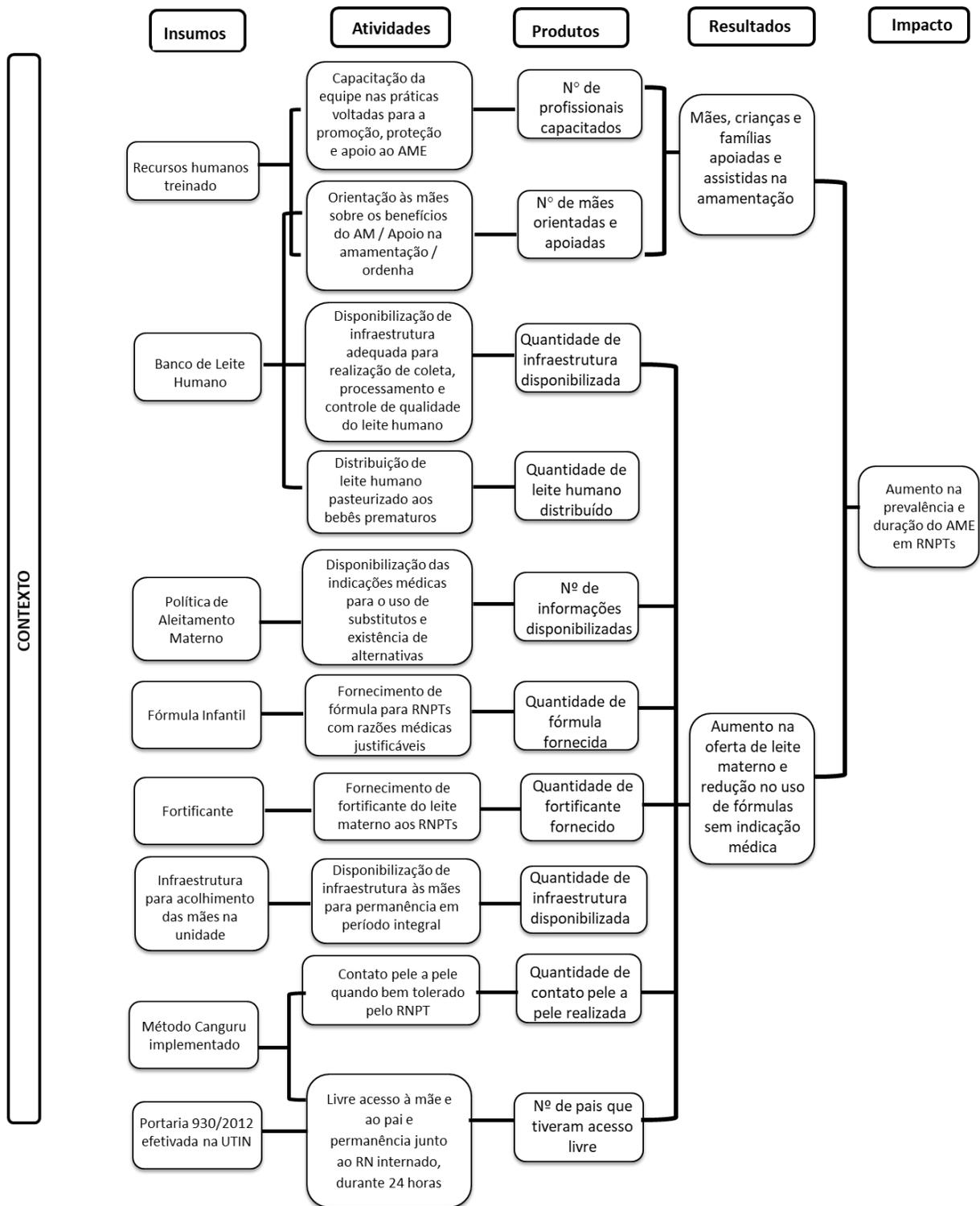
Material Técnico	Autores	Ano	Objeto de interesse
-------------------------	----------------	------------	----------------------------

Bases para a Discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao AM;	Ministério da Saúde	2017b	Visa contribuir para a formulação e pactuação da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao AM no Brasil.
Guideline: counselling of women to improve breastfeeding practices;	World Health Organization	2018	Fornecer recomendações globais baseadas em evidências sobre aconselhamento em amamentação, como uma intervenção de saúde pública, para melhorar as práticas de amamentação entre mulheres grávidas e mães que pretendem amamentar, ou estão amamentando.

Fonte: Autoria própria

A análise do material coletado embasou a construção do modelo lógico considerando os insumos e as atividades necessárias para a produção dos resultados esperados, conforme figura 3, sendo uma etapa fundamental para esclarecer o que se espera com essa estratégia e para subsidiar futuras avaliações (BRASIL, 2017a). Além destes elementos, o processo de construção do modelo lógico prevê a identificação de variáveis contextuais capazes de afetar a relação entre os componentes do modelo (MENESES, 2007).

Figura 3. Modelo Lógico do Fornecimento de Leite Humano de Forma Exclusiva para Recém-nascido Prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal



Fonte: Autoria própria

*UTIN – Unidade de Terapia Intensiva; *AME – Aleitamento Materno Exclusivo; *AM – Aleitamento Materno; *RNPTs – Recém-nascidos prematuros; *RN – Recém-nascido; *Nº - Número.

Assim, entendendo a importância do AM e das necessidades do RNPT, é importante avaliar o fornecimento do LH de forma exclusiva, a partir da intervenção, identificando as dificuldades vivenciadas pelas mães e pelos profissionais de saúde dentro da UTIN.

5.1 COLETA DE DADOS

Devido ao cenário da pandemia por COVID-19 e considerando que o HMIB tornou-se referência para o tratamento dessa doença, a coleta de dados foi realizada por acesso *online*, mediante disponibilização dos questionários semiestruturados enviados para os contatos dos profissionais de saúde via *Whatsapp*, enquanto que as entrevistas com as mães foram realizadas por telefone.

O questionário para os profissionais da UTIN e para as chefias de Nutrição e do BLH foi elaborado e operacionalizado na plataforma *Google Forms*, disponibilizado via internet e enviado por e-mail e por mensagem eletrônica, sendo precedido pela apresentação da pesquisa constando a identificação e o contato do pesquisador, objetivo principal, motivo do convite, riscos e benefícios em que consistirá a participação e o retorno ao potencial participante, tal como o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Para cada grupo (profissionais de saúde da UTIN, chefia de Nutrição e chefia do Banco de Leite Humano), foi elaborado um questionário online conforme os itens constantes nos apêndices A, B e C, respectivamente.

Os profissionais de saúde da UTIN que prestam assistência dieta ao RNPTs foram convidados a participarem do estudo. Foram contemplados as diferentes especialidades, uma vez que a unidade é composta por uma equipe multidisciplinar.

As chefias de Nutrição e do BLH foram escolhidas para compor o estudo, uma vez que são responsáveis pela elaboração da rotina do serviço e por serem executoras de contrato da empresa fornecedora das fórmulas infantis / fortificantes e da empresa responsável pela dispensação e distribuição do leite humano, respectivamente.

Nas entrevistas com as mães, foi utilizado o roteiro semiestruturado especificado no Apêndice D. O TCLE foi entregue às mães quando foram retirar as refeições na copa de distribuição. Foi colocada uma urna ao lado da copa para que as mães que aceitassem participar da

pesquisa depositassem o TCLE assinado. Posteriormente, foi realizado contato telefônico, em horário pré-estabelecido pela mãe, para realização da entrevista.

Para análise dos documentos foi solicitada à coordenadora da IHAC do HMIB a política de aleitamento materno da unidade via e-mail. Para análise de prontuário, foram solicitados os mapas de dietas do mês de outubro/2020 junto à chefia de nutrição, uma vez que não foi possível essa análise através do sistema unificado InterSystems TrakCare®. O mapa de dieta é um formulário utilizado diariamente pelo serviço de nutrição, composto pelos dados do paciente, diagnóstico clínico e terapia nutricional, os quais serão contemplados nessa avaliação.

A coleta de dados deste estudo foi realizada em quatro etapas descritas a seguir:

- 1º Etapa: Consulta aos mapas de dietas dos RNPTs internados na UTIN, através do preenchimento de um roteiro de análise de documentos com os seguintes dados: sexo, idade gestacional, peso ao nascer, diagnóstico clínico e alimentação ao longo da internação (Apêndice D). Nesta etapa foi possível identificar a proporção de RNPTs em AME e fórmula infantil, além da prevalência de AME na unidade. O período de consulta foi de 31 dias, representado pelo mês de outubro de 2020, onde todos os pacientes prematuros da UTIN foram contemplados, perfazendo 53 RNPTs, com exclusão de 43 pacientes, conforme os seguintes critérios de exclusão: 35 eram recém-nascidos a termo; 1 foi admitido após 48 horas de vida; 1 permaneceu menos que 48 horas na UTIN; 1 nasceu malformado e 5 RNPTs foram à óbito durante a permanência na UTIN no mês de outubro/2020.
- 2º Etapa: Entrevista com as mães dos prematuros, totalizando 20 entrevistas, utilizando um roteiro semiestruturado, com perguntas abertas e fechadas adaptado do estudo de Escarce e colaboradores (2013) com foco nas seguintes variáveis: dados sociodemográficos, dados da gestação atual, informações sobre o aleitamento materno e rede de apoio. Nesta etapa, foram identificadas as dificuldades e facilidades dos contextos organizacional e externo, envolvidas na prática do AM. O período de realização das entrevistas foi de 1 à 31 de outubro (Apêndice E).
- 3º Etapa: Disponibilização do questionário online para a Chefia de Nutrição, Chefia do Banco de Leite e para os profissionais de saúde da UTIN, contemplando 51 profissionais das diversas especialidades, com perguntas abertas e fechadas, adaptado do estudo de Gomes (2018). As variáveis observadas no questionário da Chefia de Nutrição foram:

capacitação pelo curso da IHAC, disponibilidade dos insumos fortificante e fórmula infantil, além do fornecimento de alimentação para as mães dos RNPTs. Para a Chefia do Banco de Leite Humano foi possível verificar a disponibilidade do insumo leite humano, dificuldades em manter os estoques abastecidos, ações de orientação à amamentação / ordenha, capacitação pelo curso da IHAC, estrutura do lactário e comunicação com os profissionais da UTIN. Com relação aos profissionais de saúde da UTIN, foi possível identificar a estrutura da unidade, capacitação pela IHAC, realização de ações de orientação e apoio à amamentação, dificuldades e facilidades no AM dos RNPTs e na prescrição de leite humano do BLH; conhecimento sobre as razões médicas aceitáveis para a prescrição de substitutos do LM (apenas para médicos prescritores, totalizando 16), contato pela a pele e livre acesso dos pais na UTIN. O período para o preenchimento do questionário correspondeu ao mês de outubro.

- 4º Etapa: Análise de documentos da instituição: Nesta etapa foram avaliados os mapas de dietas já descritos na etapa 1; análise dos registros de desabastecimento dos insumos leite humano, fortificante e fórmula infantil; e análise da política de aleitamento materno da UTIN, que deverá contemplar os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, Código Internacional dos Substitutos do Leite Materno - Lei 11265/2006 (NBCAL), Cuidado Amigo da Mulher, a Portaria 930/2012 que trata da permanência da mãe ou do pai e acesso livre de ambos junto ao recém-nascido e as razões médicas para a prescrição de substitutos do LM. Esta etapa ocorreu de forma online, com a solicitação do envio da política via e-mail e com a coleta dos registros de desabastecimentos dos insumos através do Sistema Eletrônico de Informações (SEI), que é um sistema de produção e gestão de documentos e processos eletrônicos desenvolvido pelo Tribunal Regional Federal da 4ª Região (TRF4) e cedido gratuitamente à administração pública. Esta etapa ocorreu no mês de novembro, após finalização das outras etapas.

5.2 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados quantitativos coletados nas entrevistas e consulta aos mapas de dietas foram compilados em planilha eletrônica do programa Excel versão 2007. Com relação aos dados qualitativos, as entrevistas gravadas foram transcritas no programa Word versão 2007 e agrupadas

de acordo com cada pergunta. Elas serviram para ratificar os achados qualitativos. Os questionários dos profissionais de saúde foram disponibilizados pelo *Google Forms*, sendo seus resultados quantitativos gerados automaticamente. Para maior confiabilidade dos dados, foi utilizado o programa Excel para compilar.

Para a definição do grau de implantação foram utilizadas as pontuações expressas na MAJ para os índices de disponibilidade e qualidade técnico-científica. Para análise dos contextos, foram utilizadas como fontes de informações as entrevistas com as mães e os questionários respondidos pelos profissionais de saúde.

5.3 DESENHO DA AVALIAÇÃO

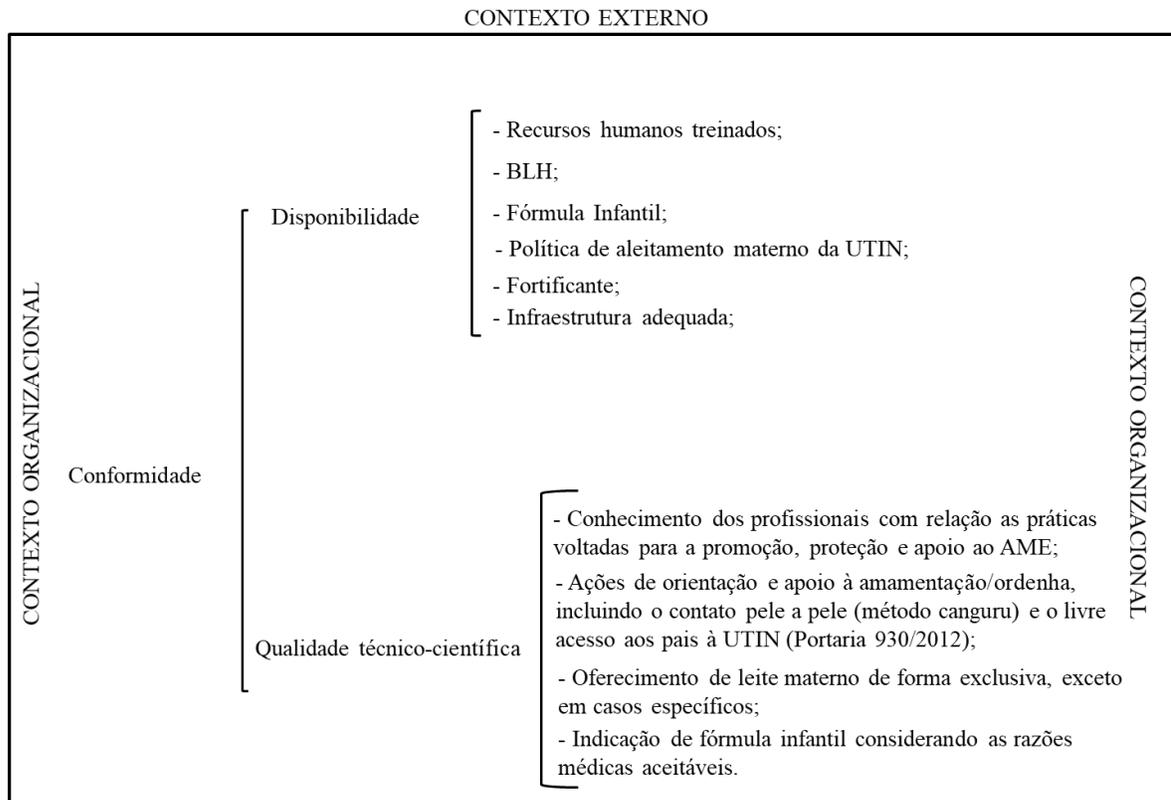
O funcionamento da intervenção foi avaliado por meio da MAJ, elaborada a partir do modelo lógico, que consistiu na descrição da intervenção. O estudo envolveu análise da dimensão de conformidade, com as subdimensões disponibilidade e qualidade técnico-científica para avaliar a implantação das ações voltadas para a oferta exclusiva de LM, conforme descrito na figura 4.

A dimensão conformidade visa à detecção de inconsistências entre um modelo de processo e sua execução, se o que está sendo realizado está de acordo com as políticas internas, legislações e normatização da unidade. Ela está associada a uma estrutura de recursos humanos e materiais e a um processo que engloba ações para que o cuidado seja executado de forma eficaz. Logo, se todos os envolvidos no processo de trabalho realizam as ações preconizadas, a possibilidade de sucesso é maior. Sendo assim, estrutura e processo influenciam direta ou indiretamente os resultados. Através da análise de conformidade é possível verificar as atividades desenvolvidas, identificar as possíveis falhas de não conformidade e, conseqüentemente, corrigi-las e mitigá-las (CARDOSO et. al., 2012).

A subdimensão qualidade técnico-científica está relacionada com a adequação das ações ao conhecimento técnico e científico vigente, enquanto a disponibilidade constitui-se na representação da existência ou não do serviço de saúde no local apropriado e no momento em que é necessário compreendendo a relação entre tipo, abrangência, qualidade e quantidade dos serviços de saúde prestados. Essa interação é influenciada pelas políticas adotadas pelos serviços de saúde, pelo número, competência e experiência dos profissionais de saúde contratados em uma determinada

instituição de saúde, pelas regulações que regem as interações de saúde e pela existência de equipamentos e insumos médicos, entre outros (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Figura 4. Diagrama Representativo das Dimensões da Avaliação



Fonte: Autoria própria

Os insumos e as atividades descritos no ML da intervenção foram utilizados para compor os indicadores dessa avaliação. Para a seleção dos indicadores de maior relevância, a chefia da neonatologia do hospital foi envolvida em uma discussão para classificar os indicadores em muito relevante (RRR), relevante (RR) ou pouco relevante (R), sugerindo dessa forma quais componentes serão destacados na avaliação e na pontuação utilizada para o julgamento. Todos os indicadores foram considerados relevantes, sendo utilizados para a construção da matriz de informação, conforme quadro 3, considerando os indicadores de estrutura e de processo.

Quadro 3. Matriz de Informação: Indicadores de Estrutura e Processo

(continua)

Dimensão: Conformidade / Subdimensão: Disponibilidade			
	Indicadores de Estrutura	Fonte da informação	
INSUMOS	Banco de Leite Humano (BLH);	Questionário respondido pela chefia do BLH; Análise de documentos (registros de desabastecimento do LH).	
	Disponibilidade de fortificante;	Questionário respondido pela Chefia da Nutrição; Análise de documentos (registros de desabastecimento do fortificante).	
	Disponibilidade de fórmula infantil para casos com razões médicas aceitáveis	Questionário respondido pela Chefia da Nutrição; Análise de documentos (registros de desabastecimento de fórmula infantil).	
	Recursos Humanos treinados;	Questionários respondidos pelos profissionais de saúde da UTIN e pelas chefias de Nutrição e BLH	
	Infraestrutura adequada para o acolhimento das mães na unidade;	Entrevista com as mães e questionários respondidos pelos profissionais de saúde da UTIN, Chefia do BLH e da Nutrição.	
	Política de amamentação da UTIN;	Análise de documentos	
Dimensão: Conformidade / Subdimensão: Qualidade Técnico-Científica			
	Indicadores de Processo	Fonte da informação	
ATIVIDADES	Conhecimento dos profissionais com relação às práticas voltadas para a promoção, proteção e apoio ao AME	Proporção de profissionais com conhecimento das práticas;	Questionários respondidos pelos profissionais de saúde da UTIN.
	Ações de orientação e estímulo à amamentação	Proporção de profissionais que realizam ações de orientação e estímulo à amamentação;	Questionários respondidos pelos profissionais de saúde da UTIN.
		Proporção de mães que foram orientadas e estimuladas quanto ao aleitamento materno (AM);	Questionários respondidos pelos profissionais de saúde da UTIN.
		Proporção de mães que estão amamentando e que foram orientadas;	Entrevista com as mães.
		Proporção de mães que estão amamentando e que não foram orientadas;	Entrevista com as mães.
		Proporção de mães que não estão amamentando;	Entrevista com as mães.
		Proporção de mãe e profissionais que informaram realizar o contato pele a pele (Método Canguru);	Entrevistas com as mães; Questionários respondidos pelos profissionais de saúde da UTIN.
		Proporção de mãe e profissionais que informaram possuir livre acesso à UTIN, durante 24 horas;	Entrevistas com as mães; Questionários respondidos pelos profissionais de saúde da UTIN.

Quadro 3. Matriz de Informação: Indicadores de Estrutura e Processo

(conclusão)

Dimensão: Conformidade / Subdimensão: Qualidade técnico-científica		
Indicadores de Processo		Fonte da informação
ATIVIDADES	Oferecimento de leite humano de forma exclusiva, exceto em casos específicos	Proporção de RNPTs em AME;
		Proporção de RNPTs em uso de fórmulas com razões médicas aceitáveis;
		Proporção de RNPTs em uso de fórmulas sem razões médicas aceitáveis;
	Indicação de fórmula infantil considerando as razões médicas aceitáveis	Proporção de profissionais que sabem relatar as razões médicas aceitáveis para o uso de fórmula infantil ^a .
		Análise de documentos (mapa de dieta).
		Análise de documentos (mapa de dieta).
		Análise de documentos (mapa de dieta); Entrevistas com as mães.
		Questionários respondidos pelos profissionais de saúde da UTIN.

Fonte: Autoria própria

*AME – Aleitamento Materno Exclusivo; *RNPTS – Recém-nascidos prematuros; *UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

^aConforme protocolo sobre razões médicas aceitáveis para uso de substitutos do leite materno (OMS, 2008).

Posteriormente à definição dos indicadores e das fontes de informação, foi construída a MAJ (tabelas 1 e 2), com os critérios definidos para mensurar o grau de implantação da intervenção. Para cada indicador foi atribuído uma pontuação máxima esperada (PE); a pontuação alcançada se refere ao indicador coletado pela avaliação (PA); e o parâmetro de referência considerado para cada indicador. Para o cálculo do julgamento, será aplicada a seguinte fórmula:

$$\Sigma = \frac{\text{total de pontos do valor alcançado}}{\text{pontuação máxima esperada}} \times 100$$

A soma do total das duas matrizes, que representa 125 pontos, serviu de base para o cálculo do julgamento do grau de implantação, que representará 100% da intervenção implementada. Para o julgamento, foram utilizados os seguintes pontos de corte, baseado em outros estudos: $\geq 80\%$ implantada; 40 – 79,9% parcialmente implantada; $\leq 39,9\%$ implantação crítica (SOUSA, 2006). Foi calculado o percentual de adequação de cada indicador, a partir da seguinte fórmula: $(PA \times 100) / PE$, onde PA representou a pontuação alcançada e PE à pontuação esperada.

Tabela 1. Matriz de Análise e Julgamento para a Subdimensão Disponibilidade

Indicador de Estrutura						
CE	Subdimensão Disponibilidade		Resp.	PE	PA	Parâmetro de Referência
INSUMOS	Banco de Leite Humano (BLH)	Havia leite humano		2		Sim (estoques abastecidos) = 2 pontos / Sim (estoques desabastecidos) = 1 ponto / Não = 0
		Nos últimos 12 meses nunca faltou leite humano		2		Sim = 1 ponto / Não = 2 pontos
		Estrutura adequada conforme ANVISA ^a		6		Sim = 1 ponto pra cada item, totalizando 6 pontos* / Não = 0
	SUBTOTAL			10		
	Fortificante	Havia fortificante		2		Sim (estoques abastecidos) = 2 pontos / Sim (estoques desabastecidos) = 1 ponto / Não = 0
		Nos últimos 12 meses nunca faltou fortificante		2		Sim = 1 ponto / Não = 2 pontos
	SUBTOTAL			4		
	Fórmula Infantil	Havia fórmula infantil para casos específicos		2		Sim (estoques abastecidos) = 2 pontos / Sim (estoques desabastecidos) = 1 ponto / Não = 0
		Nos últimos 12 meses nunca faltou fórmula infantil		2		Sim = 1 ponto / Não = 2 pontos
	SUBTOTAL			4		
	Infraestrutura adequada para o acolhimento das mães na unidade	Local privativo para ordenha mamária		4		Sim = 1 ponto / Não = 0 + 3 pontos da entrevista se: $\geq 80\%$ das mães relatarem ótimo ou + 2 ponto se $\geq 50\%$ e $< 80\%$ ou + 1 ponto se $< 50\%$
		Acomodações		5		2 pontos se $\geq 80\%$ dos profissionais relatarem adequada ou + 1 ponto se $\geq 50\%$ e $< 80\%$ / Não pontua se $< 50\%$
		Alimentação durante a permanência na unidade ^b		10		+ 3 pontos da entrevista se: $\geq 80\%$ das mães relatar ótimo ou + 2 pontos se $\geq 50\%$ e $< 80\%$ ou + 1 ponto se $< 50\%$
	SUBTOTAL			19		A unidade fornece = 1 ponto / Não fornece = 0 + Se fornece 5 refeições = 5 pontos ; se 4 refeições = 4 pontos... + Se adequada** = 1 ponto / Não adequada = 0 + 1 ponto se $\geq 80\%$ dos profissionais relatarem sim / Não pontua se $< 80\%$ + 2 pontos se: $\geq 80\%$ das mães relatarem ótimo ou + 1 ponto se $\geq 50\%$ e $< 80\%$ / Não pontua se $< 50\%$
	Recursos Humanos treinados	O profissional já foi capacitado pelo curso da IHAC		5		Chefia do banco de leite humano: Sim = 1 ponto / Não = 0 Chefia Nutrição: Sim = 1 ponto / Não = 0 + 3 pontos se $\geq 80\%$ dos profissionais da UTIN ou 2 pontos se $\geq 50\%$ e $< 80\%$ ou 1 ponto se $< 50\%$
SUBTOTAL			5			
Política de aleitamento materno da UTIN	A política de aleitamento materno estava disponível (impressa)?		1		Sim = 1 ponto / Não = 0	
	A política contemplava as políticas públicas como o Método Canguru, NBCAL, IHAC e Portaria 930/2012?		4		Sim = 1 ponto pra cada item, totalizando 4 pontos / Não = 0	
	A política contemplava as razões médicas para o uso de substitutos?		1		Sim = 1 ponto / Não = 0	
SUBTOTAL			6			
TOTAL			48			

Fonte: Autoria própria. Legenda: CE = Componente Estrutural; PE = Pontuação Esperada; PA = Pontuação Alcançada; Resp. = Resposta; IHAC = Iniciativa Hospital Amigo da Criança; NBCAL = Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras.

^aConforme documento: Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Banco de leite humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Anvisa, 2008. ^bPautada nas recomendações de alimentação saudável do adulto (MARQUES et. al.; 2011).

Tabela 2. Matriz de Análise e Julgamento para a Subdimensão Qualidade Técnico-Científica

CE	Subdimensão	Qualidade Técnico-Científica	Indicador de Processo			Parâmetro de Referência
			Resp.	PE	PA	
ATIVIDADES	Conhecimento dos profissionais com relação às práticas voltadas para a promoção, proteção e apoio ao AME	Proporção de profissionais da UTIN que realizam ações de orientação e estímulo à amamentação		10		3 pontos se $\geq 80\%$ dos profissionais / 2 pontos se $\geq 50\%$ e $< 80\%$ / 1 ponto se $< 50\%$
						7 pontos se a soma da maioria atingir 7 pontos no questionário (itens 9 e 10) / 5 pontos se a soma atingir de 4 a 6 pontos / 2 pontos se < 4 pontos
	SUBTOTAL		10			
	Orientação e apoio às mães na amamentação	Proporção de mães que foram orientadas e estimuladas quanto ao AM		5		5 pontos se $\geq 80\%$ das mães / 3 pontos se $\geq 50\%$ e $< 80\%$ / 1 ponto se $< 50\%$
				10		10 pontos se $\geq 80\%$ das mães / 5 pontos se $\geq 50\%$ e $< 80\%$ / 2 pontos se $< 50\%$
		Proporção de mães que estão amamentando e que não foram orientadas		4		4 pontos se $< 20\%$ / 2 pontos se $\geq 20\%$ e $< 50\%$ / Não pontua se $\geq 50\%$
				3		3 pontos se $< 20\%$ / 2 pontos se $\geq 20\%$ e $< 50\%$ / Não pontua se $\geq 50\%$
				2		2 pontos se $< 20\%$ / Não pontua se $\geq 20\%$
				4		2 pontos se $\geq 80\%$ das mães relatarem que sim / 1 ponto se $\geq 50\%$ e $< 80\%$ / Não Pontua $< 50\%$ + 2 pontos se $\geq 80\%$ dos profissionais relatarem que sim / 1 ponto se $\geq 50\%$ e $< 80\%$ / Não Pontua se $< 50\%$
	Proporção de mãe e profissionais que informaram realizar o contato pele a pele (Método Canguru)		4		2 pontos se $\geq 80\%$ das mães relatarem que sim / 1 ponto se $\geq 50\%$ e $< 80\%$ / Não Pontua $< 50\%$ + 2 pontos se $\geq 80\%$ dos profissionais relatarem que sim / 1 ponto se $\geq 50\%$ e $< 80\%$ / Não Pontua se $< 50\%$	
			4		2 pontos se $\geq 80\%$ das mães relatarem que sim / 1 ponto se $\geq 50\%$ e $< 80\%$ / Não Pontua $< 50\%$ + 2 pontos se $\geq 80\%$ dos profissionais relatarem que sim / 1 ponto se $\geq 50\%$ e $< 80\%$ / Não Pontua se $< 50\%$	
	SUBTOTAL		32			
	Oferecimento de LME, exceto em casos específicos	Proporção de RNPTs em AME		10		10 pontos se $\geq 80\%$ dos RNPTs / 5 pontos se $\geq 50\%$ e $< 80\%$ / 2 pontos se $< 50\%$
				10		10 pontos se $\geq 80\%$ dos RNPTs / 5 pontos se $\geq 50\%$ e $< 80\%$ / 2 pontos se $< 50\%$
Proporção de RNPTs em uso de fórmulas com razões médicas aceitáveis			5		5 pontos se ausência de RNPTs / 3 pontos se $< 20\%$ / 1 ponto se $\geq 20\%$	
SUBTOTAL		25				
Indicação de fórmula infantil considerando as razões médicas aceitáveis	Proporção de médicos que sabem relatar as razões para prescrição de substitutos do leite materno		10		10 pontos se $\geq 80\%$ dos profissionais atingirem 6 pontos no questionário (item 23) / 5 pontos se $\geq 50\%$ e $< 80\%$ / 3 pontos se $< 50\%$	
			10			
SUBTOTAL		10				
TOTAL			77			
TOTAL GERAL			125			

Fonte: Autoria própria. Legenda: CE = Componente Estrutural; Resp. = Resposta; PE = Pontuação Esperada; PA = Pontuação Alcançada;

O perfil dos RNPTs internados na UTIN foi caracterizado de acordo com a idade gestacional, peso ao nascer, diagnóstico clínico e terapia nutricional, através da análise dos mapas de dietas. Desse modo foi possível verificar a proporção de RNPTs em AME, proporção de RNPTs em uso de fórmulas com razões médicas aceitáveis e proporção de RNPTs em uso de fórmulas **sem** razões médicas aceitáveis, conforme descrito na matriz de análise e julgamento. A análise de documentos também envolveu os registros de desabastecimento dos estoques do leite humano, fórmula infantil e fortificante, caso seja aplicável, além da análise da política de amamentação da UTIN.

5.3.1 Critérios de Inclusão e Exclusão

Para a escolha da instituição, a amostra foi de conveniência e o critério de inclusão foi ser credenciado pela IHAC. Como a pesquisadora já desempenhava suas atividades como executora de contrato da empresa que fornece os insumos para terapia nutricional em uma unidade credenciada pela IHAC, esta unidade foi escolhida para o desenvolvimento deste estudo. Para a seleção dos participantes, foram estabelecidos os critérios de inclusão e exclusão conforme descrito no quadro 4.

Quadro 4. Critérios de Inclusão e Exclusão da Pesquisa

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Profissionais de saúde: Profissionais que atuam na UTIN do HMIB e que possuam atividades relacionadas à assistência ao recém-nascido prematuro.	Profissionais que se recusarem a participar da pesquisa e que não realizam assistência direta ao recém-nascido prematuro.
Chefia de Nutrição e Chefia do Banco de Leite: Aceitar em participar da pesquisa.	Recusar a participar da pesquisa.
RNPT: Idade gestacional menor do que 37 semanas; Admissão na UTIN nas primeiras 48 horas de vida; Permanência mínima de 48 horas em UTIN.	Malformados; Recém-nascidos abandonados; Óbito durante internação.
Mães: Ter capacidade cognitiva para responder as perguntas; Ter idade ≥ 18 anos; Filho internado na UTIN.	A negativa da mãe em participar do estudo; Idade < 18 anos; Óbito materno.

Fonte: Autoria própria

*UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; HMIB – Hospital Materno Infantil de Brasília

5.3.2 Local de Estudo

O estudo foi realizado no Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB), intitulado HAC em 1996 e que hoje adapta-se à crescente demanda do entorno e de outras regionais, as quais representam 65% dos atendimentos, segundo dados do portal da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) (GRECA, 2018).

O serviço de neonatologia conta com a maior unidade de terapia intensiva neonatal da rede com infraestrutura e credenciamento como a maior UTI Neonatal da América Latina com 46 leitos de UTIN reconhecidos pelo Ministério da Saúde, referência no atendimento da prematuridade extrema, malformação neonatal, cardiopatia neonatal e recém-nascidos com necessidade de intervenção cirúrgica imediata (SESDF, 2018).

De acordo com os dados de 2019 da Gerência de Planejamento do HMIB, a taxa de ocupação foi de 95%, com tempo de permanência médio de 18,9 dias. Ao todo, foram internados 616 pacientes. A equipe da unidade é multidisciplinar, composta de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais e banco de leite. O hospital disponibiliza alojamento conjunto composto de 8 leitos para mãe-nutriz e as visitas aos RNs pelos pais ocorrem de 09:00 às 22hs, sendo realizado reuniões com os familiares as quartas pela manhã. O custo diário de internação por paciente é em torno de R\$ 2.505,50.

5.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Os dados dos pacientes coletados no momento da consulta aos mapas de dietas e os dados das entrevistas realizadas com as mães e dos questionários com os profissionais de saúde foram mantidos em sigilo, assegurando a confidencialidade e a privacidade dos envolvidos na pesquisa, de acordo com a Resolução nº 466, de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. As entrevistas e questionários foram precedidos pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndices F, G, H, I), onde os participantes assinaram, concordando em participar da pesquisa.

Todo material coletado foi utilizado unicamente para elaboração da pesquisa, sendo guardados em segurança as gravações, documentos e arquivos coletados.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (CEP/ENSP), aprovado com Parecer nº 4.461.541, de 14 de dezembro de 2020 (CAAE:

35533320.6.0000.5240) e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde/ FEPECS/ SES/ DF, aprovado com Parecer nº 4.515.885, de 29 de janeiro de 2021 (CAAE: 35533320.6.3001.5553).

A divulgação dos resultados desta pesquisa será realizada aos participantes no curso da Iniciativa Hospital Amigos da Criança na própria unidade, além da elaboração de um banner que será afixado na entrada da UTIN. Um relatório final será apresentado aos interessados na avaliação.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussões foram apresentados na forma de dois produtos. O primeiro produto foi descrito em formato de capítulo, abordando as etapas do processo avaliativo e a construção das matrizes de análise e julgamento. O segundo produto foi descrito em formato de artigo, com ênfase na análise descritiva dos dados coletados, na análise dos contextos e no grau de implantação da intervenção. A revista de escolha para a publicação do artigo foi a Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, periódico de circulação internacional, publicado pelo Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, com a missão de divulgar artigos científicos abordando a investigação da saúde da mulher, da gestante e da criança nas suas dimensões clínicas e epidemiológicas.

6.1 PLANEJAMENTO DO PROCESSO AVALIATIVO SOBRE O FORNECIMENTO DE LEITE HUMANO DE FORMA EXCLUSIVA PARA PREMATUROS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Introdução

No processo de planejamento e de administração do setor saúde, a avaliação tem se destacado como uma etapa essencial por favorecer a tomada de decisão mais eficaz diante dos problemas vivenciados no cotidiano dos serviços (CESAR; TANAKA, 1996). Um processo avaliativo envolve a coleta sistemática de informações sobre as atividades e resultados de programas, recursos humanos e produtos à disposição de pessoas específicas, para reduzir incertezas, aumentar efetividade e tomar decisões em relação ao que esses programas, recursos e produtos estão fazendo (MELLEIRO; MAGALDI; PARISI, 2008). Deve-se considerar a forma como a política/programa está sendo implementada, seus efeitos desejados e adversos, os principais *stakeholders* (atores envolvidos), com o intuito de construir, individual ou coletivamente, um julgamento que possa se traduzir em ações, e também conhecer a forma como os recursos públicos estão sendo utilizados (BRASIL, 2018).

Segundo Brouselle e colaboradores (2011), avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, com a implantação de mecanismos capazes de fornecer

informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes. O conceito de intervenção envolve um conjunto de atividades ou serviços coordenados, organizados segundo uma sequência temporal particular, empregando diversos tipos de recursos, direcionados para um objetivo específico, em resposta a uma situação julgada problemática e que afeta a uma determinada população (BROUSELLE et. al., 2011).

No setor saúde, inúmeras intervenções são planejadas e implementadas para atuar, em diferentes níveis, sobre os mais diversos problemas sanitários da população. Assim, temos as intervenções que atuam no nível macropolítico, como as Políticas Públicas e os Sistemas de Saúde, bem como intervenções que atuam mais próximos à população, como os Programas e Projetos de Saúde. Por outro lado, temos também as intervenções direcionadas para os diversos níveis do Sistema de Saúde, desde a Atenção Primária em Saúde até o nível hospitalar, passando pela urgência e emergência. A diversidade de intervenções acompanha a diversidade de problemas de saúde enfrentados, de forma que as possibilidades de avaliação também são inúmeras e o direcionamento dado a cada uma vai depender das perguntas avaliativas que se quer responder, sejam elas demandadas pelos gestores dos diversos níveis ou de iniciativa da própria academia.

Entendendo essa amplitude de possibilidades, o objetivo desse capítulo é apresentar o processo de planejamento da avaliação do fornecimento de leite humano de forma exclusiva para recém-nascido prematuro (RNPT) em uma unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN). Iniciamos com a descrição da intervenção, que envolve os insumos e atividades necessárias para o desfecho dessa prática, explicitando seu Modelo Lógico, seguido da elaboração do modelo operacional da avaliação, que descreve as etapas do processo avaliativo, incluindo o desenho do estudo e a elaboração das matrizes de análise e julgamento, não sendo apresentado os resultados. A construção do modelo operacional irá nortear as próximas etapas da pesquisa, como análise e julgamento dos dados e tomada de decisão.

O objeto da avaliação

O Aleitamento Materno (AM) é a mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil. A amamentação proporciona benefícios à saúde de bebês e das

mães/nutrizes, principalmente para os bebês prematuros, aqueles nascidos antes das 37 semanas gestacionais (WHO, 2012).

Devido aos impactos positivos nas taxas de AM, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) é considerada uma importante estratégia implementada em várias partes do mundo. Ela visa assegurar a prática do AM e a prevenção do desmame precoce hospitalar através dos critérios globais que compreendem a implantação dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno e, no caso do Brasil, à Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL). Suas diretrizes foram ampliadas para o cuidado à mulher e aos recém-nascidos em unidades neonatais, com ações de integração à rede assistencial desde o pré-natal e de acompanhamento ambulatorial da criança (LAMOUNIER et. al., 2019).

Outras estratégias se destacaram em prol da amamentação, como a criação da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, adoção do Método Canguru, a publicação da Portaria nº 930/2012, garantindo livre acesso à mãe e ao pai e permanência junto ao recém-nascido (RN) internado, durante 24 horas, e a humanização no pré-natal e nascimento como reflexo dos direitos da mulher e da criança, sendo essenciais na promoção, proteção e no incentivo ao Aleitamento Materno Exclusivo (AME) (BRASIL, 2017a).

O fornecimento de leite materno de forma exclusiva aos RNs está expresso no passo 6 da IHAC. Porém, estabelecer a amamentação de bebês prematuros é um desafio, e uma série de fatores têm contribuído para dificultar o processo de amamentação: a separação precoce da mãe, a presença restrita dos pais à UTIN, a falta de apoio da família e dos demais membros do grupo social em que a mulher está inserida, o atraso no início da amamentação, técnicas repetidas de ordenha, o não cumprimento das políticas e diretrizes que promovem o AM, a falta de estrutura física que favoreça a permanência da mãe junto ao filho, pouco apoio dos profissionais de saúde envolvidos na assistência e na gestão do hospital, assim como, a capacitação deficiente dos profissionais de saúde com relação ao AME, contribuindo para o desmame precoce (MAASTRUP et. al., 2012).

Dessa forma, é importante analisar quais fatores do contexto organizacional e externo podem favorecer ou não o processo de amamentação, bem como analisar as vivências e o significado desse processo para as mães dos bebês prematuros, buscando melhor compreensão da situação vivenciada pelo binômio mãe-bebê e, dessa forma, delinear as estratégias de

enfrentamento das dificuldades que possam comprometer o aleitamento materno e a saúde materno infantil (CRUZ; SEBASTIÃO, 2015).

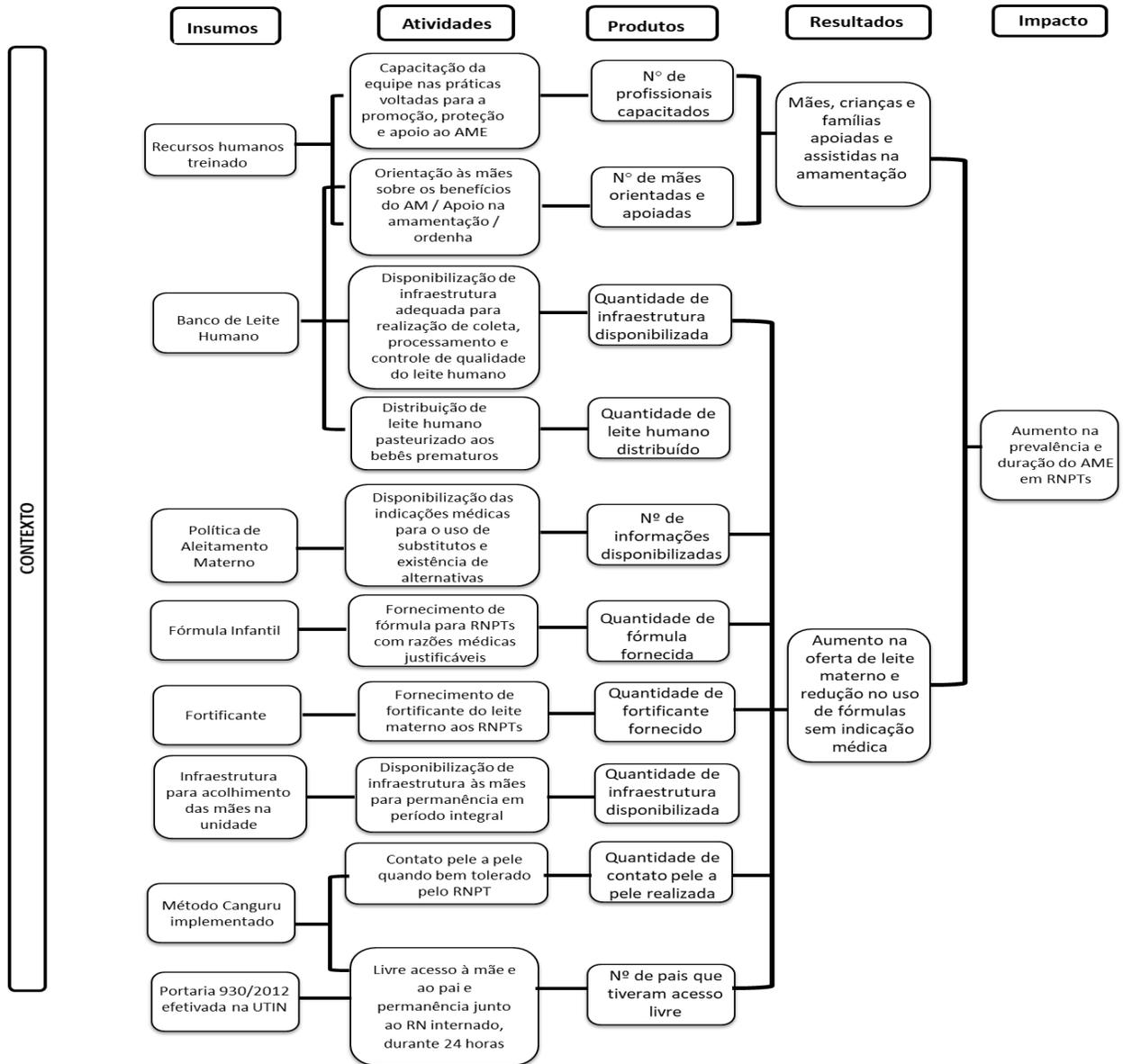
Como avaliar o fornecimento exclusivo de leite humano em uma unidade hospitalar de alta complexidade?

Para iniciar a avaliação, é necessário definir o problema e descrever a intervenção que procura amenizá-lo, para então definir as perguntas avaliativas mais apropriadas. Diante das dificuldades em se estabelecer a amamentação em recém-nascidos prematuros, a oferta de leite humano de forma exclusiva na UTIN é a intervenção que este trabalho se propõe a avaliar.

A intervenção é constituída pelo conjunto dos meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática. Assim, os componentes da intervenção compreendem a situação problema que se pretende mitigar, e nesse caso é a oferta de fórmula infantil em uma unidade credenciada pela IHAC sem razões médicas aceitáveis; os objetivos da intervenção que visa aumentar a oferta de leite humano de forma exclusiva; os recursos necessários para atingir o objetivo; as atividades para a geração dos produtos ou os serviços desejados; os efeitos de médio prazo que dizem respeito às mudanças ou benefícios intermediários e os efeitos de longo prazo, que envolvem o impacto da intervenção e os benefícios gerados; além disso, é importante considerar as variáveis contextuais capazes de afetar a relação entre os componentes da intervenção (BROUSELLE et. al., 2011).

A descrição da intervenção foi realizada a partir da construção do modelo lógico, considerando os insumos e as atividades necessários para a produção dos resultados esperados, conforme figura 1. Essa é uma etapa fundamental para esclarecer o que se espera com essa estratégia e para subsidiar futuras avaliações, ao contribuir para a definição das perguntas avaliativas.

Figura 1. Modelo Lógico do Fornecimento Exclusivo de Leite Humano para Recém-Nascido Prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal



Fonte: Autoria própria

Para a identificação dos insumos e atividades, foi realizada a coleta de informações que iniciou com a leitura da Política de Aleitamento Materno do Hospital Materno Infantil de Brasília e do material técnico do Ministério da Saúde sobre as Bases para a Discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno, a fim de se aproximar do objeto da avaliação. Posteriormente foram contemplados outros materiais técnicos essenciais para a descrição da intervenção, conforme descritos no quadro 1.

Quadro 1. Material Técnico Utilizado na Descrição da Intervenção

Material Técnico	Autores	Ano	Objeto de interesse
The Cochrane Collaboration: Multicomponent fortified human milk for promoting growth in preterm infants (Review);	KUSCHEL; HARDING	2004	Determina se a adição de suplementos nutricionais multicomponentes ao leite humano leva a um crescimento melhorado, metabolismo ósseo e resultados de neurodesenvolvimento sem efeitos adversos significativos em bebês prematuros.
LEI Nº 11.265, DE 3 DE JANEIRO DE 2006;	Presidência da República / Casa Civil	2006	Regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura correlatos.
Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC): revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. Módulos 1 e 2;	Organização Mundial da Saúde	2008	Descreve os critérios globais da IHAC e as Razões médicas aceitáveis para uso de substitutos do leite materno.
Manual do Banco de leite humano (BLH): funcionamento, prevenção e controle de riscos;	Agência Nacional de Vigilância Sanitária	2008	Descreve as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e execução de atividades de coleta da produção láctea da nutriz, seleção, classificação, processamento, controle de qualidade e distribuição.
PORTARIA Nº 930, DE 10 DE MAIO DE 2012;	Ministério da Saúde	2012	Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
Neo-BFHI: The Baby-friendly Hospital Initiative for Neonatal Wards;	Nyqvist et. al.	2015	Expandi e adapta os Dez Passos para proteger, promover e apoiar o aleitamento materno (AM) em enfermarias neonatais. Reforça que todos os recém-nascidos, incluindo aqueles admitidos na enfermaria neonatal, devem ser amamentados. Quando houver razões médicas aceitáveis, pode-se utilizar o leite do banco ou fórmula infantil, nessa ordem de prioridade. Traz também o uso do fortificante.
Bases para a Discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno;	Ministério da Saúde	2017a	Visa contribuir para a formulação e pactuação da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno no Brasil.
Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: manual técnico;	Ministério da Saúde	2017b	Visa à atenção qualificada e humanizada reunindo estratégias de intervenção biopsicossocial com uma ambiência que favoreça o cuidado ao recém-nascido e à sua família.
Guideline: counselling of women to improve breastfeeding practices;	World Health Organization	2018	Fornece recomendações globais baseadas em evidências sobre aconselhamento em amamentação, como uma intervenção de saúde pública, para melhorar as práticas de amamentação entre mulheres grávidas mães que pretendem amamentar, ou estão amamentando.

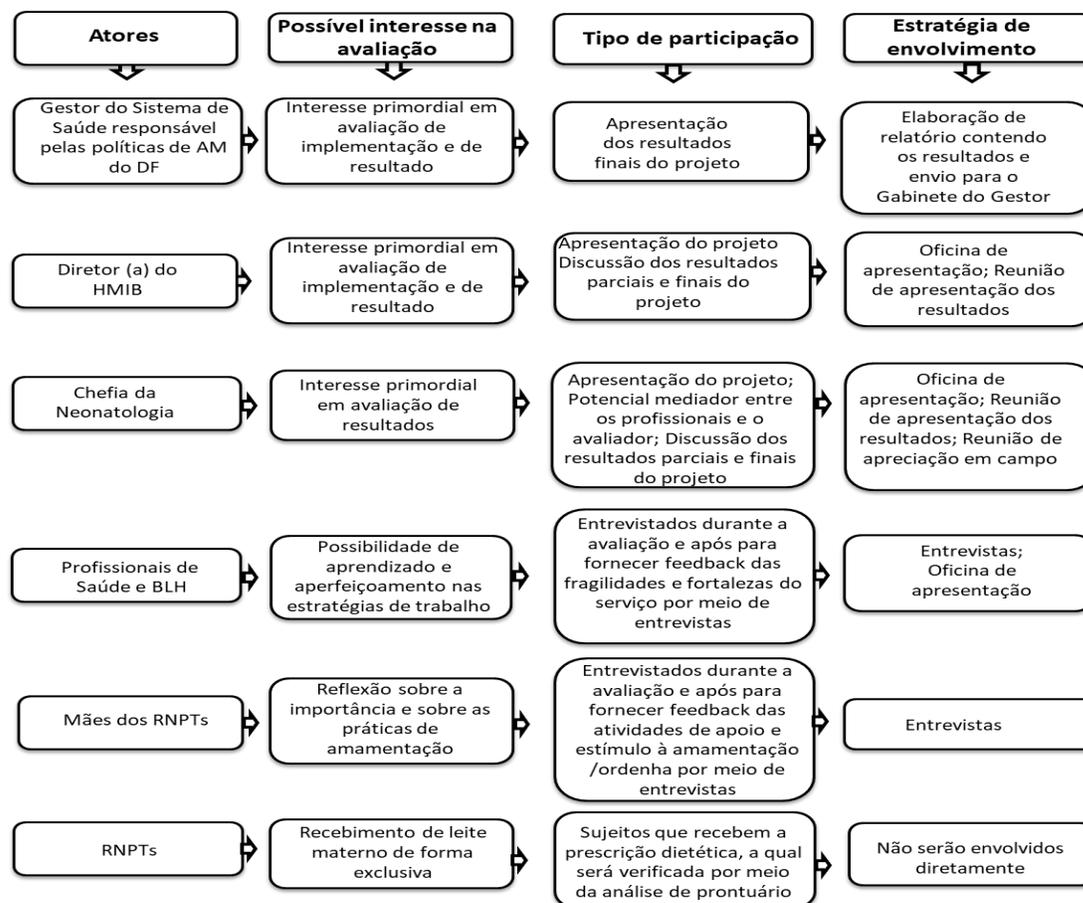
Fonte: Autoria própria

O uso do leite humano exclusivo pelos RNs, com peso menor que 1.500g, tem sido associado ao ganho de peso inadequado e ao déficit nutricional durante a hospitalização. A adição

de fortificantes ao leite humano pode ser utilizada, com o intuito de melhorar o ganho de peso e o crescimento do perímetro cefálico nos RNPTs. Ressalta-se que o fortificante é caracterizado como sendo um medicamento, e, portanto, prematuros em uso de leite humano associado ao fortificante, são considerados em AME (BRASIL, 2011; NYQVIST et. al., 2015).

Após a elaboração do modelo lógico da intervenção, o mesmo foi apresentado à chefia da UTIN, juntamente com os indicadores de estrutura e processo, onde considerou-se todos como relevantes. Em seguida foi realizado o mapeamento dos principais *stakeholders* envolvidos no processo avaliativo, com o seu possível interesse na avaliação, o tipo de participação que desse ator e as estratégias de participação que podem ser utilizadas (Figura 2).

Figura 2. Mapeamento dos *Stakeholders* Envolvidos no Fornecimento Exclusivo de Leite Humano aos Prematuros da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal



Fonte: A autora, adaptado de Cardoso et. al., 2019

A incorporação de diferentes *stakeholders* no processo avaliativo é considerada uma forma de aumentar a relevância e a apropriação dos resultados, bem como a utilização da avaliação. Nas

fases de implantação, essa inclusão possibilita a detecção precoce e possíveis alterações de rumos ou estratégias inadequadas, objetivando melhorar sua utilização (CARDOSO et. al., 2019). Neste caso, os diferentes stakeholders foram envolvidos na etapa de operacionalização da pesquisa (direção do hospital e chefia da neonatologia), como sujeitos de pesquisa (profissionais de saúde e do BLH, mães dos recém-nascidos) ou envolvidos na fase de disseminação dos resultados encontrados (todos os participantes das etapas anteriores).

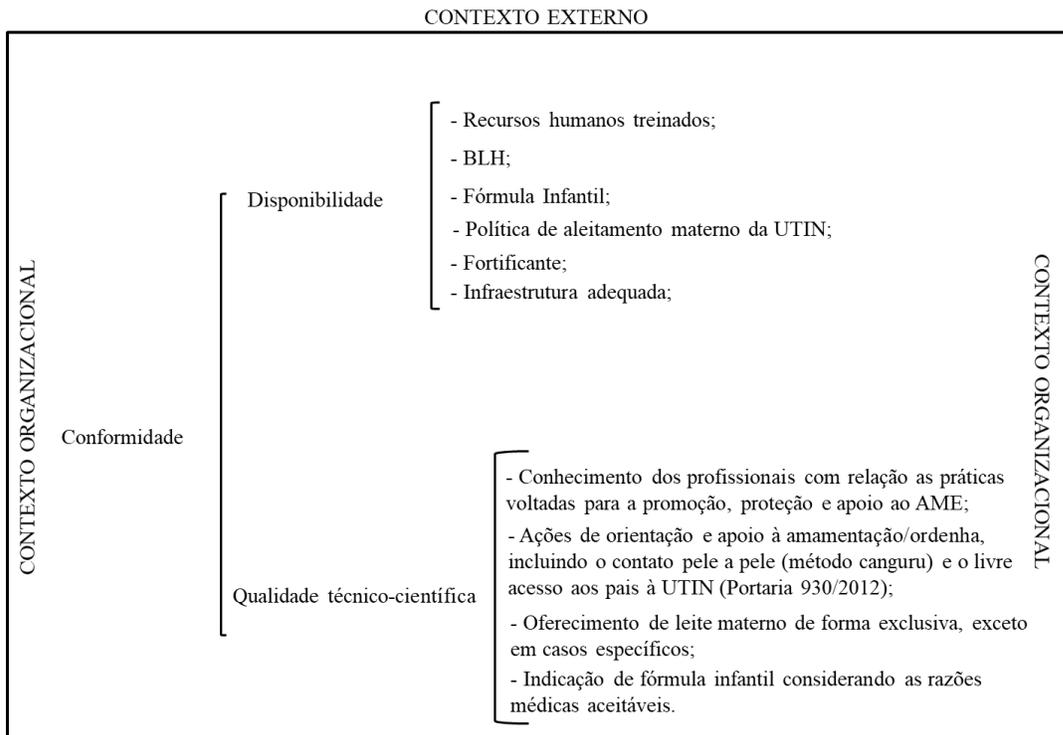
Elaboração da pergunta avaliativa e das dimensões da avaliação

A pergunta avaliativa é responsável pelo alicerce e direcionamento do processo avaliativo, servindo para delimitar o que será avaliado, articulando o foco da avaliação. Devem-se considerar os contextos em que a intervenção está inserida e que podem refletir na definição das questões avaliativas (SAMICO et. al., 2010). Neste sentido, as perguntas avaliativas que este trabalho se propõe a responder são:

- a) Como o processo de fornecimento de leite humano aos recém-nascidos prematuros está sendo realizado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Materno Infantil de Brasília?
- b) Em que medida os contextos organizacionais e externos interferem na oferta de leite humano?
- c) As políticas públicas vigentes sobre aleitamento materno são evidenciadas no dia a dia na UTIN?

O grau de implantação da intervenção será avaliado por meio da matriz de análise e julgamento (MAJ), cujos indicadores foram elaborados a partir do modelo lógico e da dimensão conformidade, com as subdimensões disponibilidade e qualidade técnico-científica, para avaliar a implantação da estrutura disponível e das ações voltadas para a oferta exclusiva de leite humano. As dimensões da avaliação estão descritas na figura 3.

Figura 3. Diagrama Representativo das Dimensões da Avaliação



Fonte: Autoria própria

A dimensão conformidade visa à detecção de inconsistências entre um modelo de processo e sua execução, se o que está sendo realizado está de acordo com as políticas internas, legislações e normatização da unidade. Ela está associada a uma estrutura de recursos humanos e materiais e a um processo que engloba ações para que o cuidado seja executado de forma eficaz. Dessa forma, se todos os envolvidos no processo de trabalho realizam as ações preconizadas, a possibilidade de sucesso é maior. Sendo assim, estrutura e processo influenciam direta ou indiretamente os resultados. Através da análise de conformidade é possível verificar a estrutura e as atividades desenvolvidas, identificar as possíveis falhas de não conformidade e, conseqüentemente, corrigi-las e mitigá-las (CARDOSO et. al., 2012).

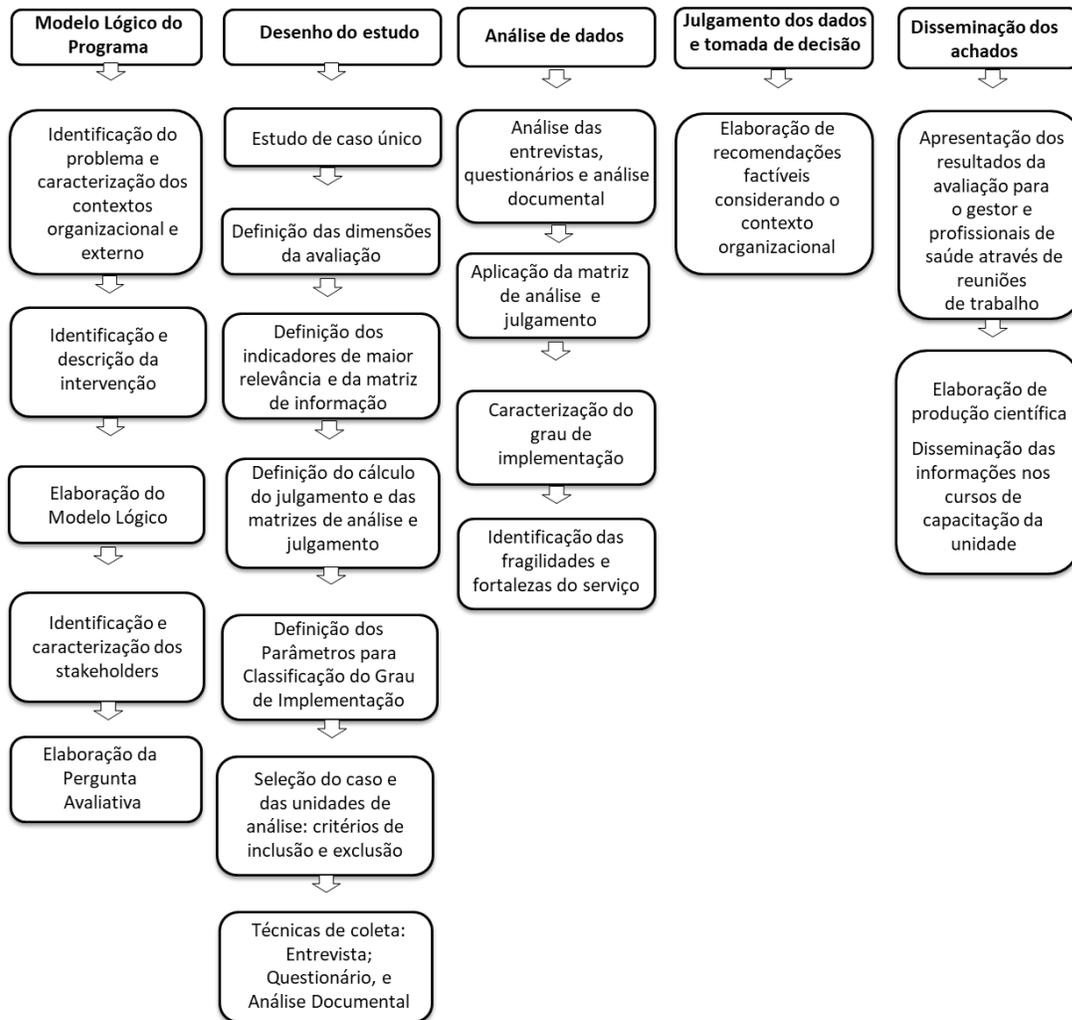
A subdimensão qualidade técnico-científica está relacionada com a adequação das ações ao conhecimento técnico e científico vigente, enquanto que a disponibilidade constitui-se na representação da existência ou não do serviço de saúde no local apropriado e no momento em que é necessário compreendendo a relação entre tipo, abrangência, qualidade e quantidade dos serviços de saúde prestados. Essa interação é influenciada pelas políticas adotadas pelos serviços de saúde, pelo número, competência e experiência dos profissionais de saúde contratados em uma

determinada instituição de saúde, pelas regulações que regem as interações de saúde e pela existência de equipamentos e insumos médicos, entre outros (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Modelo Operacional da Avaliação

O modelo operacional da avaliação, expresso na figura 4, refere-se à descrição das etapas da avaliação, incluindo a descrição da intervenção, definição das perguntas avaliativas e do desenho proposto, bem como das etapas previstas.

Figura 4. Modelo Operacional da Avaliação



Para a elaboração do modelo operacional foi realizada a identificação do problema descrito pelo uso de fórmula infantil na UTI Neonatal, com a definição e descrição da intervenção através do modelo lógico e mapeamento dos principais *stakeholders* envolvidos no processo avaliativo. Foi elaborada a pergunta avaliativa considerando os contextos e delimitando o foco da avaliação, bem como foi elaborada a matriz de análise e julgamento para emissão do julgamento de valor quanto ao grau de implantação da intervenção. Por fim, foi prevista a caracterização dos contextos organizacional e externo para explicar o nível de implantação encontrado.

O desenho do estudo envolveu a definição do estudo de caso único e as dimensões da avaliação. Os insumos e atividades do modelo lógico foram utilizados para definir os indicadores de estrutura e de processos relevantes para a construção da matriz de informação, conforme quadro 2, considerando em seu desenvolvimento a abordagem sistêmica proposta por Donabedian e sistematizada na tríade: estrutura, processo e resultado (SAMICO et. al., 2010). O componente "estrutura" abrange os recursos humanos, físicos e financeiros utilizados na provisão de cuidados de saúde, bem como os arranjos organizacionais e os mecanismos de financiamento destes recursos. O componente "processo" refere-se às atividades que constituem a atenção à saúde, e envolvem a interação de profissionais de saúde e população assistida. O componente "resultados", diz respeito às mudanças, no estado de saúde da população, promovidas pelos cuidados recebidos (PORTELA, 2000).

Quadro 2. Matriz de Informação: Indicadores de Estrutura e Processo

(continua)

Dimensão: Conformidade / Subdimensão: Disponibilidade		
Indicadores de Estrutura	Fonte da informação	
INSUMOS	Banco de Leite Humano (BLH);	Questionário respondido pela chefia do BLH; Análise de documentos (registros de desabastecimento do LH).
	Disponibilidade de fortificante;	Questionário respondido pela Chefia da Nutrição; Análise de documentos (registros de desabastecimento do fortificante).
	Disponibilidade de fórmula infantil para casos com razões médicas aceitáveis	Questionário respondido pela Chefia da Nutrição; Análise de documentos (registros de desabastecimento de fórmula infantil).
	Recursos Humanos treinados;	Questionários respondidos pelos profissionais de saúde da UTIN e pelas chefias de Nutrição e BLH
	Infraestrutura adequada para o acolhimento das mães na unidade;	Entrevista com as mães e questionários respondidos pelos profissionais de saúde da UTIN, Chefia do BLH e da Nutrição.
	Política de amamentação da UTIN;	Análise de documentos

Quadro 2. Matriz de Informação: Indicadores de Estrutura e Processo

(conclusão)

Dimensão: Conformidade / Subdimensão: Qualidade técnico-científica			
Indicadores de Processo	Fonte da informação		
ATIVIDADES	Conhecimento dos profissionais com relação às práticas voltadas para a promoção, proteção e apoio ao AME	Proporção de profissionais com conhecimento das práticas;	Questionários respondidos pelos profissionais de saúde da UTIN.
	Ações de orientação e estímulo à amamentação	Proporção de profissionais que realizam ações de orientação e estímulo à amamentação;	Questionários respondidos pelos profissionais de saúde da UTIN.
		Proporção de mães que foram orientadas e estimuladas quanto ao aleitamento materno (AM);	Questionários respondidos pelos profissionais de saúde da UTIN.
		Proporção de mães que estão amamentando e que foram orientadas;	Entrevista com as mães.
		Proporção de mães que estão amamentando e que não foram orientadas;	Entrevista com as mães.
		Proporção de mães que não estão amamentando;	Entrevista com as mães.
		Proporção de mãe e profissionais que informaram realizar o contato pele a pele (Método Canguru);	Entrevistas com as mães; Questionários respondidos pelos profissionais de saúde da UTIN.
		Proporção de mãe e profissionais que informaram possuir livre acesso à UTIN, durante 24 horas;	Entrevistas com as mães; Questionários respondidos pelos profissionais de saúde da UTIN.
		Oferecimento de leite humano de forma exclusiva, exceto em casos específicos	Proporção de RNPTs em AME;
	Proporção de RNPTs em uso de fórmulas com razões médicas aceitáveis;		Análise de documentos (mapa de dieta).
	Proporção de RNPTs em uso de fórmulas sem razões médicas aceitáveis;		Análise de documentos (mapa de dieta); Entrevistas com as mães.
	Indicação de fórmula infantil considerando as razões médicas aceitáveis	Proporção de profissionais que sabem relatar as razões médicas aceitáveis para o uso de fórmula infantil ^a .	Questionários respondidos pelos profissionais de saúde da UTIN.

Fonte: Autoria própria

*AME – Aleitamento Materno Exclusivo; *RNPTS – Recém-nascidos prematuros; *UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. ^aConforme protocolo sobre razões médicas aceitáveis para uso de substitutos do leite materno (OMS, 2008).

A Matriz de Análise e Julgamento

Após a definição dos indicadores e das fontes de informação, foi construída a matriz de análise e julgamento (MAJ) (tabelas 1 e 2), com os critérios definidos para mensurar o grau de implantação da intervenção. Para cada indicador foi atribuído uma pontuação máxima esperada (PE); a pontuação alcançada se refere ao indicador coletado pela avaliação (PA); e o parâmetro de referência considerado para cada indicador. Para o cálculo do julgamento, será aplicada a seguinte fórmula:

$$\Sigma = \frac{\text{total de pontos do valor alcançado}}{\text{pontuação máxima esperada}} \times 100$$

A soma do total das duas matrizes, que representa 125 pontos, servirá de base para o cálculo do julgamento do grau de implantação, que representará 100% da intervenção implementada. Para o julgamento, serão utilizados os seguintes pontos de corte, baseado em outros estudos: $\geq 80\%$ implantada; 40 – 79,9% parcialmente implantada; $\leq 39,9\%$ implantação crítica (SOUSA, 2006). Será calculado o percentual de adequação de cada indicador, a partir da seguinte fórmula: $(PA \times 100) / PE$, onde PA representa a pontuação alcançada e PE à pontuação esperada.

Tabela 1. Matriz de Análise e Julgamento para a Subdimensão Disponibilidade

Indicador de Estrutura						
CE	Subdimensão Disponibilidade		Resp.	PE	PA	Parâmetro de Referência
INSUMOS	Banco de Leite Humano (BLH)	Havia leite humano		2		Sim (estoques abastecidos) = 2 pontos / Sim (estoques desabastecidos) = 1 ponto / Não = 0
		Nos últimos 12 meses nunca faltou leite humano		2		Sim = 1 ponto / Não = 2 pontos
		Estrutura adequada conforme ANVISA ^a		6		Sim = 1 ponto pra cada item, totalizando 6 pontos* / Não = 0
	SUBTOTAL			10		
	Fortificante	Havia fortificante		2		Sim (estoques abastecidos) = 2 pontos / Sim (estoques desabastecidos) = 1 ponto / Não = 0
		Nos últimos 12 meses nunca faltou fortificante		2		Sim = 1 ponto / Não = 2 pontos
	SUBTOTAL			4		
	Fórmula Infantil	Havia fórmula infantil para casos específicos		2		Sim (estoques abastecidos) = 2 pontos / Sim (estoques desabastecidos) = 1 ponto / Não = 0
		Nos últimos 12 meses nunca faltou fórmula infantil		2		Sim = 1 ponto / Não = 2 pontos
	SUBTOTAL			4		
	Infraestrutura adequada para o acolhimento das mães na unidade	Local privativo para ordenha mamária		4		Sim = 1 ponto / Não = 0 + 3 pontos da entrevista se: $\geq 80\%$ das mães relatarem ótimo ou + 2 ponto se $\geq 50\%$ e $< 80\%$ ou + 1 ponto se $< 50\%$
		Acomodações		5		2 pontos se $\geq 80\%$ dos profissionais relatarem adequada ou + 1 ponto se $\geq 50\%$ e $< 80\%$ / Não pontua se $< 50\%$
		Alimentação durante a permanência na unidade ^b		10		+ 3 pontos da entrevista se: $\geq 80\%$ das mães relatar ótimo ou + 2 pontos se $\geq 50\%$ e $< 80\%$ ou + 1 ponto se $< 50\%$
	SUBTOTAL			19		A unidade fornece = 1 ponto / Não fornece = 0 + Se fornece 5 refeições = 5 pontos ; se 4 refeições = 4 pontos... + Se adequada** = 1 ponto / Não adequada = 0 + 1 ponto se $\geq 80\%$ dos profissionais relatarem sim / Não pontua se $< 80\%$ + 2 pontos se: $\geq 80\%$ das mães relatarem ótimo ou + 1 ponto se $\geq 50\%$ e $< 80\%$ / Não pontua se $< 50\%$
	Recursos Humanos treinados	O profissional já foi capacitado pelo curso da IHAC		5		Chefia do banco de leite humano: Sim = 1 ponto / Não = 0 Chefia Nutrição: Sim = 1 ponto / Não = 0 + 3 pontos se $\geq 80\%$ dos profissionais da UTIN ou 2 pontos se $\geq 50\%$ e $< 80\%$ ou 1 ponto se $< 50\%$
SUBTOTAL			5			
Política de aleitamento materno da UTIN	A política de aleitamento materno estava disponível (impressa)?		1		Sim = 1 ponto / Não = 0	
	A política contemplava as políticas públicas como o Método Canguru, NBCAL, IHAC e Portaria 930/2012?		4		Sim = 1 ponto pra cada item, totalizando 4 pontos / Não = 0	
	A política contemplava as razões médicas para o uso de substitutos?		1		Sim = 1 ponto / Não = 0	
SUBTOTAL			6			
TOTAL			48			

Fonte: Autoria própria. Legenda: CE = Componente Estrutural; PE = Pontuação Esperada; PA = Pontuação Alcançada; Resp. = Resposta; IHAC = Iniciativa Hospital Amigo da Criança; NBCAL = Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras.

^aConforme documento: Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Banco de leite humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Anvisa, 2008. ^bPautada nas recomendações de alimentação saudável do adulto (MARQUES et. al.; 2011).

Tabela 2. Matriz de Análise e Julgamento para a Subdimensão Qualidade Técnico-Científica

		Indicador de Processo			
CE	Subdimensão Qualidade Técnico-Científica	Resp.	PE	PA	Parâmetro de Referência
ATIVIDADES	Conhecimento dos profissionais com relação às práticas voltadas para a promoção, proteção e apoio ao AME	Proporção de profissionais da UTIN que realizam ações de orientação e estímulo à amamentação		10	3 pontos se $\geq 80\%$ dos profissionais / 2 pontos se $\geq 50\%$ e $< 80\%$ / 1 ponto se $< 50\%$ 7 pontos se a soma da maioria atingir 7 pontos no questionário (itens 9 e 10) / 5 pontos se a soma atingir de 4 a 6 pontos / 2 pontos se < 4 pontos
	SUBTOTAL			10	
		Proporção de mães que foram orientadas e estimuladas quanto ao AM		5	5 pontos se $\geq 80\%$ das mães / 3 pontos se $\geq 50\%$ e $< 80\%$ / 1 ponto se $< 50\%$
		Proporção de mães que estão amamentando e que foram orientadas		10	10 pontos se $\geq 80\%$ das mães / 5 pontos se $\geq 50\%$ e $< 80\%$ / 2 pontos se $< 50\%$
	Orientação e apoio às mães na amamentação	Proporção de mães que estão amamentando e que não foram orientadas		4	4 pontos se $< 20\%$ / 2 pontos se $\geq 20\%$ e $< 50\%$ / Não pontua se $\geq 50\%$
		Proporção de mães que não estão amamentando e que foram orientadas		3	3 pontos se $< 20\%$ / 2 pontos se $\geq 20\%$ e $< 50\%$ / Não pontua se $\geq 50\%$
		Proporção de mães que não estão amamentando e que não foram orientadas		2	2 pontos se $< 20\%$ / Não pontua se $\geq 20\%$
		Proporção de mãe e profissionais que informaram realizar o contato pele a pele (Método Canguru)		4	2 pontos se $\geq 80\%$ das mães relatarem que sim / 1 ponto se $\geq 50\%$ e $< 80\%$ / Não Pontua $< 50\%$ + 2 pontos se $\geq 80\%$ dos profissionais relatarem que sim / 1 ponto se $\geq 50\%$ e $< 80\%$ / Não Pontua se $< 50\%$
		Proporção de mãe e profissionais que informaram possuir livre acesso à UTIN, durante 24 horas		4	2 pontos se $\geq 80\%$ das mães relatarem que sim / 1 ponto se $\geq 50\%$ e $< 80\%$ / Não Pontua $< 50\%$ + 2 pontos se $\geq 80\%$ dos profissionais relatarem que sim / 1 ponto se $\geq 50\%$ e $< 80\%$ / Não Pontua se $< 50\%$
	SUBTOTAL			32	
		Proporção de RNPTs em AME		10	10 pontos se $\geq 80\%$ dos RNPTs / 5 pontos se $\geq 50\%$ e $< 80\%$ / 2 pontos se $< 50\%$
	Oferecimento de LME, exceto em casos específicos	Proporção de RNPTs em uso de fórmulas com razões médicas aceitáveis		10	10 pontos se $\geq 80\%$ dos RNPTs / 5 pontos se $\geq 50\%$ e $< 80\%$ / 2 pontos se $< 50\%$
		Proporção de RNPTs em uso de fórmulas sem razões médicas aceitáveis		5	5 pontos se ausência de RNPTs / 3 pontos se $< 20\%$ / 1 ponto se $\geq 20\%$
	SUBTOTAL			25	
	Indicação de fórmula infantil considerando as razões médicas aceitáveis	Proporção de médicos que sabem relatar as razões para prescrição de substitutos do leite materno		10	10 pontos se $\geq 80\%$ dos profissionais atingirem 6 pontos no questionário (item 23) / 5 pontos se $\geq 50\%$ e $< 80\%$ / 3 pontos se $< 50\%$
SUBTOTAL			10		
TOTAL			77		
TOTAL GERAL			125		

Fonte: Autoria própria. Legenda: CE = Componente Estrutural; Resp. = Resposta; PE = Pontuação Esperada; PA = Pontuação Alcançada;

O julgamento dos dados e tomada de decisão compreenderão a elaboração de recomendações factíveis para a instituição, considerando o contexto organizacional. Os achados desse estudo poderão ser divulgados nos cursos de capacitação da IHAC na unidade, aos gestores e profissionais de saúde, bem como através da elaboração de produção científica.

Análise dos contextos

Segundo Hartz (1997), o estudo do contexto visa identificar os fatores que podem facilitar ou dificultar a implantação de uma intervenção. As mudanças nos fatores contextuais têm potencial de exercer um forte impacto sobre a sustentabilidade de um projeto e podem estar relacionadas às situações políticas, socioeconômicas e à estrutura administrativa em seus vários níveis.

Os contextos serão descritos a partir de entrevistas semiestruturadas, preenchimento de questionário e análise de documentos da instituição. A utilização dessas técnicas permite compreender melhor como se desenvolvem concretamente as relações interpessoais existentes na operacionalização das ações de saúde (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Para melhor definição dos contextos, foram sistematizadas algumas informações acerca do contexto organizacional e do contexto externo, relacionados com o desenvolvimento da intervenção, conforme quadro 3.

Quadro 3. Elementos Contextuais do Fornecimento de Leite Humano Exclusivo para Prematuros na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

(continua)

Tipo do Contexto	Descrição do Contexto	Referencial Teórico
Contexto Externo	Marketing da indústria de alimentos infantis;	OMS, 2008; CRUZ; SEBASTIÃO, 2015
	Apoio da família e dos demais membros do grupo social em que a mulher está inserida;	GAÍVA; SCOCHI, 2005 CRUZ; SEBASTIÃO, 2015
	Situação sociodemográfico (classe econômica; educação materna; situação empregatícia da mulher);	FALEIROS et. al., 2006; CRUZ; SEBASTIÃO, 2015; SILVA; ALMEIDA, 2015

Quadro 3. Elementos Contextuais do Fornecimento de Leite Humano Exclusivo para Prematuros na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

(conclusão)

Tipo do Contexto	Descrição do Contexto	Referencial Teórico
Contexto Organizacional	Infraestrutura da unidade ^a ;	SERRA; SCOCHI, 2004; BENOIT; SEMENCI, 2014
	Apoio dos profissionais de saúde na amamentação;	BENOIT; SEMENCI, 2014; CRUZ; SEBASTIÃO, 2015
	Presença de leite humano, fórmula infantil e fortificante na unidade;	BRASIL, 2011a; WHO, 2018
	Aplicabilidade das políticas públicas em prol da amamentação ^b ;	OMS, 2008, 2009; BRASIL, 2001, 2012, 2011b, 2017b; WHO, 2012 GORGULHO; PACHECO, 2008.
	Técnicas de ordenha.	BENOIT; SEMENCI, 2014; CRUZ; SEBASTIÃO, 2015

Fonte: A autora, a partir da revisão bibliográfica

^aLocal privativo para a ordenha mamária, alimentação adequada, espaço, acomodações em número correspondente ao de leitos ali existentes, cadeira ou poltrona para a permanência da mãe na UTIN.

^bIHAC, NBCAL, Método Canguru, Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, Portaria 930/2012.

Considerações Finais

A avaliação de uma intervenção é construída pelos resultados de várias análises obtidas por métodos e abordagens diferentes, sendo o objetivo final o de orientar os gestores nas tomadas de decisões.

Na análise de implantação, as relações entre os contextos permite identificar os elementos críticos que podem comprometer o sucesso da intervenção, e assim, reproduzir o programa eficazmente em outros meios. A análise de implantação se interessa, portanto, aos estudos dos determinantes e da influência da variação na implantação dos efeitos trazidos pela intervenção (HARTZ, 1997).

Os indicadores aqui definidos apresentam-se como potenciais ferramentas para a promoção do sucesso do aleitamento materno nas unidades neonatais em diferentes contextos. A intervenção aqui descrita visa reforçar e integrar estratégias relacionadas ao AM, favorecendo a adesão à prática da amamentação e sua manutenção por tempo desejável, como preconizado pela OMS, UNICEF e MS.

As vantagens na construção dessa avaliação estão em proporcionar um melhor acolhimento às mães, mobilizando e sensibilizando os envolvidos no processo de amamentação da unidade para

que possam conhecer a realidade das famílias, com percepção de suas redes de relações e suas necessidades, e dessa forma, buscar medidas apropriadas que possam contribuir para o sucesso do aleitamento materno.

Cabe salientar que o uso possível dos resultados de uma avaliação e a sua influência na tomada de decisão a respeito de programas envolvem variáveis de naturezas distintas, como o contexto político, econômico, social e profissional, que vão atuar tanto ou mais que os aspectos informados pela avaliação (SAMICO et. al., 2010).

Esperamos que os resultados dessa avaliação possam contribuir para o aperfeiçoamento das atividades dos profissionais de saúde e dos gestores, além de promover mudanças que visem à promoção e o incentivo ao aleitamento materno, favorecendo a qualidade na assistência às mães e a saúde dos prematuros.

Referências

ALVES, V. H. et. al. Manejo clínico da amamentação: Valoração axiológica sob a ótica da mulher-nutriz. **Revista Escola Anna Nery**, v. 20, n. 4, p. 1-7, 2016.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Banco de leite humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos. Brasília: Anvisa, 160 p., 2008.

BENOIT, B.; SEMENIC, S. Barriers and Facilitators to Implementing the Baby-Friendly Hospital Initiative in Neonatal Intensive Care Units. **JOGNN**, v. 43, 614-624 p., 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.051, de 8 de novembro de 2001. Estabelece os novos critérios da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras, a ser observada e cumprida em todo o Território Nacional, constante do ANEXO desta Portaria e que dela é parte integrante. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 44, 09 nov. 2001.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 11.265, de 03 de janeiro de 2006. Regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura correlatos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 1, 04 jan. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília, 159 p., 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Brasília: 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 138, mai. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 68 p., 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 340 p., 2017b.

BRASIL. Avaliação de Políticas Públicas Guia prático de análise ex post. v. 2, Brasília: 2018.

BROUSELLE; A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P.; HARTZ, Z. Avaliação: conceitos e métodos, Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 44, 2011.

CARDOSO, G. C. P.; et. al. A conformidade das ações do tratamento diretamente observado para tuberculose na perspectiva dos profissionais de duas unidades de saúde da cidade do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Colet.** v. 20, n. 2, p.203-10, Rio de Janeiro: 2012.

CARDOSO, G. C. P.; et. al. Participação dos atores na avaliação do Projeto QualiSUS-Rede: reflexões sobre uma experiência de abordagem colaborativa. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 120, p. 54–68, 6 maio, 2019.

CESAR, C. L. G.; TANAKA, O. Y. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 12, n. suppl 2, p. S59–S70, 1996.

CRUZ, M. R.; SEBASTIÃO, L. T. Breastfeeding in premature infants: mothers' knowledge, feelings and experiences. p. 9, 2015.

DONALDSON, S. I. Developing Program Impact Theory. In: _____ Estudo exploratório dos modelos de avaliação de desempenho em saúde: uma apreciação da capacidade avaliativa. Rio de Janeiro, v. 41, n. especial, p. 330-344, mar., 2017.

FALEIROS, F. T. V.; TREZZA, E. M. C.; CARANDINA, L.. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 19, n. 5, p. 623-630, Oct. 2006.

GAÍVA, M. A. M.; SCOCHI, C. G. S. A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal. **Rev Bras Enferm**, 5 p., 2005.

GORGULHO, F. DA R.; PACHECO, S. T. DE A. Amamentação de prematuros em uma unidade neonatal: a vivência materna. **Escola Anna Nery**, v. 12, n. 1, p. 19–24, mar. 2008.

HARTZ, Z. M. A.; org. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 132 p., 1997.

HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 41-63, 2005.

KUSCHEL, C. A.; HARDING, J. E. Multicomponent fortified human milk for promoting growth in preterm infants. **Cochrane Database**, n. 1, 2004

LAMOUNIER, J. A.; et. al. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: 25 Anos de Experiência no Brasil. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 37, n. 4, p. 486–493, dez., 2019.

MAASTRUP, R.; et. al. Breastfeeding Support in Neonatal Intensive Care: A National Survey. p. 11, 2012.

MELLEIRO, M. M.; MAGALDI, F. M.; PARISI, T. C. DE H. A implantação de uma estratégia de intervenção em um serviço de saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 268–274, 2008.

MENESES, P. P. M. Contribuição dos modelos lógicos e do método quase-experimental para avaliações de ações educacionais. v. 18, n. 1, p. 21, 2007.

NYQVIST, K. H.; et. al. Expansion of the Ten Steps to Successful Breastfeeding into Neonatal Intensive Care: Expert Group Recommendations for Three Guiding Principles. **Journal of Human Lactation**, v. 28, n. 3, p. 289–296, ago., 2012.

NYQVIST, K. H.; et. al. **Neo-BFHI: The Baby-friendly Hospital Initiative for Neonatal Wards**. Core document with recommended standards and criteria, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. Módulo 1: histórico e implantação** / Fundo das Nações Unidas para a Infância. Brasília: 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. Módulo 2: fortalecendo e sustentando a**

iniciativa hospital amigo da criança: um curso para gestores / Fundo das Nações Unidas para a Infância, Organização Mundial da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

POTVIN, L.; et. al. Três posturas ontológicas concernentes à natureza dos programas de saúde: implicações para a avaliação. In: BOSI, M. L. M. e MERCADO, F. J. Avaliação qualitativa de programas de saúde. Petrópolis: Vozes, 2006.

SAMICO, I. C.; et. al. Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais. Rio de Janeiro: MedBoock, 196 p., 2010.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. v. 31, n. 3, p. 260–8, 2012.

SERRA, S. O. A.; SCOCHI, C. G. S. Dificuldades maternas no processo de aleitamento materno de prematuros em uma UTI neonatal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 597–605, ago. 2004.

SILVA, P. K. DA; ALMEIDA, S. T. DE. Avaliação de recém-nascidos prematuros durante a primeira oferta de seio materno em uma uti neonatal. **Rev. CEFAC**, São Paulo , v. 17, n. 3, p. 927-935, jun. 2015

SOUSA, M. G. D. G. **Avaliação do Grau de Implantação do Projeto Nascer Maternidades em Pernambuco**. Dissertação (mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ Fundação Oswaldo Cruz. Brasília: 2006.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 821-828, Apr. 2012.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação de políticas e programas de saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 110 p., 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Born too soon: the global action report on preterm birth. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guideline, counselling of women to improve breastfeeding practices**. Geneva: 2018.

6.2 AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO FORNECIMENTO DE LEITE HUMANO DE FORMA PARA PREMATUROS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

EVALUATION OF THE IMPLEMENTATION OF HUMAN MILK SUPPLY FOR PREMATURES IN A NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT

Marianni Matos Pessoa dos Reis¹

Denise Cavalcante Barros²

Santuzza Arreguy Silva Vitorino³

¹Setor de Nutrição do Hospital Materno Infantil de Brasília. Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

^{2,3} Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz

Resumo

Objetivo: Avaliar a implantação do fornecimento de leite humano de forma exclusiva aos prematuros em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

Métodos: Trata-se de uma avaliação de implantação com análise dos contextos, envolvendo estudo de caso único, transversal e com emprego de métodos mistos. A descrição da intervenção foi realizada a partir da construção do modelo lógico. Os dados utilizados foram coletados a partir de fontes primárias. Para definir o grau de implantação, foi utilizada a Matriz de Análise e Julgamento, considerando a dimensão conformidade, e as subdimensões disponibilidade e qualidade técnico-científica. Os parâmetros para avaliar o grau de implantação foram definidos por meio de tercís: implantação crítica $\leq 39,9\%$; parcialmente implantada entre 40 e 79,9% e implantada $\geq 80\%$.

Resultados: Foi constatado que a intervenção apresentou grau de implantação de 80,74%, considerada satisfatória. O apoio dos profissionais de saúde, o acesso livre à UTIN e o contato pele a pele foram identificados como fatores do contexto organizacional que contribuem para a promoção do aleitamento materno. As facilidades do contexto externo relacionaram-se à presença da rede de apoio e ao conhecimento das mães sobre a importância do leite para o bebê.

Considerações finais: Apesar da análise de implantação ser satisfatória, alguns indicadores apresentaram parâmetros insatisfatórios, necessitando de adequação.

Palavras-chave: Leite Humano; Prematuros; Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; Programas de Saúde; Análise de Implantação.

Abstract

Objective: To evaluate the implementation of human milk supply exclusively for preterm infants in a Neonatal Intensive Care Unit (NICU).

Methods: This is an implementation assessment with analysis of contexts, involving a single case study, cross-sectional and using mixed methods. The description of the intervention was made from the construction of the logical model. The data used were collected from primary. To define the degree of implementation, the Analysis and Judgment Matrix was used, considering the compliance dimension, and the availability and technical-scientific quality sub-dimensions. The parameters to assess the degree of implementation were defined using tertiles: critical implementation $\leq 39.9\%$; partially implanted between 40 and 79.9% and implanted $\geq 80\%$.

Results: It was found that the intervention had an implementation degree of 80.74%, considered satisfactory. The support of health professionals, free access to the NICU and skin-to-skin contact were identified as factors in the organizational context that contribute to the promotion of breastfeeding. The facilities of the external context were related to the presence of the support network and the mothers' knowledge about the importance of milk for the baby.

Final considerations: Despite the implementation analysis being satisfactory, some indicators showed unsatisfactory parameters, requiring adaptation.

Keywords: Human Milk; Prematures; Neonatal Intensive Care Unit; Health Programs; Deployment Analysis.

Introdução

O Aleitamento Materno Exclusivo (AME) é reconhecido mundialmente como a prática que favorece maiores benefícios aos bebês prematuros, àqueles nascidos antes das 37 semanas gestacionais, sendo a maneira natural de fornecer os nutrientes essenciais para o crescimento e desenvolvimento saudável^{1,2}. As evidências científicas no mundo são expressivas acerca dos benefícios diretos dessa prática na saúde do binômio mãe-bebê³.

Diante dos benefícios do leite humano (LH) e com o intuito de reduzir os índices de mortalidade infantil no país, várias ações foram desenvolvidas a fim de promover, proteger e apoiar a amamentação, como a criação das Normas Brasileiras de Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL), criação da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), Implantação do Método Canguru, publicação da Portaria nº 930/2012, garantindo livre acesso aos pais junto ao recém-nascido (RN) internado, durante 24 horas, dentre outros⁴.

Apesar da importância da amamentação, o nascimento de um bebê prematuro pode impor várias barreiras a esta prática. A admissão na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) representa um contexto desafiador devido à separação do binômio e dificuldades encontradas em iniciar e manter a produção de leite. Orientação e apoio dos profissionais de saúde quanto à amamentação e técnicas de ordenha, bem como a inserção da família nos cuidados dos seus bebês, foram identificados como os principais fatores que apoiam a amamentação na UTIN².

Conhecer as barreiras encontradas no processo de amamentação pelas mães e profissionais de saúde é fundamental para que possamos traçar estratégias favoráveis ao aleitamento materno (AM) e a saúde materno-infantil. Para tanto, é importante analisar quais fatores do contexto podem interferir no processo de amamentação, bem como as vivências e o significado desse processo para as mães dos RNPTs, buscando melhor compreensão da situação vivenciada pelo binômio⁵.

À medida que se conhecem os fatores que podem contribuir para o desmame precoce, intervenções mais eficazes podem ser direcionadas a fim de mitigar tais fatores, favorecendo o sucesso do AM. O objetivo desta pesquisa é avaliar a implantação do fornecimento de LH de forma exclusiva aos prematuros em uma UTIN.

Métodos

Trata-se de uma avaliação de implantação com análise dos contextos organizacional e externo, envolvendo estudo de caso único, transversal e com emprego de métodos mistos, combinando técnicas qualitativas e quantitativas em um único estudo.

A realização deste estudo ocorreu em 5 etapas: construção do Modelo Lógico (ML) baseado nas principais políticas públicas de AM; elaboração dos indicadores de estrutura e processo, a partir dos insumos e atividades do ML, respectivamente; determinação do grau de implantação pela aplicabilidade da Matriz de Análise e Julgamento (MAJ); e análise dos contextos. O ML da intervenção está representado na figura 1.

A análise do grau de implantação envolveu a análise da dimensão de conformidade, com as subdimensões disponibilidade e qualidade técnico-científica. Foram elaboradas duas MAJ, uma para cada subdimensão, sendo que o total das matrizes serviu de base para o cálculo do julgamento do grau de implantação, obedecendo aos seguintes pontos de corte: $\geq 80\%$ implantada; 40 – 79,9% parcialmente implantada; $\leq 39,9\%$ implantação crítica. Foi calculado o percentual de adequação de cada indicador, a partir da fórmula: $(PA \times 100) / PE$, onde PA representa a pontuação alcançada e PE à pontuação esperada.

A pesquisa foi realizada na UTIN do Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB) no período 01/10/2020 a 30/11/2020, unidade credenciada pela IHAC desde 1996. Os dados utilizados nesta pesquisa foram coletados a partir de fontes primárias (entrevista e questionário semiestruturado), além da análise de documentos da instituição.

A coleta de dados ocorreu em 4 fases, sendo as primeiras três fases no mês de outubro/2020 e a quarta fase no mês de novembro/2020: na 1ª fase foi realizada consulta aos mapas de dietas dos RNPTs internados na UTIN, contemplando os dados do prontuário; na 2ª fase foi realizada entrevista com as mães dos prematuros; na 3ª fase foi aplicado o questionário online com os profissionais de saúde da UTIN, Chefia do Banco de Leite Humano (BLH) e Chefia da Nutrição por meio da ferramenta *Google Forms*; na última fase foi realizada análise de documentos da instituição como análise dos registros de desabastecimento do LH, fortificante e fórmula infantil; e análise da política de AM da UTIN.

Os dados quantitativos coletados nas entrevistas e consulta aos mapas de dietas foram compilados em planilha eletrônica do programa Excel versão 2007. Com relação aos dados qualitativos, as entrevistas gravadas foram transcritas no programa Word versão 2007 e agrupadas

por assunto, sendo as falas das mães utilizadas para reafirmar os achados qualitativos. Os questionários dos profissionais de saúde foram disponibilizados pelo *Google Forms*, sendo seus resultados quantitativos gerados automaticamente.

Para a escolha do caso, a amostra foi de conveniência e o critério de inclusão foi ser credenciado pela IHAC. Como a pesquisadora já desempenhava suas atividades no HMIB, esta unidade foi escolhida para o desenvolvimento deste estudo. A escolha dos participantes foi realizada conforme os critérios de inclusão e exclusão descritos no quadro 1.

Para análise dos contextos, utilizou-se como fonte de dados os questionários dos profissionais de saúde e as entrevistas semiestruturadas com as mães dos prematuros. Os elementos contextuais foram analisados conforme quadro 2.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (CAAE: 35533320.6.0000.5240) e da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (CAAE: 35533320.6.3001.5553).

Resultados e Discussão

Durante o período proposto para a coleta de dados, passaram pela UTIN 96 RN. Porém, 43 foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão. 51 profissionais de saúde da UTIN de diferentes áreas responderam ao questionário, além das Chefias de Nutrição e do BLH. Foram entrevistadas 9 mães diaristas e 11 nutrízes, totalizando 20 entrevistas. As mães nutrízes são aquelas que conseguem um leito na unidade para permanência 24 horas/dia, enquanto que as mães diaristas passam o dia na unidade e retornam para as suas residências. Cada mãe que autorizou a gravação da entrevista foi identificada com a letra M e o número da entrevista (M1, M2, M3...) para manter o anonimato das participantes.

A caracterização do grau de implantação foi realizada com base nas MAJ. O primeiro conjunto de resultados diz respeito à caracterização do grau de implantação para a subdimensão disponibilidade, que leva em consideração os indicadores de estrutura (componente insumo), conforme tabela 1.

No momento da aplicação do questionário, que ocorreu no mês de outubro/2020, os estoques de LH estavam abastecidos. Porém, nos últimos 12 meses faltou em algum momento ou houve algum período crítico de desabastecimento, agravado pelo início da pandemia da COVID-

19. Neste caso foi recomendado que “*Bebês com 25 ml de dieta prescrita por horário, pesando mais que 1850 gramas, usar fórmula para prematuro.*”

Dentre as dificuldades encontradas em manter os estoques de LH abastecidos, foi relatada falta de manutenção de equipamentos e falta de recursos humanos.

Apesar dos estoques estarem abastecidos, os RNPTs não recebiam todo o volume de LH que necessitavam. Essa afirmação vai de encontro com a fala de uma mãe da UTIN em que seu bebê usava fórmula:

M4: Na verdade é pela questão que o banco de leite não consegue fornecer a quantidade que a Sarah toma hoje. E como eu não estou à noite, tem que ser a fórmula.

Quanto aos estoques de fortificante do LH, no momento da aplicação do questionário, os estoques estavam abastecidos. Porém, nos últimos 12 meses, em algum momento houve falta desse insumo ocasionada pela alteração de formulação do produto pelo fabricante, impossibilitando o hospital de adquirir via contrato.

Em RNPTs de muito baixo peso, o uso de fortificantes proporciona aumento nas taxas de crescimento e ganho de peso⁶. Porém, na ausência deste, fórmulas para prematuro são utilizadas, podendo ser intercaladas com o LH⁷. Logo, a falta do fortificante na unidade pode comprometer a oferta exclusiva do LH, favorecendo o aumento do uso de fórmulas.

As fórmulas infantis estavam com os estoques abastecidos e não houve ausência nos últimos 12 meses. Conforme Chefia de Nutrição, não é realizado controle das fórmulas prescritas com ou sem razões médicas aceitáveis. A nutrição dispensa as fórmulas conforme prescrição médica.

A infraestrutura para o acolhimento das mães na unidade foi avaliada tanto pelas mães quanto pelos profissionais da UTIN. Foram questionados o local para ordenha, alimentação fornecida durante a permanência na unidade e o espaço físico / acomodações. Com relação ao local para ordenha, o BLH dispõe de um local privativo. Porém as mães preferem ordenhar dentro da UTIN ao lado de seus bebês, pois favorece a produção e a descida do leite. As mães avaliaram o local para ordenha como sendo ótimo por 55% delas, sendo que a principal reclamação foi com relação à privacidade, representando 66,66%.

De acordo com os profissionais, 7,8% consideraram o espaço físico e as acomodações adequadas e suficientes para atender todas as mães dos prematuros da UTIN, necessitando ser ampliada, a fim de contemplar o maior número de mães conforme número de leitos da UTIN.

Já com relação às mães dos RNPTs, 25% consideraram as acomodações como ótimas; 50% relataram serem boas e 25% ruins. As principais queixas / insatisfações das mães nutrizes foram com relação aos leitos que ocupavam: reclamaram da limpeza, do tamanho e da falta de ventilação, além da falta de local para lavar e secar as roupas das mães e dos bebês.

As mães diaristas queixaram-se dos banheiros (falta de banheiro privativo, aspecto ruim, banheiros quebrados e longe da UTIN), cadeiras (quebradas e em quantidade insuficiente) e falta de local para tomarem banho e para descanso.

M3: Acho que deveria ter um local melhor, porque a gente fica largada nos corredores e não tem banheiro pra banhar. Uma vez eu me sujei todinha. Aí eu tive que ir embora. Um dia eu cheguei aqui era 9 da manhã e fui embora 10 da noite. E eu fui embora porque eu estava toda destruída. Podia ter tipo uma salinha, alguma coisa.

M9: É bom. Eu não acho muito confortável. Por exemplo. Aconteceu de eu ter que dormir no banco aqui de cima né. Então assim, não são cadeiras muito confortáveis.

M11: É ruim porque o banheiro estava estragado, as cadeiras são poucas para muitas mães. O banheiro mais próximo que tem, tem hora que você vai ali tá quebrado. Então se você quer um banheiro tem que ir do outro lado do hospital.

Conforme a Chefia de Nutrição, a unidade oferece 5 refeições/dia, sendo considerada adequada. Porém, a mesma afirmou que os horários das refeições poderiam ser mais flexíveis.

Do total de mães entrevistadas, 45% relataram que a alimentação era ótima; 35% referiram ser boa e 20% acharam ruim. Nos relatos, a alimentação ótima foi associada como sendo saudável, balanceada, rica, sendo distribuída nos horários certinhos. Já a alimentação ruim correlacionou com pouca variedade, aparência, sabor e o não seguimento das preferências alimentares.

Ao questionar os profissionais da UTIN sobre quais as condições que a instituição oferece para a permanência da mãe na unidade hospitalar, apenas 45,1% relataram alimentação.

Diante dos resultados acima, a implantação do componente insumo apresentou 77,08%, considerado parcialmente implantado, com menor pontuação para o indicador infraestrutura/acomodações.

Com relação à caracterização do grau de implantação para o índice de Qualidade Técnico-científica, levaram-se em consideração os indicadores de processo (componente atividades), conforme representado na tabela 2.

As orientações sobre amamentação são de extrema importância para o início e manutenção do AM, sendo que informações inadequada e insuficiente dos profissionais de saúde podem levar ao desmame precoce⁸.

Assim, a grande maioria dos profissionais da UTIN (86,3%) realizam ações de orientação e estímulo à amamentação, onde a maioria informou ajudar a mãe a amamentar e/ou realizar a ordenha (86,3%); oferecer essa ajuda “às vezes, quando a mãe solicita” (47,7%); através da informação e ajuda prática, onde o profissional orienta a mãe verbalmente e ajuda a posicionar o RN no seio materno (77,3%). Já nas entrevistas com as mães, 90% informaram terem recebido algum tipo de orientação, sendo as técnicas de ordenha mais prevalente entre as orientações recebidas.

A falta de capacitação e habilidade dos profissionais responsáveis por ações referentes ao AM pode propiciar o desmame precoce e favorecer o aumento da taxa de mortalidade infantil⁹. Do total de profissionais, 70,6% já foram capacitados pela IHAC. Esse percentual pode ser visto como positivo, já que os estudos mostram uma menor taxa de adesão ao Passo 2 da IHAC (Capacitar toda a equipe de cuidados da saúde nas práticas necessárias para implementar essa política)¹⁰. Vale destacar também a presença da política de AM impressa na unidade, onde mais de 90% dos profissionais tinha conhecimento.

Dentre as mães que foram orientadas quanto à amamentação, apenas uma foi orientada à não amamentar (5%) por estar realizando tratamento quimioterápico, uma das condições maternas que podem justificar evitar amamentar de forma temporária¹¹. Já com relação às mães que estavam amamentando mas que não haviam sido orientadas, este estudo evidenciou apenas uma mãe (5%). Esta mãe informou não ter tido nenhuma dificuldade no processo de amamentação/ordenha. Porém relatou que o apoio dos médicos e enfermeiros da UTIN tem contribuído para esse processo. Não foi identificada nenhuma mãe que não estivesse amamentando e que não fosse orientada.

No presente estudo, dos RNPTs em uso de fórmula, 1 era de mãe usuária de drogas e álcool e 1 era portador de EIM, estando de acordo com as razões médicas aceitáveis para o uso de substitutos de LM¹¹. Três RNPTs eram devido à desnutrição grave e dificuldade de ganho ponderal. Apenas 1 RNPTs estava sem justificativa para o uso de fórmula. Este estava recebendo mais de 60ml de volume total, divididos em leite do BLH e fórmula infantil. Acredita-se que o uso de fórmula foi devido ao volume elevado de LH.

Dos principais motivos para a prescrição de fórmula infantil na UTIN, os médicos informaram a falta de leite no BLH (66,66%) e as patologias que impossibilitam o uso como intolerância, erro inato do metabolismo, alergia à proteína do leite de vaca e RN cirúrgico (75%).

Apenas 8 médicos souberam relatar pelo menos 3 razões médicas aceitáveis para o uso de fórmula, conforme recomendações da OMS/UNICEF¹¹.

O volume elevado de LH foi relatado como sendo um dos principais motivos para a prescrição de fórmula infantil e uma das principais dificuldades na prescrição de LH proveniente do BLH (25% e 41,66%, respectivamente).

O fornecimento de LME, exceto em casos específicos, apresentou percentual de adequação de 100% para os indicadores descritos, com exceção da proporção de RNPTs em uso de fórmulas sem razões médicas aceitáveis que representou 60% de percentual de adequação.

O acesso livre à UTIN, conforme previsto na Portaria 930/2012¹², foi relatado por 75% das mães e por 58,80% dos profissionais de saúde, mostrando divergências entre as respostas:

M4: Na verdade, o único horário estabelecido é o da entrada né, que é a partir das 8:45. Depois é livre. Pra mim que sou mãe é livre.

M8: Bom, fala que é livre, mas na verdade às vezes a gente chega lá e tá fazendo algum procedimento, a gente tem q sair do leito, mesmo que seja um procedimento em outro bebê, tem que ficar sempre saindo [...] Então não se torna livre.

M9: Tem restrição. Só pode a partir das 8:45. Então tem alguns horários que não pode ficar lá.

O contato pele a pele foi relatado por 100% dos profissionais e 75% das mães informaram terem realizado esta prática. Essa prática é reconhecida como um facilitador na promoção do AM de longo prazo em bebês prematuros². Como essa prática depende da condição clínica do RN, aqueles que estavam graves e instáveis hemodinamicamente não foram possíveis de realizarem esse contato, podendo ter influenciado no resultado.

A implantação do componente atividade apresentou 84,41%, estando adequada conforme ponto de corte pré-estabelecido.

O grau de implantação do fornecimento de LH de forma exclusiva em prematuros, calculado a partir da média da soma do total de pontos das MAJ, foi de 80,74%, considerando satisfatório, conforme parâmetros para classificação do grau de implantação, com destaque para os indicadores de processo.

Análise do contexto

Contexto organizacional

A despeito do elevado grau de implantação encontrado e de sua adequação seguindo os parâmetros estabelecidos, alguns aspectos que não se mostraram adequados e estão relacionados ao contexto, podem comprometer a adequada implantação da intervenção.

A presença de LH e do fortificante é fundamental para que a oferta ocorra de forma exclusiva, garantindo melhor desenvolvimento e ganho ponderal dos RNPTs¹. No momento da coleta de dados, os estoques estavam abastecidos. Porém, mesmo com a presença do LH, bebês com volumes elevados (> 30ml/ horário) tendem a receber fórmula de rotina, o que pode ser corroborado com as justificativas dos médicos da UTIN. Daqueles que mencionaram o volume como uma das principais dificuldades encontradas na prescrição do LH proveniente do BLH, 60% enfatizaram o volume superior a 30 ml como um dificultador. Mesmo o LH estando presente, ele não é suficiente constantemente para todos os RNPTs.

A terapia nutricional predominante ao longo da internação foi o LM ordenhado/LH exclusivo, totalizando 88,67%. Conforme os padrões globais e com os Critérios de Conformidade Relacionados ao Fornecimento de LM de Forma Exclusiva aos RN descritos na estratégia da IHAC, a observação da enfermaria neonatal deve confirmar que pelo menos 80% dos bebês estão sendo alimentados apenas com LM ou leite do BLH, ou, se receberam algo mais, foi por razões médicas aceitáveis¹³. Dessa forma, os resultados deste estudo mostram que a oferta de LH está de acordo com o estabelecido pela IHAC.

O sucesso no fornecimento de LH se deve, provavelmente, ao apoio e orientação promovidos pelos profissionais de saúde, onde 95% das mães que estavam amamentando foram orientadas, e da unidade ser credenciada pela IHAC e seguir os 10 passos para o sucesso da amamentação. Além disso, as doações de LH são destinadas prioritariamente para RNPTs, favorecendo também esta oferta.

O apoio dos profissionais da UTIN e do BLH foi relatado como sendo um dos principais aspectos que têm contribuído para que as mães conseguissem amamentar/ordenhar, representando 50% das respostas. A forma de ajuda mais predominante foi a informação associada à ajuda prática (77,3%), onde o profissional orienta a mãe verbalmente e ajuda a posicionar o prematuro no seio materno. Dentre as orientações recebidas, as técnicas de ordenha representaram 90%, seguidas pelos horários das dietas (55%), preparo das mamas (45%) e vantagens do AM (40%).

Pesquisas vêm demonstrando que, embora possa variar, conforme os contextos social e cultural em que a mulher está inserida há influência positiva na iniciação e duração da amamentação pelo apoio formal, e a ajuda prática parece ser o meio mais efetivo para os profissionais de saúde oferecerem apoio à amamentação¹⁰.

A política de AM da UTIN contemplava os 10 passos para o sucesso do AM da IHAC; cuidado amigo da mulher; permanência dos pais e acesso livre junto ao RN. O anexo contemplava ainda as razões médicas aceitáveis para o uso de substitutos do LM e a NBCAL.

O acesso livre à UTIN foi relatado por 75% das mães e por 58,80% dos profissionais da UTIN, apresentando discrepância entre os resultados. Deve-se alcançar uma comunicação eficiente entre a equipe e as mães, com uma abordagem refinada, para que o direito de “acesso livre” seja respeitado. A equipe de saúde deve manter um discurso homogêneo, pois informações discordantes podem gerar insegurança na nutriz e prejudicar o AM¹⁴.

O contato pele a pele foi relatado por 100% dos profissionais e por 75% das mães, fator que contribui para a promoção do AM, uma vez que favorece a produção láctea e promove o vínculo mãe-filho². Esta prática é realizada na unidade principalmente durante a dieta (37,25%) e conforme a condição clínica/estabilidade do RN (27,45%).

A ordenha era realizada preferencialmente junto ao RN. As mães refeririam falta de privacidade (66,66%), além de cadeiras quebradas e pouco confortáveis (33,33%). Apenas 1 mãe relatou a falta de profissionais para ajudar na ordenha.

M6: Tem uns homens que é muito sem noção. Hoje mesmo tinha um lá. Totalmente sem noção. Ele só vai quando as pessoas estão tirando leite. Quando a mulher está lá com o peito de fora. Ele fica do lado da minha filha.

M8: Eu acho até a estrutura mesmo de a gente sentar. Às vezes você chega e já retiraram a cadeira, porque está faltando pra outra mãe lá no leito.

Quanto à infraestrutura, a falta de leitos disponíveis para as mães representou 75% das dificuldades em permanecer na unidade em período integral, por 24 horas, fator que pode comprometer o fornecimento de LH, principalmente nos momentos de desabastecimento do BLH.

No estudo de UEMA et. al.⁹, os profissionais referem que a falta de infraestrutura da unidade neonatal é em parte responsável pelo insucesso do AM. A falta de acomodações e a dificuldade materna em permanecer na unidade também foram apontadas como fatores decisivos.

A alimentação é fornecida na unidade para as mães dos RNPTs contemplando 5 refeições. Porém nem metade dos profissionais (45,1%) tinha conhecimento dessa informação. Além da

alimentação, os profissionais informaram que a unidade oferece poltronas (66,7%), cadeiras (42,1%) e alojamento conjunto (52,9%) para a permanência da mãe na unidade. Entretanto, as acomodações não são suficientes e adequadas para a permanência das mães na unidade, fator que comprometeu a implantação do componente estrutural insumo.

O volume de leite proveniente do BLH (41,66%) e o baixo estoque (41,66%) foram relatados como sendo a principal dificuldade encontrada na prescrição de LH, além da desinformação da equipe e falta de orientação no manejo e durabilidade do leite (8,33% cada).

Diante dos dados apresentados, as principais dificuldades do contexto organizacional que interferem no processo de amamentação estão relacionadas com o volume de leite proveniente do BLH e estoques baixos, infraestrutura da unidade como a falta de leitos disponíveis para permanência 24hs, local inadequado para descanso das mães diaristas na unidade e a falta de privacidade na ordenha na UTIN. As mães diaristas não têm um descanso adequado e sentem-se cansadas para acompanhar a rotina da unidade.

As facilidades identificadas foram o apoio e orientação dos profissionais da UTIN e do BLH, a presença do LH e do fortificante, o acesso livre à UTIN, o contato pele a pele, alimentação fornecida no local, capacitação dos profissionais e conhecimento da política de amamentação da unidade, além da unidade ser credenciada pela IHAC e seguir os 10 passos. A presença do alojamento conjunto com leitos para as mães em número proporcional ao número de leitos de UTIN é de extrema importância para a promoção do AM na unidade.

Contexto Externo

Dentre os principais fatores relacionados ao sucesso ou fracasso do AM, destacam-se nível socioeconômico, grau de escolaridade da mãe, idade da mãe, trabalho materno, urbanização, condições de parto, incentivo do cônjuge e intenção da mãe de amamentar^{15,16}.

Quanto à idade materna, a média encontrada foi de 29 anos. Esse resultado vem ao encontro de outros estudos^{16,17}, em que os autores concluíram que o fato das mães apresentarem maior idade foi apontado como fator de proteção ao AM, possivelmente por possuírem mais conhecimento sobre a amamentação.

Com relação ao tipo de ocupação da mãe, 50% eram “do lar”, fator que pode favorecer o AM, uma vez que a disponibilidade de tempo é um fator que contribui para o processo de amamentação e mulheres que não trabalham tendem há ter mais tempo para amamentar¹.

No que se refere ao grau de instrução materna, muitos estudos têm demonstrado que esse fator afeta a motivação para amamentar. Mães com maior grau de instrução, casadas, tendem a amamentar por mais tempo, talvez pela possibilidade de um maior acesso a informações sobre as vantagens do AM¹⁷. No presente estudo, a maioria das mães (40%) apresentou ensino médio completo e 75% eram casadas ou possuíam união estável. Esse resultado é positivo, uma vez que o apoio do companheiro na amamentação tem relação estatisticamente positiva com a manutenção e duração do AM¹⁶.

O conhecimento das mães sobre as vantagens e benefícios do LM para o bebê foi um dos pontos que contribuíram para que as mesmas pudessem estar ordenhando/amamentando^{2,5}. 35% delas relataram a importância do leite para a saúde do bebê como sendo um dos principais aspectos que têm contribuído nesse processo:

M8: [...] a importância, as vantagens do leite, dos nutrientes, da gordura que tem. Então eu evito o mínimo possível pegar leite lá, no banco de leite pra ele.

M9: A importância do leite porque eu sei que quando ele sair da dieta zero eu vou ter que amamentar. Então é só pra manter a produção.

Todas as mães entrevistadas relataram possuir rede de apoio para ajudarem no cuidado com o bebê e outros filhos; 100% podiam contar com pelo menos um membro da família e 10% também podiam contar com amigos. Segundo Muller e Silva¹⁸, o apoio instrumental, afetivo e estrutural gerado pela família, amigos e serviços de saúde são favoráveis à manutenção do AME.

O marketing da indústria, como ferramenta de promoção e venda de fórmulas infantis, pode comprometer o AM, favorecendo o desmame precoce. Dessa forma, 2 (12,5%) profissionais médicos prescritores ainda se sentem pressionados por alguma empresa de marketing para a prescrição de fórmula infantil. Uma das importantes formas de promoção comercial dá-se no sistema de saúde por meio de seus profissionais. A herança do passado somada à cultura de consumo da sociedade moderna, habituada a tratar a alimentação como algo a resolver de forma rápida, torna cada vez mais importante o trabalho de conscientização dos profissionais de saúde nesse tema. Espera-se destes uma postura crítica diante da ação do marketing das indústrias de alimentos infantis e também das que comercializam bicos, chupetas e mamadeiras, os quais colaboram para uma cultura de substituição da amamentação¹⁹.

As facilidades do contexto externo no processo de amamentação encontradas neste estudo estão relacionadas com a faixa etária, escolaridade materna, estado civil da mãe, presença da rede de apoio e ao conhecimento das mães sobre a importância do leite para o bebê. O estudo de Moura et. al.⁸ evidenciou que o reconhecimento das vantagens do LM para o prematuro foi o principal motivo apresentado pelas mães para amamentarem seus bebês, mesmo diante de várias situações de insegurança, incômodo e desconforto vivenciadas por elas no contexto da hospitalização.

Os aspectos que tem contribuído para que as mães conseguissem amamentar foram: importância do leite para o bebê (35%); apoio dos profissionais de saúde e do BLH (50%); vontade de amamentar (5%) e o apoio da família (15%). Já as dificuldades encontradas foram com relação às técnicas de ordenha (50%), seguida da baixa produção de leite (41,66%), pega (16,66%) e massagem da mama (8,33%).

As dificuldades nas técnicas de ordenha também foram evidenciadas no estudo de Gianni et. al, na qual foram referidas por 36% das mães entrevistadas, sendo considerado um dos fatores que dificultam a amamentação de prematuros.

De acordo com os profissionais de saúde da UTIN, os facilitadores da amamentação dos prematuros são: estímulo e orientação da equipe (50,98%); acesso livre/presença da mãe (25,4%); Método Canguru/contato pele a pele (15,98%); interação/vínculo mãe e filho (11,76%); início/estímulo precoce (7,84%); condições do RN (5,88%); desejo da mãe (5,88%); capacitação dos profissionais (3,92%); técnica/pega correta (3,92%); número adequado de profissionais na UTIN (3,92%); mais leitos de mãe nutriz (1,96%); mamilo (1,96%); psicológico da mãe (1,96%) e prontidão do bebê (1,96%).

Entre as barreiras, os profissionais destacaram: condições clínicas do RN (25,49%); ausência da mãe (23,52%); falta de orientação/estímulo/apoio dos profissionais (19,60%); estresse emocional/medo/ansiedade/insegurança das mães (17,64%); falta de informação (13,72%); falta de estrutura/leitos de mãe nutriz (7,84%); falta de vínculo do binômio (3,92%). Os demais representaram apenas 1,96%, sendo eles: ausência do contato pele a pele; resistência da equipe em acordar o bebê; tempo de internação; baixa produção; falta de privacidade e manutenção da lactação.

Os resultados aqui apresentados frisam a importância do apoio da família e dos profissionais de saúde; da organização do processo de trabalho dos serviços de saúde, do controle e monitoramento do marketing da indústria de alimentos infantis e do conhecimento e desejo de

amamentar da mãe como fatores que contribuem para o sucesso da amamentação em prematuros, conforme descritos em outros estudos^{2,6,14,16,17}.

Limitações do Estudo

As limitações encontradas ao longo do estudo foram decorrentes do cenário epidemiológico da COVID-19. A análise do fornecimento de LH através dos mapas de dietas só foi possível ser realizada em um único mês, não contemplando meses de abastecimento e desabastecimento do LH. Além disso, mães e profissionais estavam ausentes, interferindo no tamanho da amostra, podendo ter influenciado negativamente no grau de implantação.

Considerações Finais

O grau de implantação da intervenção se mostrou satisfatório de acordo com os índices pré-estabelecidos. O indicador “infraestrutura adequada para o acolhimento das mães na unidade”, apresentou índice insatisfatório, onde as acomodações apresentaram apenas 25% de implantação. A infraestrutura necessita ser ampliada, uma vez que as mães quando bem acolhidas, participando do processo de recuperação do seu filho, tendo local para descanso, suporte e orientação para ordenha e podendo estar na unidade em período integral, contribuem para o processo de amamentação.

O sucesso no fornecimento de LH está atrelado principalmente ao apoio e orientações oferecidos às mães na unidade hospitalar, presença de rede de apoio, ao conhecimento das mães a cerca dos benefícios do AM, além de uma infraestrutura adequada e disponibilidade do LH e fortificante.

Que os resultados dessa avaliação possam proporcionar um olhar mais humanizado para as mães dos prematuros com maior acolhimento pelos setores do hospital por onde elas perpassam, além de contribuir para o aperfeiçoamento das atividades dos profissionais de saúde e dos gestores que trabalham em hospitais credenciados pela IHAC. A intervenção aqui descrita reforça e integra as estratégias relacionadas ao AM, favorecendo a adesão à prática da amamentação e sua manutenção por tempo desejável, como preconizado pela OMS, UNICEF e Ministério da Saúde.

Agradecimentos

Os autores agradecem as mães dos prematuros; Profissionais de saúde da UTIN, Chefia de Nutrição e Chefia do Banco de Leite do HMIB;

Contribuição dos autores

Reis MMP: coleta e análise dos dados, interpretação e redação inicial do manuscrito. Barros DC e Vitorino SAS: delineamento e coordenação do estudo e revisão crítica do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito.

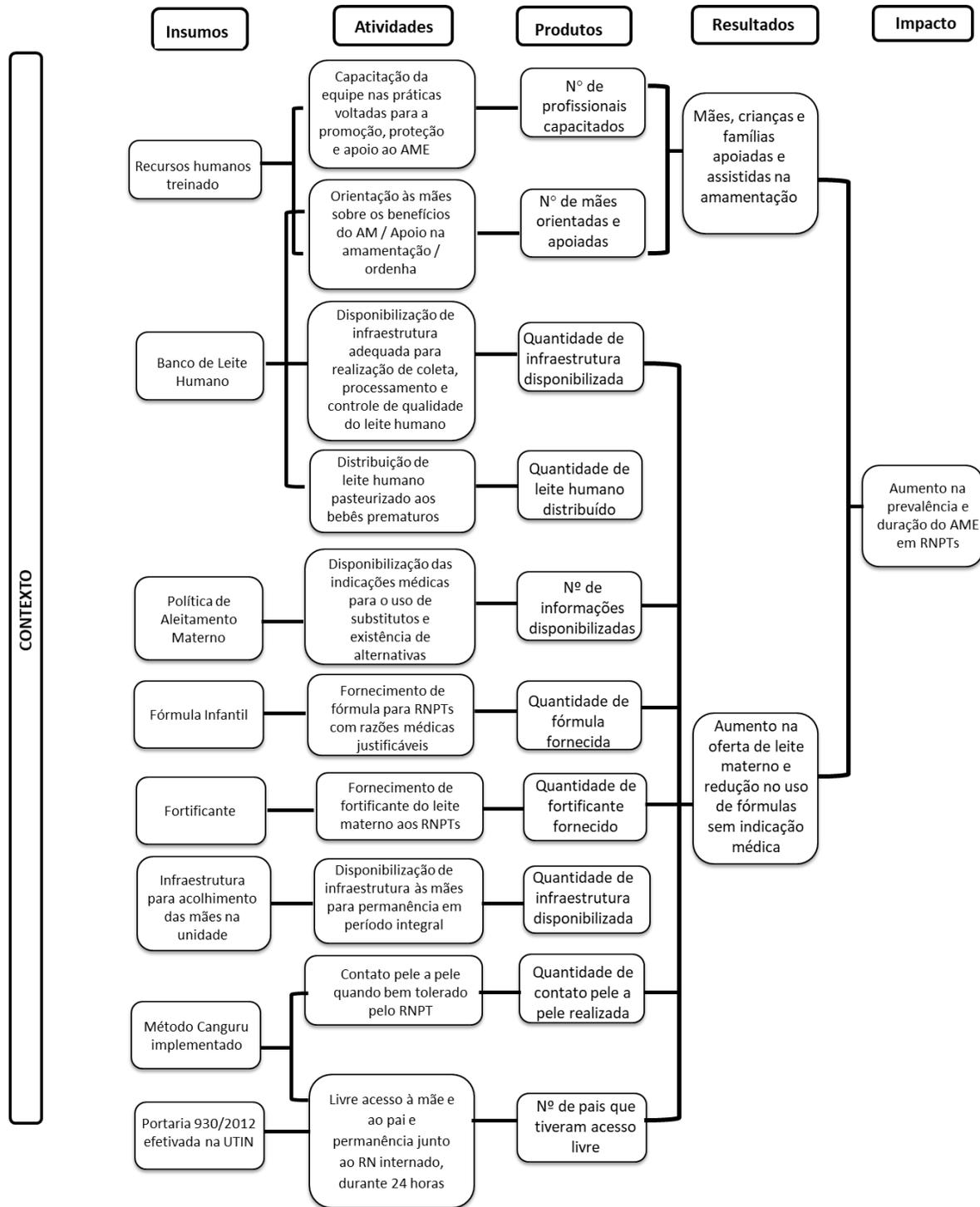
Referências

1. Lima APE, Castral TC, Leal LP, Javorski M, Sette GCS, Scochi CGS, Vasconcelos MGL. Aleitamento materno exclusivo de prematuros e motivos para sua interrupção no primeiro mês pós-alta hospitalar. *Rev Gaúcha Enferm. (Porto Alegre)* 2019; 40: 8.
2. Gianni ML, Bezze EN, Sannino P, Baro M, Roggero P, Muscolo S, Plevani L, Mosca F. Maternal views on facilitators of and barriers to breastfeeding preterm infants. *BMC Pediatrics*. 2018; 18 (238): 7.
3. Al-Ruzaihan SA, Al-Ghanim AA, Bu-Haimed BM, Al-Rajeh HK, Al-Subaiee WR, AL-Rowished FH, Badger-Emeka LI. Effect of maternal occupation on breast feeding among females in Al-Hassa, southeastern region of KSA. *J Taibah Univ Med Sci(Riyadh)*. 2017; 12 (3): 235-240.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno. 1 ed. Brasília, DF; 2017. [acesso em 17 ago 2020]. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/bases_discussao_politica_aleitamento_materno.pdf
5. Cruz MR, Sebastião LT. Amamentação em prematuros: conhecimentos, sentimentos e vivências das mães. *Distúrbios Comun. (São Paulo)* 2015; 27 (1): 76-84.
6. Filho JVB, Pereira RJ, Castro JGD. Efeitos do uso de fortificante do leite humano em recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso. *Cienc Cuid Saude*. 2016; 15 (3): 429-35.

7. Gonçalves AB, Jorge SM, Gonçalves AL. Comparação entre duas dietas à base de leite humano em relação ao crescimento e à mineralização óssea de recém-nascidos de muito baixo peso. *Rev. Paul. Pediatr.* 2009; 27 (4): 395-401.
8. Moura LP, Oliveira JM, Noronha DD, Ribeiro JD, Torres V, Oliveira KCF, Teles MAB. Percepção de mães cadastradas em uma Estratégia Saúde da Família sobre aleitamento materno exclusivo. *Rev Enferm UFPE [periódico online]*. 2017 [acesso em 12 jul 2020]. 11(Supl. 3): 1403-9. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/13983/16836>.
9. Uema RTB, Tacla MTGM, Zani AV, Souza SNDH, Rossetto G, Santos JCT. Insucesso na amamentação do prematuro: alegações da equipe. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde. (Londrina)* 2015; 36 (1): 199-208.
10. Jesus PC, Oliveira MIC, Fonseca SC. Repercussão da capacitação de profissionais de saúde em aleitamento materno sobre seus conhecimentos, habilidades e práticas hospitalares: uma revisão sistemática. *J. Pediatr. (Rio J.)* 2016; 92 (5): 436-450.
11. World Health Organization (WHO). Acceptable medical reasons for use of breast-milk substitutes. Geneva, 2009. [acesso em 19 dez 2019]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69938/WHO_FCH_CAH_09.01_eng.pdf
12. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [acesso em 30 ago 2020]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html#:~:text=Define%20as%20diretrizes%20e%20objetivos,%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20\(SUS\).](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html#:~:text=Define%20as%20diretrizes%20e%20objetivos,%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20(SUS).)
13. World Health Organization (WHO). Implementation guidance: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: implementing the revised Baby-friendly Hospital Initiative. Geneva: 2018. [acesso em 21 out 2019]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272943>
14. Simas WLA, Penha JS, Soares LBC, Rabêlo PPC, Oliveira BLCA, Pinheiro FS. Insegurança materna na amamentação em lactantes atendidas em um banco de leite humano. *Rev Bras Saúde Mater Infant. (Recife)* 2021; 21 (1): 261-269.
15. Silva PKDA; Almeida STDE. Avaliação de recém-nascidos prematuros durante a primeira oferta de seio materno em uma uti neonatal. *Rev CEFAC. (São Paulo)* 2015; 17 (3): 927-935.
16. Margotti E, Margotti W. Fatores relacionados ao Aleitamento Materno Exclusivo em bebês nascidos em hospital amigo da criança em uma capital do Norte brasileiro. *Saúde Debate. (Rio de Janeiro)* 2017; 41 (144): 860-71.

17. Pinto SL, Barruffini ACC, Silva VO, Ramos JEP, Junqueira IC, Borges LL, Cordeiro JABL, Silva AMTC, Almeida RJ. Avaliação da autoeficácia para amamentação e seus fatores associados em puérperas assistidas no sistema público de saúde no Brasil. *Rev. Bras Saúde Mater Infant (Recife)* 2021; 21 (1): 97-105.
18. Muller FS, Silva IA. Representações sociais de um grupo de mulheres/nutrizes sobre o apoio à amamentação. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2009; 17 (5): 8.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. A legislação e o marketing de produtos que interferem na amamentação: um guia para o profissional de saúde. 1. ed. Brasília, DF; 2016. [acesso em 2 jun 2020]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_marketing_produtos_amamentacao.pdf
20. Gaíva MA, Scochi CGS. A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal. *Rev Bras Enferm*. 2005; 58 (4): 444-448.
21. Serra SOA, Scochi CGS. Dificuldades maternas no processo de aleitamento materno de prematuros em uma UTI neonatal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2004; 12 (4): 597-605.

Figura 1. Modelo Lógico do Fornecimento Exclusivo de Leite Humano para Recém-Nascido Prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal



Fonte: Autoria própria

* UTIN – Unidade de Terapia Intensiva; *AME – Aleitamento Materno Exclusivo; *AM – Aleitamento Materno; *RNPTs – Recém-nascidos prematuros; *RN – Recém-nascido; *N° - Número.

Quadro 1. Critérios de Inclusão e Exclusão da Pesquisa

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Profissionais de saúde: Profissionais que atuam na UTIN do HMIB e que possuam atividades relacionadas à assistência ao recém-nascido prematuro.	Profissionais que se recusarem a participar da pesquisa e que não realizam assistência direta ao recém-nascido prematuro.
Chefia de Nutrição e Chefia do Banco de Leite Humano: Aceitar em participar da pesquisa.	Recusar a participar da pesquisa.
RNPT: Idade gestacional menor do que 37 semanas; Admissão na UTIN nas primeiras 48 horas de vida; Permanência mínima de 48 horas em UTIN.	Malformados; Recém-nascidos abandonados; Óbito durante internação.
Mães: Ter capacidade cognitiva para responder as perguntas; Ter idade ≥ 18 anos; Filho internado na UTIN.	A negativa da mãe em participar do estudo; Idade < 18 anos; Óbito materno.

*UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; HMIB – Hospital Materno Infantil de Brasília

Quadro 2. Elementos Contextuais do Fornecimento de Leite Humano Exclusivo para Prematuros na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Tipo do Contexto	Descrição do Contexto
Contexto Externo	Marketing da indústria de alimentos infantis ^{5,19}
	Apoio da família e dos demais membros do grupo social em que a mulher está inserida ^{5,21}
	Situação sociodemográfica (classe econômica; educação materna; situação empregatícia da mulher) ^{5,16,17}
Contexto Organizacional	Infraestrutura da unidade ^{9,22} ;
	Apoio dos profissionais de saúde na amamentação ^{5,20} ;
	Presença de leite humano, fórmula infantil e fortificante na unidade ^{7,13}
	Aplicabilidade das políticas públicas em prol da amamentação ⁴
	Técnicas de ordenha ^{2,5}

Tabela 1. Matriz de Análise e Julgamento para o Índice de Disponibilidade

Insumos	Índice de Disponibilidade	Resposta	PE	PA	Percentual de adequação
Banco de Leite Humano (BLH)	Havia leite humano	Sim	2	2	100%
	Nos últimos 12 meses nunca faltou leite humano	Já faltou	2	1	50%
	Estrutura adequada conforme ANVISA	Sim	6	6	100%
Fortificante	Havia fortificante	Sim	2	2	100%
	Nos últimos 12 meses nunca faltou fortificante	Já faltou	2	1	50%
Fórmula Infantil	Havia fórmula infantil para casos específicos	Sim	2	2	100%
	Nos últimos 12 meses nunca faltou fórmula	Não	2	2	100%
Infraestrutura adequada para o acolhimento das mães na unidade	Local privativo para ordenha mamária;	Sim (BLH) 55% das mães – ótima	4	3	75%
	Acomodações;	7,8% dos profissionais: adequado	5	1	20%
	Alimentação durante a permanência na unidade;	25% das mães - ótima A unidade fornece 5 refeições. Considerada adequada; 45% das mães: ótima 45,1% dos profissionais	10	7	70%
Recursos Humanos treinados	O profissional já foi capacitado pelo curso da IHAC;	Sim (chefias do BLH e Nutrição); 70,6% dos profissionais	5	4	80%
Política de Aleitamento Materno da UTIN	Havia política de aleitamento materno escrita;	Sim	1	1	100%
	A política contemplava as políticas públicas de amamentação como o Método Canguru (contato pele a pele), NBCAL, IHAC e Portaria 930/2012?	Sim	4	4	100%
	A política contemplava as razões médicas para o uso de substitutos?	Sim	1	1	100%
TOTAL			48	37	77,08%

Tabela 2. Matriz de Análise e Julgamento para o Índice de Qualidade técnico-científica

Atividades	Índice de Qualidade técnico-científica	Resposta	PE	PA	Percentual de adequação
Conhecimento dos profissionais com relação às práticas voltadas para a promoção, proteção e apoio ao AME	Proporção de profissionais que realizam ações de orientação e estímulo à amamentação;	86,3% (sim) A maioria dos profissionais atingiram 5 pontos	10	8	80%
Orientação e apoio às mães na amamentação	Proporção de mães que foram orientadas e estimuladas quanto ao aleitamento materno;	18 (90%)	5	5	100%
	Proporção de mães que estão amamentando e que foram orientadas;	19 (95%)	10	10	100%
	Proporção de mães que estão amamentando, e que não foram orientadas;	1 (5%)	4	4	100%
	Proporção de mães que não estão amamentando e que foram orientadas;	1 (5%)	3	3	100%
	Proporção de mães que não estão amamentando e que não foram orientadas;	Nenhuma	2	2	100%
	Proporção de mães e profissionais que informaram realizar o contato pele a pele (Método Canguru);	75% das mães 100% dos profissionais	4	3	75%
	Proporção de mães e profissionais que informaram possuir livre acesso à UTIN, durante 24 horas.	75% das mães 58,80% dos profissionais	4	2	50%
Fornecimento de leite humano exclusivo, exceto em casos específicos	Proporção de RNPTs em AME;	47 (88,67%)	10	10	100%
	Proporção de RNPTs em uso de fórmulas com razões médicas aceitáveis;	5 (83,3%)	10	10	100%
	Proporção de RNPTs em uso de fórmulas sem razões médicas aceitáveis.	1 (16,6%)	5	3	60%
Indicação de fórmula infantil considerando as razões médicas aceitáveis	Proporção de médicos que sabem relatar as razões para prescrição de substitutos do leite materno;	8 (66,6%)	10	5	50%
TOTAL			77	65	84,41%

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES PARA A UNIDADE

A elaboração deste trabalho foi bastante desafiadora, uma vez que foi realizada em meio à pandemia da COVID-19, dificultando a coleta de dados. Conhecer a vivência das mães em um momento tão delicado foi fundamental para que ocorressem mudanças de rotina visando um olhar mais humanizado. Neste caso falo pelo meu setor de Nutrição, nos horários rígidos das refeições solicitadas pelas mães. Quando se entende o universo em que fazem parte, a flexibilidade em determinados momentos podem trazer calma e conforto para as mães que estão imersas em um ambiente que podem trazer medo e insegurança.

O grau de implantação do fornecimento de LH de forma exclusiva apresentou-se satisfatório. Os prematuros estarem internados em hospital amigo da criança foi um fator que contribui para a implantação da intervenção. Assim, pode-se considerar que o sucesso nas práticas de amamentação é influenciado pelas políticas públicas.

A infraestrutura da unidade apresentou-se insatisfatória, necessitando ser ampliada. A presença dos leitos para as mães dos RNPTs possibilita a permanência delas na unidade e proporciona um ambiente acolhedor, com troca de experiência entre elas onde conseguem força e apoio para superar este momento tão difícil. Contudo, a quantidade de leitos não foi suficiente para atender todas as mães dos RNPTs. A unidade deve dispor de uma infraestrutura que proporcione um ambiente prazeroso, com privacidade e conforto para os pais dos RNPTs, uma vez que são considerados parte essencial no tratamento e bem-estar do bebê.

As mães quando bem acolhidas, participando do processo de recuperação do se filho, tendo local para descanso, suporte e orientação para ordenha e podendo estar na unidade em período integral, contribuem para o processo de amamentação.

Entende-se que a restrição de volume de LH do BLH pode prejudicar a oferta exclusiva. Logo, se a estrutura física for ampliada, as mães dos prematuros passariam mais tempo na unidade, podendo ordenhar nos horários estabelecidos, e os RNPTs receberiam cada vez mais o leite proveniente de suas mães, dependendo menos do BLH.

Destaca-se a importância das atividades desenvolvidas pelo BLH na rede pública de saúde, dando apoio e suporte às mães no processo de amamentação, contribuindo para a oferta de LH dentro das unidades hospitalares, e conseqüentemente para redução da mortalidade infantil.

Não há controle das prescrições de fórmulas infantis diante das razões médicas aceitáveis. Assim, seria fundamental a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar da UTIN, com participação efetiva nas discussões sobre prescrição nutricional, para que, a partir daí, possa ser realizado o controle das fórmulas infantis.

O marketing da indústria continua influenciando e pressionando os profissionais de saúde a prescrever fórmulas. Eles são considerados importantes formas de promoção comercial, havendo a necessidade de fiscalização, controle e educação continuada sobre o assunto.

As ferramentas elaboradas para a avaliação do fornecimento de LH podem subsidiar estudos em outros hospitais e contribuir para o aperfeiçoamento das atividades dos profissionais de saúde, gestores e de outras instituições hospitalares credenciadas pela IHAC.

Os resultados deste estudo mostraram que é possível realizar a amamentação na maioria dos prematuros, mesmo diante dos desafios inerentes da prematuridade. Dentro desse contexto, as avaliações nos serviços de saúde são fundamentais para conhecer a vivência dessas mães com relação à amamentação durante a internação hospitalar, promovendo intervenções que favoreçam a saúde da mulher, da criança, da família e da sociedade.

A intervenção aqui descrita reforça e integra as estratégias relacionadas ao AM, favorecendo a adesão à prática da amamentação e sua manutenção por tempo desejável, como preconizado pela OMS, UNICEF e Ministério da Saúde.

REFERÊNCIAS

- ALVES, V. H. et. al. Manejo clínico da amamentação: Valoração axiológica sob a ótica da mulher-nutriz. **Revista Escola Anna Nery**, v. 20, n. 4, p. 1-7, 2016.
- ALVES, A. M. L.; SILVA, É. H. A. A; OLIVEIRA, A. C. Desmame precoce em prematuros participantes do Método Mãe Canguru. **Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol.**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 23-28, mar. 2007.
- AMORIM, S. T. S. P. Alimentação Infantil e o Marketing da Indústria de Alimentos. Brasil, 190-1988. **História: Questões & Debates**. Curitiba: Editora UFPR, n. 42, p. 95-111, 2005.
- BENOIT, B.; SEMENIC, S. Barriers and Facilitators to Implementing the Baby-Friendly Hospital Initiative in Neonatal Intensive Care Units. **JOGNN**, v. 43, 614-624 p., 2014.
- BOCCOLINI, C. S.; et. al. Breastfeeding indicators trends in Brazil for three decades. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 108, 27 dez. 2017.
- BRAGA, D.F.; et. al. Amamentação exclusiva de recém-nascidos prematuros: percepções e experiências de lactantes usuárias de um serviço público especializado. **Rev. Nutr.**, Campinas, 21(3):293-302, maio/jun., 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da criança: ações básicas. Ministério da Saúde. Brasília, 20p., 1984.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.051, de 8 de novembro de 2001. Estabelece os novos critérios da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras, a ser observada e cumprida em todo o Território Nacional, constante do ANEXO desta Portaria e que dela é parte integrante. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 44, 09 nov. 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 28p., 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 82p., 2004.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 108, abr. 2005.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 11.265, de 03 de janeiro de 2006. Regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e

também a de produtos de puericultura correlatos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 1, 04 jan. 2006.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Banco de leite humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos. Brasília: Anvisa, 160 p., 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília, 159 p., 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Brasília: 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 61, set. 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 138, mai. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru : manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 204 p., 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014. Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 43, mai. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. A legislação e o marketing de produtos que interferem na amamentação: um guia para o profissional de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção

à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1. ed., 3. reimpr.. Brasília: Ministério da Saúde, 114 p., 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 68 p., 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 340 p., 2017b.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 13.435, de 12 de abril de 2017. Institui o mês de agosto como o Mês do Aleitamento Materno. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 abr., p. 1, 2017.

BRASIL. Avaliação de Políticas Públicas Guia prático de análise ex post., v. 2, Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota Técnica nº 9/2020. Trata-se de avaliação de medida para o enfrentamento da situação de emergência em saúde pública no contexto da infecção da COVID-19. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/notatecnicaamamentacao92020DAPCESSAPSMS03abr2020 COVID-19.pdf>. Acesso em: 06 jul. 2020.

BROUSSELLE, A.; et. al. **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro, 2011.

CARDOSO, G. C. P.; et. al. A conformidade das ações do tratamento diretamente observado para tuberculose na perspectiva dos profissionais de duas unidades de saúde da cidade do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Colet.**, v. 20, n. 2, p.203-10, Rio de Janeiro, 2012.

CARDOSO, G. C. P.; et. al. Participação dos atores na avaliação do Projeto QualiSUS-Rede: reflexões sobre uma experiência de abordagem colaborativa. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 120, p. 54–68, 6 maio, 2019.

CESAR, C. L. G.; TANAKA, O. Y. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 12, n. suppl 2, p. S59–S70, 1996.

CORKINS, K. G.; SHURLEY, T. What's in the Bottle? A Review of Infant Formulas. **Nutrition in Clinical Practice**, v. 31, n. 6, p. 723–729, dez. 2016.

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

DONALDSON, S. I. Developing Program Impact Theory. In: REIS, A. C.; et. al. **Estudo exploratório dos modelos de avaliação de desempenho em saúde: uma apreciação da capacidade avaliativa**. Rio de Janeiro, v. 41, n. especial, p. 330-344, mar. 2017.

ESCARCE, A. G.; et. al. Influência da orientação sobre aleitamento materno no comportamento das usuárias de um hospital universitário. **Revista CEFAC**, v. 15, n. 6, p. 1570–1582, dez. 2013.

FALEIROS, F. T. V.; TREZZA, E. M. C.; CARANDINA, L.. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 19, n. 5, p. 623-630, Oct. 2006.

FIGUEREDO, S. F.; MATTAR, M. J. G.; ABRAO, A. C. F. DE V. Hospital Amigo da Criança: prevalência de aleitamento materno exclusivo aos seis meses e fatores intervenientes. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 6, p. 1291–1297, 1 dez. 2013.

FREEMAN, R. E. Strategic management: a stakeholder approach. Massachusetts: Pitman, 1984. In: TEIXEIRA NETO, J. M. F. **Uma revisão da Teoria dos Stakeholders e principais pontos de controvérsias**. Revista Brasileira de Administração Científica, v.10, n.2, p.1-16, 2019.

GAÍVA, M. A. M.; SCOCHI, C. G. S. A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal. **Rev Bras Enferm**, 5 p., 2005.

GIANNI, M. L.; et. al. Maternal views on facilitators of and barriers to breastfeeding preterm infants. **BMC Pediatrics**, v. 18, n. 238, 2018.

GOMES, J. M. F.; et. al. **Amamentação no Brasil: discurso científico, programas e políticas no século XX**. Sabor metrópole series, vol. 5, p. 475-491. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2016.

GOMES, A. L. M. **Promoção, Proteção e Apoio no Processo do Aleitamento Materno do Pré-Termo em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal**. Tese de Doutorado - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro, 176 f.: il, 2018.

GONÇALVES, A. B.; JORGE, S. M.; GONÇALVES, A. L. Comparação entre duas dietas à base de leite humano em relação ao crescimento e à mineralização óssea de recém-nascidos de muito baixo peso. **Rev. Paul. Pediatr.**, v. 27, n. 4, p. 395-401, 2009.

GORGULHO, F. DA R.; PACHECO, S. T. DE A. Amamentação de prematuros em uma unidade neonatal: a vivência materna. **Escola Anna Nery**, v. 12, n. 1, p. 19–24, mar. 2008.

GRECA, Ana Luiza. HMIB Amigo da Criança e Amigo da Mulher. **Secretaria de Saúde do Distrito Federal**, 2018. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/hmib-amigo-da-crianca-e-amigo-da-mae>. Acesso em: 29 ago. 2021.

HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 132 p., 1997.

HARTZ, Z.M.A.; SILVA, L.M.V. **Avaliação em saúde:** dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 41-63, 2005.

HMIB – Visão, Missão, Histórico. **Secretaria de Saúde do Distrito Federal**, 2018. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/hmib-visao-missao-historico/>. Acesso em: 29 ago. 2021.

IBFAN. **30 anos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde sobre controle de marketing abusivo de alimentos para lactentes, bicos, chupetas e mamadeiras. A necessidade de vigilância contínua.** Brasil, c2018. Disponível em: <<http://www.ibfan.org.br/site/noticias/30-anos-de-nbcal.html>>. Acesso em: 06 jul. 2020.

IKONEN, R.; PAAVILAINEN, E.; KAUNONEN, M. Preterm Infants' Mothers' Experiences With Milk Expression and Breastfeeding: An Integrative Review. **Advances in Neonatal Care**, v. 15, n. 6, p. 394–406, Dez. 2015.

JESUS, P.C.; OLIVEIRA, M.I.C.; FONSECA, S.C. Repercussão da capacitação de profissionais de saúde em aleitamento materno sobre seus conhecimentos, habilidades e práticas hospitalares: uma revisão sistemática. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 92, n. 5, p. 436-450, Oct. 2016.

KUSCHEL, C. A.; HARDING, J. E. Multicomponent fortified human milk for promoting growth in preterm infants. **Cochrane Database**, n. 1, 2004

LAMOUNIER, J. A.; et. al. Baby friendly hospital initiative: 25 years of experience in brazil. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 37, n. 4, p. 486–493, dez. 2019.

LIMA, A. P. E.; et. al. Aleitamento materno exclusivo de prematuros e motivos para sua interrupção no primeiro mês pós-alta hospitalar. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 40, 8p., 2019.

MAASTRUP, R.; et. al. Breastfeeding Support in Neonatal Intensive Care: A National Survey. **J Hum Lact**, v.28, n.3 p.370-9, Aug. 2012.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. **Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde.** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, v. 3. p. 241, 1998.

MARGOTTI, E.; MARGOTTI, W. Fatores relacionados ao Aleitamento Materno Exclusivo em bebês nascidos em hospital amigo da criança em uma capital do Norte brasileiro. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 144, p. 860–71, 2017.

MARQUES, E. S.; et. al. Representações sociais sobre a alimentação da nutriz. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 10, p. 4267-4274, oct. 2011.

MARQUES, D. M.; PEREIRA, A. L. Amamentar: sempre benefícios, nem sempre prazer. **Cienc. Cuid. Saude.**, v. 9, n. 2, p. 214-219, Abr/Jun 2010.

MELLEIRO, M. M.; MAGALDI, F. M.; PARISI, T. C. DE H. A implantação de uma estratégia de intervenção em um serviço de saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 268–274, 2008.

MELO, C. M. M.; FAGUNDES, N. C.; SANTOS, T. A. **Avaliação: metodologias no campo da saúde e da formação**. Salvador. EDUFBA, 311 p., 2012.

MENESES, P. P. M. contribuição dos modelos lógicos e do método quase-experimental para avaliações de ações educacionais. v. 18, n. 1, p. 21, 2007.

MOTTA, G. C. P.; CUNHA, M. L. C. Prevenção e manejo não farmacológico da dor no recém-nascido. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 68, n. 1, p. 131-135, feb. 2015.

MOURA, R. Bancos de leite do DF viram referência para os Brics, c2019. Disponível em: <<https://rbhl.fiocruz.br/bancos-de-leite-do-df-viram-referencia-para-os-brics>>. Acesso em: 02 jul. 2020.

MULLER, F. S.; SILVA, I. A. Representações sociais de um grupo de mulheres/nutrizes sobre o apoio à amamentação. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 15, n.5, setembro-outubro, 2009.

NASCIMENTO, M. B. R. DO; ISSLER, H. Aleitamento materno em prematuros: manejo clínico hospitalar. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 5, nov. 2004.

NYQVIST, K. H.; et. al. Expansion of the Ten Steps to Successful Breastfeeding into Neonatal Intensive Care: Expert Group Recommendations for Three Guiding Principles. **Journal of Human Lactation**, v. 28, n. 3, p. 289–296, ago. 2012.

NYQVIST, K. H.; et. al. **Neo-BFHI: The Baby-friendly Hospital Initiative for Neonatal Wards**. Core document with recommended standards and criteria. Nordic and Quebec Working Group, 2015.

PORTELA, MC. Avaliação da qualidade em saúde. In: ROZENFELD, S., org. Fundamentos da Vigilância Sanitária [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 259-269, 2000.

PINTO, S.L.; et. al. Avaliação da autoeficácia para amamentação e seus fatores associados em puérperas assistidas no sistema público de saúde no Brasil. *Rev. Bras Saúde Mater Infant*, Recife, v. 21, n. 1, p. 97-105, 2021.

OLIVEIRA, L. S. DE; ESPIRITO SANTO, A. C. G. DO. O processo de avaliação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança sob o olhar dos avaliadores. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 13, n. 4, p. 297–307, dez. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. Módulo 1: histórico e implantação** / Fundo das Nações Unidas para a Infância. Brasília: 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. Módulo 2: fortalecendo e sustentando a iniciativa hospital amigo da criança: um curso para gestores** / Fundo das Nações Unidas para a Infância, Organização Mundial da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

PACHU, H.A.F; VIANA, L.C. Aleitamento Materno em UTI Neonatal. **Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança**, v. 16, n. 2, out. 2018.

PALMER, I.; ERICSON, J. A qualitative study on the breastfeeding experience of mothers of preterm infants in the first 12 months after birth. **International Breastfeeding Journal.**, n 14, v. 35. 2019. 8 p.

SAMICO, I. C.; et. al. **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro: MedBoock, 2010

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. **Conceitos de acesso à saúde**, v. 31, n. 3, p. 260–8, 2012.

SASSÁ, A. H.; et. al. Prevalence of breastfeeding in premature infants with very low birth. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v. 35, n. 2, p. 151-159, July-Dec., 2013.

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, 11 set. 2008.

SERRA, S. O. A.; SCOCHI, C. G. S. Dificuldades maternas no processo de aleitamento materno de prematuros em uma UTI neonatal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 597–605, ago. 2004.

SHADISH, W. R. Need-Based Evaluation Theory: What Do You Need To Know To Do Good Evaluation? **Evaluation Practice**, v. 15, n. 3, p. 347-358, 1994.

SILVA, R. K. C.; et. al. O ganho de peso em prematuros relacionado ao tipo de leite. **Rev. Eletr. Enf.** v. 16, n. 3, p. 535-41, jul/set, 2014.

SILVA, P. K. DA; ALMEIDA, S. T. DE. Avaliação de recém-nascidos prematuros durante a primeira oferta de seio materno em uma uti neonatal. **Rev. CEFAC**, São Paulo , v. 17, n. 3, p. 927-935, jun. 2015.

SIMAS, W.L.A.; et. al. Insegurança materna na amamentação em lactantes atendidas em um banco de leite humano. *Rev Bras Saúde Mater Infant*, Recife, v. 21, n. 1, p. 261-269, 2021.

SOUSA, M. G. D. G. **Avaliação do Grau de Implantação do Projeto Nascer Maternidades em Pernambuco**. Dissertação (mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ Fundação Oswaldo Cruz. Brasília: 2006.

UNICEF. **Unicef Uk Baby Friendly Initiative: Guidance for Neonatal Units**, p. 28, April, 2016.

UNICEF, WHO. **Capture the Moment – Early initiation of breastfeeding: The best start for every newborn.** New York: UNICEF; 2018.

UFRJ. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil – ENANI-2019: Resultados preliminares – Indicadores de aleitamento materno no Brasil. Rio de Janeiro, 1º edição, 10 p., Agosto de 2020. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>. Acesso em: 28/07/2021.

VANNUCHI, M. T. O.; et. al. Iniciativa Hospital Amigo da Criança e Aleitamento Materno em Unidade de Neonatologia. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 3, p. 422–428, jun. 2004.

VIEIRA-DA-SILVA, L.M. **Avaliação de políticas e programas de saúde.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014. 110 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Protecting, promoting and supporting breastfeeding: The special role of maternity services.** Geneva: 1989.

WORLD HEALTH ORGANIZATION / UNICEF. Baby-friendly hospital initiative [electronic resource]: **Rev. updated and expanded for integrated care.** -- Preliminary version for country implementation. January, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guidelines on optimal feeding of low birth-weight infants in low- and middle-income countries.** Geneva, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Born too soon: the global action report on preterm birth.** 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services.** Geneva, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guideline, counselling of women to improve breastfeeding practices.** Geneva: 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Survive and thrive: Transforming care for every small and sick newborn.** Geneva: 2019

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA UTIN
(link: <https://forms.gle/Wn3bd6ENC7bhQ8da8>)

1. Qual a sua idade?
2. Há quanto tempo atua na unidade?
 < 1 ano
 1 a 2 anos
 2 a 4 anos
 4 a 6 anos
 6 anos ou mais
3. Qual a carga horária desempenhada na UTI Neonatal?
 20 horas
 40 horas
 60 horas
4. Possui outro vínculo empregatício?
 Sim
 Não
5. Você já participou de algum curso de capacitação sobre a Iniciativa Amigo da Criança (IHAC)?
 Sim, pelo menos de 1 curso
 Sim, mais de 1 curso
 Não
6. Se você respondeu SIM na questão anterior, quando foi realizado o seu último curso?
 < 1 ano
 1 a 2 anos
 3 a 4 anos
 > 5 anos
7. Tem conhecimento da política de amamentação da unidade?
 Sim
 Não
8. Durante a internação do bebê, você ajuda a mãe a amamentar e/ou realizar a ordenha?
 Sim
 Não
9. Se você respondeu SIM na questão anterior, quando você oferece essa ajuda?
 Sempre, em todas as mamadas/ordenha
 Frequentemente, em quase todas as mamadas/ordenha
 Às vezes, quando a mãe solicita
 Apenas na primeira mamada/ordenha
10. Se você respondeu SIM na questão 8, de que maneira você oferece ajuda?
 Informação: Profissional orienta a mãe verbalmente em relação à amamentação e seu manejo
 Ajuda prática: Profissional ao lado da mãe, ajudando a posicionar o RNPT no seio materno
 Informação e ajuda prática: Profissional orienta a mãe verbalmente e ajuda a posicionar o RNPT no seio materno
 Outros:
11. Com relação ao acesso aos pais junto ao recém-nascido:
 O acesso é livre, 24 horas/dia (2 pontos)
 Existe horário pré-estabelecido (não pontua)
12. Quais as condições que a instituição oferece para a permanência da mãe na unidade hospitalar?
 Poltrona
 Cadeira
 Alojamento materno
 Alimentação adequada
 Outros:
13. Você considera a estrutura adequada e suficiente para atender todas as mães dos prematuros da UTI Neonatal?
 Sim
 Não
14. O contato pele a pele é realizado na unidade?
 Sim

Não

15. Se você respondeu SIM na questão anterior, em que momento esse contato é realizado?

16. Na sua opinião, o que facilita a amamentação do recém-nascido prematuro?

17. Na sua opinião, qual é a principal barreira para a amamentação dos recém-nascidos prematuros?

18. Qual a sua profissão?

Enfermeiro

Fisioterapeuta

Fonoaudiólogo

Médico

Técnico em Enfermagem

Outros

Apenas para prescritores (Médicos):

19. Você se sente pressionado por alguma empresa de marketing para a prescrição de fórmula infantil?

Sim

Não

Já fui pressionado. Hoje não mais

20. Na sua opinião, a pandemia do COVID-19 interferiu na oferta de leite materno na UTIN?

Sim

Não

21. Nos últimos 12 meses, o leite humano esteve disponível em todos os momentos em que foram requisitados?

Sim

Não

22. Nos últimos 12 meses, o fortificante esteve disponível em todos os momentos em que foram requisitados?

Sim

Não

23. Quais os motivos para a prescrição de fórmula infantil na UTIN? Cite pelo menos 3

24. Quais as principais dificuldades encontradas na prescrição do leite proveniente do Banco de Leite Humano?

Caso você considere alguma informação importante sobre a amamentação desses prematuros na UTI Neonatal, e que não foi abordado nessa pesquisa, por favor nos informe.

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO PARA A CHEFIA DE NUTRIÇÃO
(link: <https://forms.gle/eg6juBLnaQsM5KQ49>)

- | | |
|--|--|
| <p>1. Qual a sua idade?</p> <p>2. Qual a sua profissão?</p> <p>3. Há quanto tempo atua como chefe no setor de nutrição do HMIB?</p> <p><input type="checkbox"/> < 1 ano</p> <p><input type="checkbox"/> 1 a 2 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 2 a 4 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 4 a 6 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 6 anos ou mais</p> <p>4. Você já participou de algum curso de capacitação sobre a Iniciativa Amigo da Criança (IHAC)?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, pelo menos de 1 curso</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, mais de 1 curso</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>5. Se você respondeu SIM na questão anterior, quando foi realizado o seu último curso?</p> <p><input type="checkbox"/> < 1 ano</p> <p><input type="checkbox"/> 1 a 2 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 3 a 4 anos</p> <p><input type="checkbox"/> > 5 anos</p> <p>6. Há fortificante na unidade?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, os estoques estão abastecidos</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, porém os estoques estão desabastecidos</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>7. Nos últimos 12 meses faltou em algum momento fortificante?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>8. Se você respondeu SIM na questão anterior, qual medida foi tomada? Há fórmula infantil na unidade?</p> <p>9. Há fórmula infantil na unidade?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, os estoques estão abastecidos</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, porém os estoques estão desabastecidos</p> | <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>10. Nos últimos 12 meses faltou em algum momento fórmula infantil?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>11. Se você respondeu SIM na questão anterior, qual medida foi tomada?</p> <p>12. Como é feito o controle de qualidade das fórmulas?</p> <p>13. A nutrição realiza controle do fornecimento de fórmulas infantis para a UTIN diante das razões médicas aceitáveis? De que maneira?</p> <p>14. O hospital fornece alimentação para as mães dos prematuros da UTI Neonatal?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>15. Se você respondeu SIM na questão anterior, quantas refeições o hospital oferece?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 refeição</p> <p><input type="checkbox"/> 2 refeições</p> <p><input type="checkbox"/> 3 refeições</p> <p><input type="checkbox"/> 4 refeições</p> <p><input type="checkbox"/> 5 refeições</p> <p>16. Você considera que a alimentação fornecida para as mães dos prematuros da UTI Neonatal é adequada?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>17. Por quê?</p> <p>Caso você considere alguma informação importante sobre a oferta exclusiva de leite materno aos prematuros, e que não foi contemplada nessa pesquisa, por favor nos informe.</p> |
|--|--|

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO PARA A CHEFIA DO BANCO DE LEITE HUMANO
(link: <https://forms.gle/pTfMb5stLNippM637>)

1. Qual a sua idade?
 - < 1 ano
 - 1 a 2 anos
 - 2 a 4 anos
 - 4 a 6 anos
 - 6 anos ou mais
2. Qual a sua profissão?
3. Há quanto tempo atua como chefe no Banco de Leite Humano do HMIB?
 - < 1 ano
 - 1 a 2 anos
 - 2 a 4 anos
 - 4 a 6 anos
 - 6 anos ou mais
4. Você já participou de algum curso de capacitação sobre a Iniciativa Amigo da Criança (IHAC)?
 - Sim, pelo menos de 1 curso
 - Sim, mais de 1 curso
 - Não
5. Se você respondeu SIM na questão anterior, quando foi realizado o seu último curso?
 - < 1 ano
 - 1 a 2 anos
 - 3 a 4 anos
 - > 5 anos
6. Há leite humano na unidade?
 - Sim, os estoques estão abastecidos
 - Sim, porém os estoques estão desabastecidos
 - Não
7. Nos últimos 12 meses faltou em algum momento leite humano?
 - Sim
 - Não
8. Se você responde SIM na questão anterior, qual medida foi tomada?
 - Local privativo para ordenha mamária
9. Na sua opinião, quais são as dificuldades encontradas em manter os estoques de leite humano abastecidos?
10. O Banco de Leite Humano realiza orientações quanto à amamentação e técnicas de ordenha às mães e/ou familiares do prematuro?
 - Sim
 - Não
11. Se você respondeu SIM na questão anterior, de que maneira realiza a orientação?
 - Informação: Profissional orienta a mãe verbalmente em relação à amamentação e seu manejo
 - Ajuda prática: Profissional ao lado da mãe, ajudando a posicionar o recém-nascido no seio materno
 - Informação e ajuda prática: Profissional orienta a mãe verbalmente e ajuda a posicionar o recém-nascido no seio materno
 - Outros:
12. Na sua opinião, a pandemia do COVID-19 interferiu nos estoques e na oferta de leite materno na UTIN?
 - Sim
 - Não
13. Se você respondeu SIM na questão anterior, de que maneira a pandemia interferiu nos estoques / oferta de leite materno?
14. Com relação à estrutura física do Banco de Leite, marque os itens que contemplam a sua unidade:
 - Local privativo para ordenha mamária

- Sala para recepção, registro e triagem das doadoras
- Área para estocagem de leite cru coletado
- Área para arquivo de doadoras
- Sala para processamento onde são realizadas as atividades de degelo, seleção, classificação, reenvase, pasteurização, estocagem e distribuição;
- Laboratório de controle de qualidade microbiológico
- Outros

15. Como você considera a comunicação com os profissionais da UTI Neonatal?

- Ótima
- Boa
- Regular
- Ruim

16. Por quê?

Caso você considere alguma informação importante sobre a oferta exclusiva de leite materno aos prematuros, e que não foi contemplada nessa pesquisa, por favor nos informe.

APÊNDICE D – ROTEIRO PARA ANÁLISE DE DOCUMENTOS

I. Análise dos mapas de dietas

Data:

Nome: _____

1. Data de nascimento:
2. Sexo:
3. Idade Gestacional (IG):
4. Tipo de parto:
5. Causa do parto prematuro:
6. Peso ao Nascer:
7. Diagnóstico Clínico:
8. Idade no início do AM: ____ horas. Se mais de 72 horas, registrar idade em dias:
9. Terapia Nutricional Atual:
 - Leite materno
 - LHB
 - Leite materno + LHB
 - Leite materno / LHB + fórmula infantil (responder item 11)
 - Fórmula infantil (responder item 11)
10. Técnica de administração:
 - Ignorado
 - Peito
 - Copo
 - Mamadeira / Chuca
 - Sonda
11. Durante o mês de outubro, fez uso de fórmula em algum momento?
 - Sim
 - Não
12. Se já fez uso de fórmula infantil, há presença de dados que justifiquem a sua prescrição?

Sim. Qual? _____

Não

II. Política de para Incentivo ao Aleitamento Materno na UTIN

1. Havia política?
 - Sim
 - Não
2. Em caso afirmativo, a política contempla as políticas públicas de amamentação como o Método Canguru (contato pele a pele), NBCAL, IHAC, Portaria 930/2012 (livre acesso aos pais e permanência por 24hs)?
 - Sim. Quais?
 - Não
3. Quais as informações disponíveis sobre o uso de fórmulas infantis?
 - traz as razões médicas aceitáveis para o uso de substitutos do leite materno, conforme protocolo da OMS?
 - traz as normas para o uso de aditivos do leite materno (fortificante)?
 - Outras informações complementares. Quais?

III. Desabastecimento de Insumos

1. Havia documentação que comprove desabastecimento do insumo de leite humano, fortificante ou fórmula infantil?
 - Sim. De qual?
 - Não

APÊNDICE E – ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM AS MÃES DOS PREMATUROS

Data:

Nome: _____ Idade: _____

Mãe: () Diarista () Nutriz

I - Dados Sociodemográfico

1. Escolaridade:

- () Analfabeta
() Ensino Básico
() Ensino Médio
() Ensino Superior

2. Profissão: _____

3. Estava trabalhando antes do parto? Se sim, está recebendo licença maternidade?

4. Qual a renda familiar na sua casa?

- () até 1 salário mínimo (SM) (R\$ 1.045)
() 1- 2 SM (\geq R\$ 1.045 a $<$ R\$ 2.090)
() 2 – 3 SM (\geq R\$ 2.090 a $<$ R\$ 3.135)
() $>$ 3 SM (\geq R\$ 3.135)

5. Estado Civil:

- () Solteira
() Casada / União estável
() Divorciada
() Viúva

6. Nº de filhos: _____

7. Amamentou anteriormente?

- () Sim () Não

II – Gestação Atual

8. Duração da gravidez (IG): _____ sem

9. Peso ao nascer do seu bebê: _____

10. Idade atual do bebê: _____

11. Realizou pré-natal? () Sim () Não

Quantas consultas? _____

III – Informa es sobre AM

12. Você está amamentando ou ordenhando?

13. Recebeu orienta o quanto ao AM durante a internação?

- () Sim. De quais profissionais?
() Não

14. Se sim, qual o tipo de orienta o?

- () Vantagens do AM
() Preparo das mamas
() Técnicas de ordenha
() Horário da dieta
() Outras: _____

15. Você teve alguma dificuldade durante o AM? Qual?

16. Você procurou ajuda de alguém? Quem?

17. Quais as dificuldades você tem enfrentado para conseguir amamentar?

18. Que aspectos têm contribuído para que você consiga amamentar? Ou seja, o que tem te ajudado a tornar esse período menos desgastante?

19. Em algum momento foi realizado o contato pele a pele?

20. Como   o seu acesso   UTIN? Você pode visitar o RN qualquer horário ou tem horários pré determinados?

21. Qual o tipo de alimenta o que o seu bebê está recebendo (leite ordenhado, leite do BLH ou fórmula infantil)?

22. Se fórmula infantil: por qual motivo?

IV – Informações sobre a rede de apoio

23. Você tem bom relacionamento com o pai do bebê?

24. Tem rede de apoio (familiares e amigos) para o cuidado com o seu bebê ou de outros filhos?

25. Consegue ficar em período integral na unidade (24 horas)?

Sim

Não

26. Se não, quais as dificuldades encontradas?

Transporte

Não ter com quem deixar outros filhos

Falta de leitos na unidade

Outros: _____

27. Como você avalia a infraestrutura da unidade:

a) local para a ordenha mamária;

b) alimentação adequada durante a permanência na unidade;

c) espaço e acomodações

Ótima

Boa

Ruim

Por quê?

V – Informações sobre as mães que não amamentam

28. Há alguma restrição médica para o seu bebê não ser amamentado?

Sim. Qual? _____

Não.

29. Você encontrou dificuldades para amamentar?

Quais foram?

30. Caso a mãe opte por não amamentar: você sentiu apoiada com relação a esta decisão?

31. Você foi orientada e esclarecida sobre os riscos e benefícios do uso de fórmula infantil?

APÊNDICE F – TCLE PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA UTIN

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado participante,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO FORNECIMENTO DE LEITE MATERNO DE FORMA EXCLUSIVA PARA PREMATUROS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL DO DISTRITO FEDERAL”, desenvolvida por Marianni Matos Pessoa dos Reis, discente do Mestrado em Avaliação em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação das Professoras Dra. Denise Cavalcante Barros e Dra. Santuzza Arreguy Silva Vitorino.

O convite à sua participação se deve pelo fato de desempenhar suas atividades relacionadas à assistência ao recém-nascido prematuro, na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) do Hospital Materno Infantil de Brasília.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma.

Seu apoio e participação são muito importantes para a realização deste estudo, que tem o intuito avaliar o uso de leite materno de forma exclusiva em prematuros na UTIN, levando em consideração os fatores que auxiliam ou dificultam essa prática.

Sua participação nesta pesquisa se dará por meio do preenchimento de um questionário online semiestruturado disponibilizado na internet, que envolve questões objetivas e subjetivas referente ao conhecimento acerca do manejo da amamentação do prematuro e as práticas utilizadas por você para promover e apoiar as mães desses neonatos no contexto do aleitamento materno. O tempo previsto para o preenchimento é de 20 minutos, em média.

A qualquer momento, você poderá desistir de participar da pesquisa e retirar seu consentimento sem qualquer prejuízo. Poderá, ainda, solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. Ao final da pesquisa, o questionário será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resoluções do CNS nº 466/12 e nº 510/16 e, com o fim deste prazo, será descartado.

Serão tomadas as seguintes medidas e/ou procedimentos para assegurar a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas: apenas os pesquisadores do projeto, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outras finalidades.

Os benefícios indiretos relacionados com a sua colaboração nesta pesquisa é o de poder contribuir para melhores condições de amamentação para as mães, favorecendo a saúde dos prematuros, além de aprimorar as práticas profissionais para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno desses bebês.

Os riscos inerentes a esta pesquisa incluem constrangimento ou desconforto mediante a leitura das perguntas e respostas aos questionamentos do formulário eletrônico. Porém, poderá recorrer a qualquer momento ao pesquisador, através do telefone ou e-mail citado ao final deste termo. Faremos o possível para auxiliá-lo (a) caso o desconforto ocorra, esclarecendo-o ou

tranquilizando-o (a). Os cuidados para minimizar estes riscos e possíveis danos, de forma imediata ou posterior à pesquisa, abrangem a liberdade para não responder as perguntas que considerar constrangedoras, sendo resguardado o anonimato e o sigilo das suas respostas; e a autonomia para preencher o questionário eletrônico no horário em que for conveniente, em ambiente reservado.

Sua participação será completamente voluntária, não havendo custo para você e nem pagamento pela sua participação.

Os resultados desta pesquisa serão apresentados aos participantes no curso da Iniciativa Hospital Amigo da Criança na própria unidade, além da elaboração de um banner que será afixado na entrada da UTIN.

Fui informado (a) dos objetivos da pesquisa “AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO FORNECIMENTO DE LEITE MATERNO DE FORMA EXCLUSIVA PARA PREMATUROS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL DO DISTRITO FEDERAL” de maneira clara e detalhada, e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar deste estudo se assim o desejar.

Pedimos que você **ARMAZENE AS INFORMAÇÕES DESTES TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA MANEIRA COMO PREFERIR, SEJA POR MEIO DA CAPTURA DESTA TELA (PRINT SCREEN), FOTOGRAFIA OU COPIANDO O TEXTO PARA UM ARQUIVO**, como forma de documentar o registro de consentimento.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP e da FEPECS. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

Tel do CEP/ENSP: (21) 2598-2863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Horário de atendimento ao público: das 9h às 16h.

Tel do CEP/FEPECS: (61) 2017-2132 ramal 6878

E-Mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com / cep@fepecs.edu.br

Endereço: Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da SaúdeSMHN 2 Qd 501 Bloco A – FEPECS

Uma vez que este TCLE está em versão eletrônica, pedimos que assinale a declaração de aceite:

() Concordo em participar desta pesquisa

APÊNDICE G – TCLE PARA A CHEFIA DE NUTRIÇÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado participante,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO FORNECIMENTO DE LEITE MATERNO DE FORMA EXCLUSIVA PARA PREMATUROS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL DO DISTRITO FEDERAL”, desenvolvida por Marianni Matos Pessoa dos Reis, discente do Mestrado em Avaliação em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação das Professoras Dra. Denise Cavalcante Barros e Dra. Santuzza Arreguy Silva Vitorino.

O convite à sua participação se deve pelo fato de desempenhar suas atividades na Chefia de Nutrição, e o seu setor ser responsável pelo fornecimento do aditivo FM85 e pela alimentação das mães dos recém-nascidos prematuros.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma.

Seu apoio e participação são muito importantes para a realização deste estudo, que tem o intuito avaliar o uso de leite materno de forma exclusiva em prematuros na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, levando em consideração os fatores que auxiliam ou dificultam essa prática.

Serão tomadas as seguintes medidas e/ou procedimentos para assegurar a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas: apenas os pesquisadores do projeto, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outras finalidades.

Sua participação nesta pesquisa se dará por meio do preenchimento de um questionário online semiestruturado disponibilizado na internet, que envolve questões objetivas e subjetivas referente ao conhecimento acerca do manejo da amamentação do prematuro e as práticas utilizadas por você para promover e apoiar as mães desses neonatos no contexto do aleitamento materno. O tempo previsto para o preenchimento será em média 20 minutos.

A qualquer momento, você poderá desistir de participar da pesquisa e retirar seu consentimento sem qualquer prejuízo. Poderá, ainda, solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. Ao final da pesquisa, o questionário será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resoluções do CNS nº 466/12 e nº 510/16 e, com o fim deste prazo, será descartado.

Os benefícios indiretos relacionados com a sua colaboração nesta pesquisa é o de poder contribuir para melhores condições de alimentação para as mães, além de disponibilizar o FM85, contribuindo de forma indireta no fornecimento do leite humano de forma exclusiva.

Os riscos inerentes a esta pesquisa incluem constrangimento ou desconforto mediante a leitura das perguntas e respostas aos questionamentos do formulário eletrônico. Porém, poderá recorrer a qualquer momento ao pesquisador, através do telefone ou e-mail citado ao final deste termo. Faremos o possível para auxiliá-lo (a) caso o desconforto ocorra, esclarecendo-o ou tranquilizando-o (a). Os cuidados para minimizar estes riscos e possíveis danos, de forma imediata ou posterior à pesquisa, abrangem a liberdade para não responder as perguntas que considerar constrangedoras, sendo resguardado o anonimato e o sigilo das suas respostas; e a autonomia para preencher o questionário eletrônico no horário em que for conveniente, em ambiente reservado.

Sua participação será completamente voluntária, não havendo custo para você e nem pagamento pela sua participação.

Os resultados desta pesquisa serão apresentados aos participantes no curso da Iniciativa Hospital Amigo da Criança na própria unidade, além da elaboração de um banner que será afixado na entrada da UTIN.

Fui informado (a) dos objetivos da pesquisa “AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO FORNECIMENTO DE LEITE HUMANO DE FORMA EXCLUSIVA PARA PREMATUROS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL” de maneira clara e detalhada, e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar deste estudo se assim o desejar.

Pedimos que você ARMAZENE AS INFORMAÇÕES DESTE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA MANEIRA COMO PREFERIR, SEJA POR MEIO DA CAPTURA DESTA TELA (PRINT SCREEN), FOTOGRAFIA OU COPIANDO O TEXTO PARA UM ARQUIVO, como forma de documentar o registro de consentimento.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP e da FEPECS. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

Tel do CEP/ENSP: (21) 2598-2863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

<http://www.enso.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Horário de atendimento ao público: das 9h às 16h.

Tel do CEP/FEPECS: (61) 2017-2132 ramal 6878

E-Mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com / cep@fepecs.edu.br

Endereço: Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da SaúdeSMHN 2 Qd 501 Bloco A – FEPECS

Uma vez que este TCLE está em versão eletrônica, pedimos que assinale a declaração de aceite:

() Concordo em participar desta pesquisa

APÊNDICE H – TCLE PARA A CHEFIA DO BANCO DE LEITE HUMANO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO FORNECIMENTO DE LEITE HUMANO DE FORMA EXCLUSIVA PARA PREMATUROS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL”, desenvolvida por Marianni Matos Pessoa dos Reis, discente do Mestrado em Avaliação em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação das Professoras Dra. Denise Cavalcante Barros e Dra. Santuzza Arreguy Silva Vitorino.

O convite à sua participação se deve pelo fato de desempenhar suas atividades na Chefia do Banco de Leite, e o seu setor ser responsável por realizar ações de coleta, processamento, controle de qualidade e distribuição do leite humano pasteurizado para bebês prematuros, além de apoiar o aleitamento materno, constituindo um elemento estratégico na redução da morbidade e mortalidade infantil, com ênfase no componente neonatal.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma.

Seu apoio e participação são muito importantes para a realização deste estudo, que tem o intuito avaliar o uso de leite humano de forma exclusiva em prematuros na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, levando em consideração os fatores que auxiliam ou dificultam essa prática.

Serão tomadas as seguintes medidas e/ou procedimentos para assegurar a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas: apenas os pesquisadores do projeto, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outras finalidades.

Sua participação nesta pesquisa se dará por meio do preenchimento de um questionário online semiestruturado disponibilizado na internet, que envolve questões objetivas e subjetivas referente ao conhecimento acerca do manejo da amamentação do prematuro e as práticas utilizadas por você para promover e apoiar as mães desses neonatos no contexto do aleitamento materno. O tempo previsto para o preenchimento será em média 20 minutos.

A qualquer momento, você poderá desistir de participar da pesquisa e retirar seu consentimento sem qualquer prejuízo. Poderá, ainda, solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. Ao final da pesquisa, o questionário será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resoluções do CNS nº 466/12 e nº 510/16 e, com o fim deste prazo, será descartado.

Os benefícios indiretos relacionados com a sua colaboração nesta pesquisa é o de poder contribuir para melhores condições de amamentação para as mães, favorecendo a saúde dos prematuros com a oferta do leite humano, orientação com relação à amamentação e técnicas de ordenha, contribuindo para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno desses bebês.

Os riscos inerentes a esta pesquisa incluem constrangimento ou desconforto mediante a leitura das perguntas e respostas aos questionamentos do formulário eletrônico. Porém, poderá recorrer a qualquer momento ao pesquisador, através do telefone ou e-mail citado ao final deste termo. Faremos o possível para auxiliá-lo (a) caso o desconforto ocorra, esclarecendo-o ou tranquilizando-o (a). Os cuidados para minimizar estes riscos e possíveis danos, de forma imediata ou posterior à pesquisa, abrangem a liberdade para não responder as perguntas que considerar

constrangedoras, sendo resguardado o anonimato e o sigilo das suas respostas; e a autonomia para preencher o questionário eletrônico no horário em que for conveniente, em ambiente reservado.

Sua participação será completamente voluntária, não havendo custo para você e nem pagamento pela sua participação.

Os resultados desta pesquisa serão apresentados aos participantes no curso da Iniciativa Hospital Amigo da Criança na própria unidade, além da elaboração de um banner que será afixado na entrada da UTIN.

Fui informado (a) dos objetivos da pesquisa “AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO FORNECIMENTO DE LEITE HUMANO DE FORMA EXCLUSIVA PARA PREMATUROS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL” de maneira clara e detalhada, e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar deste estudo se assim o desejar.

Pedimos que você ARMAZENE AS INFORMAÇÕES DESTE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA MANEIRA COMO PREFERIR, SEJA POR MEIO DA CAPTURA DESTA TELA (PRINT SCREEN), FOTOGRAFIA OU COPIANDO O TEXTO PARA UM ARQUIVO, como forma de documentar o registro de consentimento.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP e da FEPECS. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

Tel do CEP/ENSP: (21) 2598-2863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Horário de atendimento ao público: das 9h às 16h.

Tel do CEP/FEPECS: (61) 2017-2132 ramal 6878

E-Mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com / cep@fepecs.edu.br

Endereço: Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da SaúdeSMHN 2 Qd 501 Bloco A – FEPECS

Uma vez que este TCLE está em versão eletrônica, pedimos que assinale a declaração de aceite:

() Concordo em participar desta pesquisa

APÊNDICE I – TCLE PARA AS MÃES DOS RNPTS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada participante,

Me chamo Marianni Matos Pessoa dos Reis, sou nutricionista e estudante de mestrado da Fiocruz e estou trabalhando numa pesquisa que investiga as dificuldades que as mães que estão com seus filhos internados na UTI neonatal deste hospital, vivenciam com relação à amamentação.

Sabemos que não é fácil amamentar o seu bebê quando ele está internado. Sabemos também o quanto é ruim ficar o dia todo no hospital. Portanto, queremos pedir que compartilhe conosco sua experiência para encontrarmos a melhor maneira de ajudar as mães a amamentarem os seus bebês enquanto estão internados.

Vou te explicar tudo o que precisará fazer. Depois que ler estas explicações você poderá dizer se quer ou não quer participar. Caso você não queira, não se preocupe. Nada acontecerá.

O convite à sua participação se deve ao fato de você ser muito importante no cuidado e na recuperação da saúde do seu filho. Seu apoio e participação são essenciais para a realização deste estudo, que tem como objetivo geral avaliar se os bebês prematuros internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal desse hospital estão ingerindo apenas o leite humano de forma exclusiva.

Serão tomadas as seguintes medidas para que as informações que você nos passar fiquem em segredo: apenas eu e minhas orientadoras teremos acesso a seus dados e não faremos uso destas informações para outras finalidades.

Esta pesquisa será realizada em dois momentos: primeiramente será realizada coleta de dados do prontuário do seu bebê como idade gestacional, peso do nascimento, diagnóstico clínico e o tipo de alimentação que ele está recebendo. Depois será realizada uma entrevista com você sobre a amamentação do seu bebê e as dificuldades que você tem para poder amamentar. A entrevista será por telefone, podendo durar em média 30 minutos.

A qualquer momento, durante ou depois da pesquisa, você poderá solicitar a mim informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa. Deixarei meu telefone ao final.

Após a entrevista, irei escrever tudo o que foi falado e irei guardar por 5 anos para que ninguém tenha acesso, apenas eu e minhas orientadoras. Após os cinco anos, ele será descartado, conforme Resoluções do CNS nº 466/12 e nº 510/16.

Os benefícios relacionados com a sua colaboração nesta pesquisa é o de poder contribuir para melhores condições de amamentação para as mães no hospital, favorecendo a saúde do seu bebê.

Os possíveis riscos do estudo se referem a algum desconforto que você pode ter no momento em que for responder as perguntas da entrevista, porém, poderá interromper sua participação a qualquer momento. Faremos o possível para auxiliá-la caso o desconforto ocorra, esclarecendo-a ou tranquilizando-a. Se necessário, podemos te encaminhar para acompanhamento psicológico com um profissional do hospital. Sua participação será completamente voluntária, não havendo custo para você e nem pagamento pela sua participação.

Ao final da pesquisa, os resultados serão divulgados em um banner na entrada da UTI Neonatal e/ou enviados para o seu telefone, caso tenha interesse.

Se você tiver alguma dúvida sobre a pesquisa, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa no telefone abaixo. O Comitê de ética é formado por um grupo de pessoas que trabalham para defender os interesses dos participantes das pesquisas.

Tel do CEP/ENSP: (21) 2598-2863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Horário de atendimento ao público: das 9h às 16h.

Tel do CEP/FEPECS: (61) 2017-2132 ramal 6878

E-Mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com / cep@fepecs.edu.br

Endereço: Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde SMHN 2 Qd 501 Bloco A – FEPECS

Após todos os esclarecimentos, caso você concorde em participar, por favor, assine as duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todas as páginas deste termo deverão ser assinadas. Uma via ficará com você e a outra comigo. A via que ficará comigo deverá ser depositada na urna que estará disponível dentro da copa de distribuição das refeições (Copa da Maternidade). Se tiver alguma dúvida, pode me ligar no telefone pessoal (61) 98468- 9058, ou me procurar na sala da nutrição do hospital.

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa sobre “Avaliação do fornecimento de leite humano de forma exclusiva prematuros em uma unidade de terapia intensiva” e concordo em participar.

- Autorizo a gravação da entrevista em áudio
- Autorizo a gravação da entrevista em vídeo
- Não autorizo a gravação da entrevista em áudio ou vídeo

Caso autorize a gravação em áudio ou vídeo, os dados serão utilizados apenas para análise por parte da pesquisadora, mantendo total anonimato. Não haverá divulgação da imagem nem som de voz por qualquer meio de comunicação, sejam elas televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e às pesquisas explicitadas anteriormente. A guarda e demais procedimentos de segurança com relação às imagens e sons de voz são de responsabilidade do (a) pesquisador(a) responsável.

Assinatura da participante

Marianni Matos Pessoa dos Reis
Mestranda em Avaliação em Saúde

Nome completo da participante: _____

Telefone para contato: _____

Melhor horário para fazer contato:

() período da manhã (8 às 12hs)

() período da tarde (12hs às 18hs)

período da noite (18hs às 21hs)

Gostaria de receber os resultados desta pesquisa?

Sim

Não

Brasília, ____ de _____ de 2020.

**ANEXO A – CRITÉRIOS DE CONFORMIDADE RELACIONADOS AO
FORNECIEMTNO DE LEITE MATERNO DE FORMA EXCLUSIVA AOS RECÉM-
NASCIDOS**

		Sim	Não
6.1	A política de amamentação indica que os recém-nascidos atendidos na enfermaria neonatal não recebem outro tipo de alimento que não seja o leite materno de suas mães (no peito ou ordenhado), a menos que haja razões médicas aceitáveis e que as diretrizes do AFASS (Aceitável, viável, acessível, sustentável e seguro; critérios para alimentação/nutrição de bebês quando a mãe não amamenta) sejam usadas quando apropriadas;		
66.2	A observação da enfermaria neonatal confirma que pelo menos 80% dos bebês estão sendo alimentados apenas com leite materno (do peito ou ordenhado), ou leite do banco de leite humano, ou, se receberam algo mais, foi por razões médicas aceitáveis;		
66.3	Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente relatam que seus bebês receberam apenas leite materno (no peito ou ordenhado) ou leite do banco de leite humano ou, se receberam algo mais, foi por razões médicas aceitáveis;		
66.4	A política de amamentação determina que, quando existem razões médicas aceitáveis, as mães são orientadas e têm a opção de utilizar o leite do banco de leite humano para alimentar seus bebês, quando disponível, ou o bebê recebe substitutos do leite materno para prematuros (nesta ordem de prioridade);		
66.5	O protocolo de amamentação da enfermaria neonatal afirma que, quando possível e considerando as tolerâncias alimentares dos bebês - estratégias de alimentação apropriadas para aumentar a ingestão de leite dos bebês são aplicados antes da introdução de fortificadores.		
66.6	A observação da enfermaria neonatal confirma que não existem materiais que recomendem o uso de substitutos do leite materno ou outras práticas inadequadas e que são distribuídos às mães.		
66.7	A observação confirma que o hospital possui instalações / espaço adequado e equipamento necessário para realizar de como preparar a fórmula e outras opções de alimentação longe de mães que amamentam.		
66.8	Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente que decidiram não amamentar ou cujos bebês estão recebendo fórmula relatam que o corpo clínico discutiu com elas as várias opções disponíveis para alimentação, os riscos e benefícios das mesmas, e foram ajudadas a decidir qual a mais adequada nas suas situações.		

**ANEXO B – RAZÕES MÉDICAS ACEITÁVEIS PARA O USO DE SUBSTITUTOS DO
LEITE MATERNO**

Condições da Criança	
Lactentes que não devem receber leite materno nem qualquer outro leite, exceto fórmulas especiais.	<ul style="list-style-type: none"> • Lactentes com galactosemia clássica: é necessária uma fórmula especial isenta de Galactose; • Lactentes com doença da urina de xarope do bordo: é necessária uma fórmula especial livre de leucina, isoleucina ou valina; • Lactentes com fenilcetonúria: é necessária uma fórmula especial isenta de fenilalanina (alguma amamentação é possível, sob monitoramento cuidadoso);
Lactentes para os quais o leite materno é a melhor opção de alimento, mas que podem necessitar de complementação com outro leite por um período limitado.	<ul style="list-style-type: none"> • Lactentes nascidos com menos de 1500g (muito baixo peso ao nascer); • Lactentes nascidos com menos de 32 semanas de idade gestacional (muito prematuros); • Lactentes com risco de hipoglicemia em virtude de adaptação metabólica comprometida ou demanda aumentada de glicose, como são os pré-termos, pequenos para idade gestacional ou que tenham experimentado significativo estresse com hipoxia e isquemia intraparto, aqueles que estão doentes e cujas mães são diabéticas; e se sua glicemia não melhorou com a amamentação ou com leite materno;
Condições da mãe	
As mães que são afetadas por qualquer das condições abaixo mencionadas devem receber tratamento de acordo com as diretrizes padrão:	
Condições maternas que podem justificar evitar amamentar de forma permanente.	<ul style="list-style-type: none"> • Infecção pelo HIV: quando a substituição da amamentação é aceitável, factível, acessível, sustentável e segura;
Condições maternas que podem justificar evitar amamentar de forma temporária.	<ul style="list-style-type: none"> • Doença grave que impede a mãe de cuidar de seu filho, por exemplo, sepses; • Vírus do Herpes simplex tipo 1 (HSV-1): o contato direto entre as lesões mamárias da mãe e a boca do bebê deve ser evitado até que as lesões estejam curadas; • Varicela: se a mãe apresentar vesículas na pele cinco dias antes do parto ou até dois dias após o parto, recomenda-se o isolamento da mãe até que as lesões adquiram a forma de crosta. A criança deve receber Imunoglobulina Humana Antivaricela Zoster (Ighavz), disponível nos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIES), que deve ser administrada em até 96 horas do nascimento, aplicada o mais precocemente possível; • Doença de Chagas, na fase aguda da doença ou quando houver sangramento mamilar evidente; • Consumo de drogas: a Academia Americana de Pediatria contraindica o uso durante o período da lactação das drogas de abuso anfetaminas, cocaína, heroína, maconha

	<p>e fenciclidina. A Organização Mundial da Saúde considera que o uso de anfetaminas, ecstasy, cocaína, maconha e opióides não são contraindicadas durante a amamentação. Contudo, alerta que as mães que usam essas substâncias por períodos curtos devem considerar a possibilidade de evitar temporariamente a amamentação. Há carência de publicações com orientações sobre o tempo necessário de suspensão da amamentação após uso de drogas de abuso. No entanto, alguns autores já recomendaram determinados períodos de interrupção. Ainda assim, recomenda-se que as nutrizes não utilizem tais substâncias. Se usadas, deve-se avaliar o risco da droga versus o benefício da amamentação para orientar sobre o desmame ou a manutenção da amamentação. Drogas consideradas lícitas, como o álcool e o tabaco, também devem ser evitadas durante a amamentação. Contudo, nutrizes tabagistas devem manter a amamentação, pois a suspensão da amamentação pode trazer riscos ainda maiores à saúde do lactente;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicações: <ul style="list-style-type: none"> - Drogas sedativas, psicoterápicas, anti-epiléticas e opiáceos e suas combinações podem causar efeitos colaterais tais como tontura e depressão respiratória, devendo ser evitadas se existirem alternativas mais seguras; - a mãe pode voltar a amamentar cerca de dois meses após ter recebido iodo-131 radioativo (esta substância deve ser evitada já que existem alternativas mais seguras); - o uso em excesso de iodo ou iodofor tópico (ex. povidone-iodato), especialmente em mucosas ou feridas abertas, pode resultar em anormalidades eletrolíticas ou supressão da tireóide no bebê amamentado e deve ser evitado; - quimioterapia citotóxica: usualmente requer que a mãe deixe de amamentar durante a terapia.
<p>Condições maternas durante as quais amamentar não é contraindicado, embora elas representem problemas de saúde que causam preocupação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Abcesso mamário: a amamentação deve ser mantida na mama não afetada; quanto à mama afetada, deve-se retornar somente após a drenagem do abscesso e início do tratamento antibiótico; • Dengue: não há contraindicação da amamentação em mães que contraem dengue, pois há no leite materno um fator antidengue que protege a criança; • Hepatite B: os lactentes devem receber vacina contra a Hepatite B nas primeiras 48 horas ou assim que possível; • Hepatite C: a prevenção de fissuras mamilares em lactantes HCV positivas é importante, uma vez que não se sabe se o contato da criança com sangue materno favorece a transmissão da doença; • Hanseníase: por se tratar de doença cuja transmissão depende de contato prolongado da criança com a mãe sem tratamento, e considerando que a primeira

	<p>dose de rifampicina é suficiente para que a mãe não seja mais bacilífera, deve-se manter a amamentação e iniciar tratamento da mãe;</p> <ul style="list-style-type: none">• Mastite: se a amamentação for muito dolorosa, o leite deve ser removido por ordenha para prevenir a continuidade da mastite;• Tuberculose: recomenda-se que as mães não tratadas ou ainda bacilíferas (duas primeiras semanas após início do tratamento) amamentem com o uso de máscaras e restrinjam o contato próximo com a criança por causa da transmissão potencial por meio das gotículas do trato respiratório. Nesse caso, o recém-nascido deve receber isoniazida na dose de 10 mg/kg/dia por três meses. Após esse período, deve-se fazer teste tuberculínico (PPD): se reator, a doença deve ser pesquisada, especialmente em relação ao acometimento pulmonar; se a criança tiver contraído a doença, a terapêutica deve ser reavaliada; em caso contrário, deve-se manter isoniazida por mais três meses; e, se o teste tuberculínico for não reator, pode-se suspender a medicação, e a criança deve receber a vacina BCG;• Consumo de cigarros: acredita-se que os benefícios do leite materno para a criança superem os possíveis malefícios da exposição à nicotina via leite materno. Por isso, o cigarro não é uma contraindicação à amamentação. O profissional de saúde deve realizar abordagem cognitiva comportamental básica, que dura em média de três a cinco minutos e que consiste em perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar a mãe fumante. No aconselhamento, o profissional deve alertar sobre os possíveis efeitos deletérios do cigarro para o desenvolvimento da criança, e a eventual diminuição da produção e da ejeção do leite. Para minimizar os efeitos do cigarro para a criança, as mulheres que não conseguirem parar de fumar devem ser orientadas a reduzirem o máximo possível o número de cigarros (se não possível a cessação do tabagismo, procurar fumar após as mamadas) e a não fumarem no ambiente em que a criança se encontra;• Consumo de álcool: assim como para o fumo, deve-se desestimular as mulheres que estão amamentando a ingerirem álcool. A ingestão de doses iguais ou maiores que 0,3g/kg de peso pode reduzir a produção láctea. O álcool pode modificar o odor e o sabor do leite materno levando a recusa do mesmo pelo lactente.
--	---