

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

Flavia Pinhão Nunes de Souza Rechia

**ESTRATÉGIAS PARA IMPLANTAÇÃO DE UM BANCO DE LEITE
HUMANO: POSIÇÃO DOS PROFISSIONAIS E GESTORES**

Santa Maria, RS
2017

Flavia Pinhão Nunes de Souza Rechia

**ESTRATÉGIAS PARA IMPLANTAÇÃO DE UM BANCO DE LEITE HUMANO:
POSIÇÃO DOS PROFISSIONAIS E GESTORES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Enfermagem**.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Cristiane Cardoso de Paula

Santa Maria, RS
2017

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Rechia, Flavia Pinhão Nunes de Souza
ESTRATÉGIAS PARA IMPLANTAÇÃO DE UM BANCO DE LEITE
HUMANO: POSIÇÃO DOS PROFISSIONAIS E GESTORES / Flavia
Pinhão Nunes de Souza Rechia.- 2017.
97 f.; 30 cm

Orientadora: Cristiane Cardoso de Paula
Coorientadora: Stela Maris de Mello Padoin
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, RS, 2017

1. Banco de Leite Humano 2. Lactação 3. Aleitamento
Materno 4. Saúde Materno-infantil 5. Saúde da Criança I.
Paula, Cristiane Cardoso de II. Padoin, Stela Maris de
Mello III. Título.

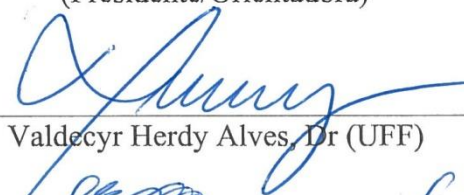
Flavia Pinhão Nunes de Souza Rechia

**ESTRATÉGIAS PARA IMPLANTAÇÃO DE UM BANCO DE LEITE HUMANO:
POSIÇÃO DOS PROFISSIONAIS E GESTORES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Enfermagem**.

Aprovado em 20 de março de 2017:

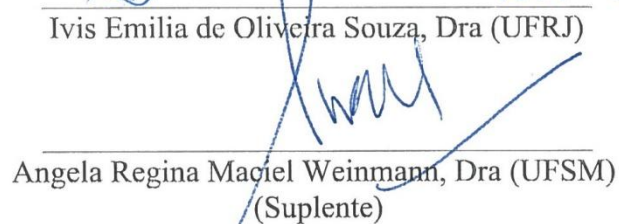
Cristiane Cardoso de Paula, Dra (UFSM)
(Presidente/Orientadora)



Valdecyr Herdy Alves, Dr (UFF)



Ivis Emilia de Oliveira Souza, Dra (UFRJ)



Angela Regina Maciel Weinmann, Dra (UFSM)
(Suplente)

Santa Maria, RS
2017

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos que, como eu, acreditam que o empenho por um ideal deva ser continuado, não importando se os resultados demorem a aparecer.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que me ajudaram a construir e a efetivar este trabalho, de forma direta ou indireta.

À minha família, em especial meu marido Giancarlo e meus filhos, João Guilherme e Henrique. Obrigada pela ajuda, pelos conselhos, pela paciência e pela compreensão. Amo vocês.

À minha orientadora Cristiane e minha co-orientadora Stela. Obrigada por acreditarem em mim, me orientarem e me apoiarem a chegar até aqui.

Aos colegas que tive durante o mestrado, muito obrigada pelo aprendizado compartilhado. Aos colegas do Grupo de Pesquisa (PEFAS), muito obrigada pela ajuda e pelas orientações nesses dois anos.

Aos participantes da pesquisa, obrigada por tornarem possível este trabalho, e por acreditarem nos seus frutos. Que tenhamos ainda mais trabalho pela frente.

RESUMO

ESTRATÉGIAS PARA IMPLANTAÇÃO DE UM BANCO DE LEITE HUMANO: POSIÇÃO DOS PROFISSIONAIS E GESTORES

AUTORA: Flavia Pinhão Nunes de Souza Rechia

ORIENTADORA: Cristiane Cardoso de Paula

Santa Maria, 20 de Março de 2017.

O aleitamento materno proporciona um alimento completo para a criança, protegendo contra doenças infecciosas, sendo um importante fator na redução da mortalidade infantil, além de grande aliado no que se refere ao crescimento e desenvolvimento infantil. Para os prematuros, proporciona benefícios nutricionais, imunológicos e psicológicos, além de reduzir o tempo de internação hospitalar. Os Bancos de Leite Humano (BLH) integram as estratégias da política pública em favor da promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Objetivam, também, a oferta do leite humano como primeira opção de alimento para os recém-nascidos de risco e/ou bebês doentes. No Rio Grande do Sul, existem somente dez BLH. Há uma necessidade de ampliação dos BLH, especialmente nas regiões com maior número de leitos de unidade de terapia intensiva neonatal. **Objetivos:** 1) conhecer a posição dos profissionais de saúde e gestores da área materno-infantil quanto a implantação de um BLH em um Hospital Universitário e, 2) discutir as estratégias para sua implantação. **Método:** Estudo quantitativo, do tipo Pesquisa Participante, com produção de dados desenvolvida em duas fases. Primeiramente, um questionário acerca da percepção da necessidade de implantação de um BLH, que foi respondido por 119 participantes da área materno-infantil do Hospital Universitário. Os resultados desencadearam as discussões na segunda fase, o Grupo Focal, composto por representantes de profissionais e gestores. O grupo se reuniu em três sessões e cumpriu com o objetivo de discutir as facilidades e as dificuldades para a implantação do BLH, as estratégias e os encaminhamentos. As transcrições foram submetidas à análise de conteúdo. Foram respeitados os aspectos éticos das pesquisas com seres humanos, seguindo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. **Resultados:** A maioria dos respondentes do questionário percebe como necessária a implantação de um BLH. A análise de conteúdo das transcrições do grupo focal resultou em três categorias referentes à discussão da necessidade de implantação de um BLH: benefícios, potencialidades e fragilidades. Os benefícios contemplam a população e a instituição, contribuindo para a assistência, o ensino, a pesquisa e a extensão. As potencialidades são: abrangência do hospital, organização institucional e quadro de pessoal. Dentre as fragilidades: recursos de infraestrutura, apoio dos gestores, recursos humanos e recursos financeiros. A discussão das potencialidades e fragilidades gerou os encaminhamentos para fortalecer a implantação do BLH. **Conclusão:** Implantar um BLH amplia as possibilidades para formação de profissionais, capacitando-os acerca do manejo do AM. É necessário que os profissionais e gestores reconheçam que o BLH vai além do AM; ele abrange um comprometimento social, capaz de promover os direitos da população e assegurar o cumprimento das políticas públicas de saúde.

Palavras chave: Banco de Leite Humano. Lactação. Aleitamento Materno. Saúde Materno-Infantil. Saúde da Criança. Saúde da Mulher.

ABSTRACT

STRATEGIES FOR IMPLEMENTATION OF A MILK BANK: PROFESSIONALS AND MANAGERS STANDS

AUTHOR: Flavia Pinhão Nunes de Souza Rechia

ADVISOR: Cristiane Cardoso de Paula

Santa Maria, March 20th 2017.

Breastfeeding provides a complete meal for the child, protecting against infectious diseases, and it is an important factor in reducing child mortality, as well as a strong allied in child development. For premature infants, it provides nutritional, immunological and psychological benefits, as well as reducing hospital stay. Milk banks integrate public policy strategies for breastfeeding (promotion; protection; support). Offering milk as the first food option for at-risk newborns and/or sick babies it is also aimed. In Rio Grande do Sul there are only ten milk banks. There is a need for expanding milk banks, especially in regions with the highest number of neonatal intensive care unit beds. **Objectives:** 1) to know the health professionals` stands and managers` stands about maternal and child health area regarding the implantation of a milk bank at a university hospital; 2) to discuss the strategies for its implantation. **Method:** Quantitative-qualitative study; Participative research; the data collection was divided in two phases: the first was a questionnaire about the perception of the need to implant a milk bank, which was answered by 119 participants from maternal and child health from the University Hospital. The results triggered the discussions during second phase; the Focal Group was composed by representatives of professionals and managers. The group met in three sessions; they met to discuss the facilities and difficulties about the milk bank implementation, strategies and referrals. Transcripts were submitted to content analysis. The ethical aspects about human research were respected following the resolution 466/12 from National Health Council. **Results:** Most respondents perceive the need to establish a milk bank as necessary. The content analysis from focal group transcripts resulted in three categories referring the discussion about need to implement a milk bank: benefits, potentialities and weaknesses. The benefits include the population and the institution contributing to the assistance, education, research and extension. The potentialities are: hospital coverage, institutional organization and staffing. Among the weaknesses: infrastructure resources, managers support, human resources and financial resources. The discussion about potentialities and fragilities generated the referrals to strengthen the milk bank implantation. **Conclusion:** Implementing a milk bank extends the possibilities for training professionals, enabling them on breastfeeding management. It is necessary for professionals and managers to recognize that the milk bank goes beyond breastfeeding; it encompasses a social commitment capable of promoting the population rights and ensuring compliance to public health policies.

Keywords: Milk Banks. Lactation. Breast Feeding. Maternal and Child Health. Child Health. Women's Health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico de formação e da situação ocupacional dos profissionais de saúde participantes da pesquisa. Santa Maria, 2016 (n=119).....	54
---	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Categorias analíticas para implantação do BLH em um hospital-escola.....	57
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AM	Aleitamento Materno
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BLH	Banco de Leite Humano
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNPQ	Centro Nacional de Pesquisa
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GEP	Gerência de Ensino, Pesquisa e Extensão
GF	Grupo Focal
GP-PEFAS	Grupo de Pesquisa- Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade
HU	Hospital Universitário
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
IFF	Instituto Fernandes Figueira
IHAC	Instituição Hospital Amigo da Criança
INAN	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
LH	Leite Humano
LM	Leite Materno
MS	Ministério da Saúde
NBCAL	Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes
ODM	Objetivos do Milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PCLH	Posto de Coleta de Leite Humano
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Criança
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
REDE BLH-BR	Rede Brasileira de Banco de Leite Humano
RN	Recém Nascido
RS	Rio Grande do Sul
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	19
2.1 ALEITAMENTO MATERNO	19
2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS PRÓ-ALEITAMENTO MATERNO NO BRASIL.....	21
2.3 BANCO DE LEITE HUMANO	24
2.4 FATORES QUE INTERFEREM NA DOAÇÃO DE LEITE HUMANO: REVISÃO INTEGRATIVA.....	27
3. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	39
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	39
3.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	39
3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO	40
3.4 COLETA DE DADOS	41
3.4.1 Posição dos profissionais de saúde e gestores da área materno-infantil quanto à implantação de um BLH	41
3.4.2 Desenvolvimento do grupo focal acerca das estratégias para a implantação de um BLH ..	43
3.5 ANÁLISE DOS DADOS	47
3.5.1 Posição dos profissionais de saúde e gestores da área materno-infantil quanto à implantação de um BLH	47
3.5.2 Análise do grupo focal acerca das estratégias para a implantação de um BLH	47
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	48
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES	50
4.1 POSIÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ÁREA MATERNO-INFANTIL QUANTO À IMPLANTAÇÃO DE UM BLH	50
4.2 POSIÇÃO DO GRUPO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E GESTORES DA ÁREA MATERNO-INFANTIL QUANTO À IMPLANTAÇÃO DE UM BLH.....	53
4.2.1 Benefícios da implantação de um BLH.....	54
4.2.2 Fragilidades para implantação de um BLH.....	59
4.2.3 Potencialidades para implantação de um BLH.....	65
4.3 ENCAMINHAMENTOS DO GRUPO FOCAL.....	73
5. CONCLUSÃO	76
REFERÊNCIAS	78
ANEXOS.....	85
ANEXO A - ESCALA	86
ANEXO B – ROTEIRO PARA AS SESSÕES DE GRUPO FOCAL.....	90
ANEXO C - GUIA DE AVALIAÇÃO DO GRUPO FOCAL	92
ANEXO D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	93
ANEXO E - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	95
ANEXO F – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (UFSM)	96
ANEXO G – APROVAÇÃO DA GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA.....	97

1. INTRODUÇÃO

O leite materno (LM) é o melhor alimento para o recém-nascido (RN), visto que oferece benefícios fisiológicos e imunológicos, Protege contra doenças alérgicas, desnutrição, diabetes mellitus, doenças digestivas, obesidade, cáries, entre outras. É composto por proteínas, gorduras e carboidratos apropriados para cada bebê, sendo uma importante fonte de nutrição, evidenciada como o alimento essencial para seu crescimento e desenvolvimento. (RAMOS et al, 2010).

O aleitamento materno (AM), por proporcionar um alimento completo e ainda proteger a criança contra doenças infecciosas, representa um importante fator na redução da mortalidade infantil. Estimativas apontam que o aumento da prevalência de AM possa salvar até 1,3 milhões de lactentes no mundo (TOMA; VENÂNCIO; REA, 2009). Sendo assim, é a estratégia isolada que mais previne a mortalidade infantil, tendo o potencial de evitar 13% das mortes em crianças menores de cinco anos (JONES et al., 2003).

Além disso, o AM também promove benefícios psicológicos e afetivos, já que o ato de amamentar é um momento de entrega e de aproximação do binômio mãe e filho (LUNA; OLIVEIRA; SILVA, 2014).

O Ministério da Saúde (MS) do Brasil, juntamente com a Organização Mundial da Saúde (OMS), recomenda o aleitamento materno exclusivo (AME) nos primeiros seis meses de vida. Posteriormente a isso, o LM deve ser complementado com outros alimentos, até dois anos de idade ou mais (WHO, 2007; BRASIL, 2011a). O leite humano (LH) é fundamental para o crescimento, desenvolvimento e a manutenção da vida da criança. A recomendação do LH para os RN, incluindo os prematuros e de baixo peso, é unânime (SILVA; CALDEIRA, 2013).

Apesar das evidências científicas provando a superioridade do LH sobre outras formas de alimentação do RN, pesquisas realizadas mostram que a maioria das crianças brasileiras não é amamentada pelo tempo recomendado (BRASIL, 2001; BRASIL, 2009; BRASIL, 2010a). A II Pesquisa de Prevalência de AM nas Capitais brasileiras e Distrito Federal, mostrou que do total das crianças analisadas, 67,7% mamaram na primeira hora de vida, 41% dos menores de seis meses estavam em AME e 58,7% das crianças entre 9 e 12 meses estavam em AM (BRASIL, 2009).

Pesquisa semelhante foi realizada no ano seguinte, nos municípios brasileiros, onde constatou que em Santa Maria/Rio Grande do Sul (RS) 75,8% das crianças mamaram na primeira hora de vida, porém a prevalência de AME foi de 34,1% em crianças menores de

seis meses. Além disso, 44,3% das crianças entre nove e doze meses mantiveram o AM, sendo esta média inferior à nacional, e considerada razoável, conforme os parâmetros da OMS (BRASIL, 2010a).

Segundo o Relatório Nacional de Acompanhamento dos Objetivos do Milênio (ODM) de 2013, o Brasil alcançou em 2012 a meta internacional de diminuição da mortalidade na infância (crianças menores de cinco anos). A taxa passou de 53,7 óbitos por mil nascidos vivos em 1990 para 17,3 óbitos por mil nascidos vivos em 2012, significando uma redução de 67,7%. Houve redução também em relação às mortes de crianças com menos de um ano de idade, passando de 47,1 óbitos por mil nascidos vivos em 1990 para 14,9 óbitos por mil nascidos vivos em 2012, representando uma queda de 68,3% (PNUD, 2015). Essa redução dos índices de mortalidade infantil está diretamente relacionada aos programas de governo, como o de incentivo ao AM.

Sabe-se que a prematuridade tem relação direta com os índices de mortalidade infantil, sendo responsável por cerca de 27% das mortes na infância (LAWN et al, 2010). O peso de nascimento e a idade gestacional são os fatores isolados mais importantes relacionados ao óbito neonatal. Para Araújo et al (2005), o risco de óbito é seis vezes maior entre recém-nascidos com idade gestacional menor que 37 semanas e/ou peso menor que 2500 g.

Quanto ao fator de risco idade gestacional, no Brasil, no ano de 2013, a incidência de mortalidade neonatal de casos notificados foi de 53,1% em prematuros (n=20.712), 24,3% em RN a termo (n=9.449), 0,8% em RN pós-termo (n=333), e 21,8% ignorado (n=8.472). No RS, os casos notificados foram de 59,2% em prematuros (n=2.449), 30,1% em RN a termo (n=1.246), 0,7% em RN pós-termo (n=29), e 10% ignorado (n=417). Na cidade de Santa Maria os casos notificados foram de 59,4% em prematuros (n=19), 34,4% em RN a termo (n=11), 6,2% ignorado (n=2) (BRASIL, 2012b).

A recomendação do AM para os prematuros é unânime, não apenas pelas propriedades imunológicas do LH, mas também por todos os benefícios que ele trás, como o favorecimento da maturação gastrointestinal, a formação do vínculo entre mãe e bebê e o melhor desempenho neurocomportamental apresentado pelos RN amamentados (NASCIMENTO; ISSLER, 2004). Além disso, ele atende as necessidades nutricionais do RN de acordo com sua idade gestacional. A oferta do LH na prematuridade diminui o tempo de internação hospitalar, reduz a incidência de doenças respiratórias, sepse, retinopatia e enterocolite necrosante (CLOHERTY; EICHENWALD; STARK, 2004).

Uma das maiores dificuldades em relação à dieta do RN prematuro é a imaturidade do trato gastrointestinal. O LH é mais tolerado pelo prematuro, por apresentar em sua

composição nutrientes adequados, que estimulam o amadurecimento da defesa e do trofismo do trato gastrointestinal (APRILE; FEFERBAU, 2011). A incidência de infecções, como a enterocolite necrosante, é significativamente menor nos bebês de muito baixo peso alimentados com LH quando comparados àqueles que recebem leites artificiais. (NASCIMENTO; ISSLER, 2004).

Devido aos avanços tecnológicos na área da saúde, cada vez mais os RN de muito baixo peso sobrevivem, porém a nutrição deles continua sendo um desafio. Há evidências de que o LH da própria mãe seja o alimento ideal, tanto pela maior concentração de proteínas e calorias, como pelos fatores imunológicos. Resguarda-se a especificidade da situação clínica do RN que implica em suplementação de acordo com o ritmo de crescimento. Há também relatos de diminuição de infecção hospitalar pelo uso de LH ordenhado fresco da própria mãe para seu filho (APRILE; FEFERBAU, 2011).

No caso de hospitalização do RN, muito comum quando do nascimento prematuro, o ato de amamentar fortalece o papel da mãe no cuidado com a criança, fortalecendo o vínculo entre eles (DELGADO; HALPERN, 2005). Porém, sabe-se que o AM em RN prematuros, quando comparados com a população de bebês a termo a termo, é mais difícil de ser iniciado e mantido (ROCHA; MARTINEZ; JORGE, 2002).

Garantir a oferta de LH para o RN prematuro é sempre um desafio para a equipe de saúde (GIUGLIANI; LAMOUNIER, 2004). O LH, devido as suas características nutricionais e benefícios inquestionáveis, como os fatores de proteção imunológica, é considerado padrão ouro na alimentação do RN, especialmente do prematuro, considerando a extrema vulnerabilidade deste. Nesse contexto, é fundamental o apoio às nutrizes para o estabelecimento da lactação e apoio ao AM (NASCIMENTO; ISSLER, 2004).

A internação nem sempre favorece o AM por promover o afastamento entre mãe e filho, comprometendo a produção de leite e a prática do AM. O nascimento prematuro interrompe o amadurecimento fisiológico da sucção e da deglutição, dificultando ou impedindo a sucção direta na mama (APRILE; FEFERBAU, 2011).

Sendo assim, para promover o AM e minimizar os possíveis efeitos negativos que a internação do RN pode causar, é necessário que a equipe de saúde esteja atenta para auxiliar a mãe no processo de manutenção da lactação. Estudo realizado no mesmo cenário da atual pesquisa revelou que os profissionais de saúde permanecem diretamente envolvidos com os cuidados com os RN e, por muitas vezes, não realizam o apoio ao AM de maneira eficaz (TROJAHN, 2014). O apoio e o estímulo ao AM pelos profissionais de saúde são

imprescindíveis para auxiliar a nutriz no manejo dos problemas precoces no estabelecimento da lactação, envolvendo também a família neste processo (BULLON et al, 2009).

Ações de saúde têm sido desenvolvidas nas últimas décadas, por organismos nacionais e internacionais, com o intuito de melhorar os indicadores de AM e, conseqüentemente, contribuir na redução da morbimortalidade infantil. No âmbito hospitalar, diversas estratégias hospitalares foram implementadas com o objetivo de valorizar o AM, inclusive de prematuros nas unidades neonatais, dentre elas a implantação e funcionamento de Bancos de Leite Humano (BLH).

Sabe-se que os BLH são serviços especializados, obrigatoriamente vinculados a um hospital de atenção materna e/ou infantil. Têm o objetivo de promover e incentivar o AM, além de realizar a coleta, o processamento e o controle de qualidade do LH para depois distribuí-lo aos lactentes (BRASIL, 2008). O BLH é uma estratégia que promove a oferta de LH (cru ou pasteurizado), considerando-se as especificidades do RN que não consegue sugar a mama até a sua maturidade e a sua estabilidade clínica. Sendo assim, o BLH é uma estratégia que permite que as mães participem ativamente no processo de lactação, favorecendo, portanto, a continuidade do AM (MACIEL; ALMEIDA.; BRAGA, 2014).

Uma das prioridades dos BLH é atender as mães de RN prematuros e/ou de risco internados em unidades hospitalares. A proteção contra doenças infecciosas e o estímulo ao vínculo mãe-bebê já justifica a utilização de LH ordenhado na alimentação do RN internado (GIUGLIANI, 2002).

Um estudo realizado por Román et al (2013) observou, após a abertura de um BLH em uma unidade, a vantagem de oferecer LH de doadoras como a primeira alimentação aos RN prematuros em uma unidade neonatal, na impossibilidade de oferecer leite da própria mãe. Como a digestibilidade do LH é melhor do que de leites artificiais, notou-se a evolução mais rápida do aporte de nutrição enteral, suspendendo a nutrição parenteral e retirando o acesso venoso central em média cinco dias antes, quando comparado com RN que usaram prevalentemente o leite artificial. Com isso, houve redução do tempo de internação e da gravidade das patologias. Ainda neste estudo, foram citados os riscos da oferta precoce de leite artificial, aumentando a incidência de enterocolite necrosante.

A implantação e o funcionamento dos BLH possui papel imprescindível, com objetivo de apoiar as nutrizas e garantir o AM exclusivo (AME) para os RN, tanto em casa como os que estão internados impossibilitados de serem amamentados, atendendo as suas necessidades (GALVÃO; VASCONCELOS; PAIVA, 2006; BRASIL, 2011a).

Em estudo realizado sobre a produção dos BLH e sua adequação à demanda no RS, constatou-se que, entre 2009 e 2013, mais da metade dos RN prematuros e/ou de risco nasceram em municípios do RS que não possuem BLH, influenciando sobremaneira no recebimento de LH de suas próprias mães. Nota-se que essa condição aumenta a possibilidade de alimentação com leite artificial. Além disso, a manutenção da lactação também pode estar prejudicada, visto que não existe um serviço especializado em estimular o AM, coletar e armazenar o LH (RIBEIRO, 2014). Diante disso, o estudo ressaltou a importância da ampliação de serviços de BLH no RS, principalmente nas regiões com maior número de leitos de UTI neonatal, como é o caso de Santa Maria.

As Políticas Públicas de promoção, proteção e apoio ao AM estimulam a criação de BLH. Justificou-se a realização deste estudo devido a inexistência de um BLH num Hospital de grande porte e abrangência como o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Há atualmente no Brasil 220 BLH. No RS existem apenas 10 BLH, sendo seis em Porto Alegre, um em Bagé, um em Rio Grande, um em Santo Ângelo e um em Ijuí (REDEBLH, 2016).

A Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Criança (PNAISC), publicada em agosto de 2015, tem por objetivo promover e proteger a saúde da criança e o AM. Este cuidado deverá acontecer desde a gestação até os nove anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, como os RN prematuros e/ou de risco, visando à redução da morbimortalidade (BRASIL, 2015).

A PNAISC se sustenta em sete eixos estratégicos, que tem a finalidade de orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança no território nacional. O primeiro eixo trata da atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao RN, visando a melhoria do acesso, cobertura, qualidade e humanização da atenção obstétrica e neonatal. De acordo com o artigo 7º da Política, a Rede de Bancos de Leite Humano se configura como uma das ações estratégicas do eixo supracitado, uma vez que os BLH realizam um trabalho contínuo de promoção, proteção e apoio ao AM, aumentando assim os índices de AM (BRASIL, 2015).

Além do exposto, as inquietações para realização desse projeto surgiram pela vivência como enfermeira neonatologista na cidade do Rio de Janeiro. Cursei Residência em Enfermagem Neonatal no Instituto Fernandes Figueiras/Fiocruz, onde tive a oportunidade de conhecer o trabalho desenvolvido no BLH, e a relevância deste tanto para os nutrízes e bebês internados, quanto para nutrízes externas à unidade. Durante minha trajetória profissional trabalhei em UTIN públicas e privadas, e pude vivenciar a deficiência no processo de apoio, promoção e proteção à amamentação. Em muitos casos, essa deficiência se dava pela ausência

da estrutura física necessária. Garantir local para orientação sobre o AM, a ordenha e o armazenamento do leite é um passo para o sucesso do AM. Além disso, é necessário que os profissionais de saúde que trabalham nessas unidades estejam capacitados para o manejo das intercorrências do AM.

Diante desta problemática, teve-se como **questão de pesquisa**: qual a posição dos profissionais e gestores potencialmente envolvidos acerca para a implantação de um BLH? O **objeto** da presente pesquisa foram perspectivas para a implantação de um BLH em um Hospital Universitário (HU), referência para a região centro-oeste do RS, inclusive para atendimento de RN de risco.

Portanto, os **objetivos foram**: 1) conhecer a posição dos profissionais de saúde e gestores da área materno-infantil quanto a implantação de um BLH em um Hospital Universitário e, 2) discutir e propor estratégias para sua implantação.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A fundamentação teórica apresentada a seguir está ancorada nos seguintes aspectos: o aleitamento materno, políticas públicas de AM no Brasil, BLH e os fatores que interferem na doação de LH.

2.1 ALEITAMENTO MATERNO

O AM é uma prática com repercussão cultural, que apresentou transformação ao longo da história, determinado por fatores biológicos, sociais, econômicos, políticos e culturais (ALMEIDA; NOVAK, 2004). É, também, considerado um fenômeno existencial, com significado individual para cada pessoa, sendo transmitido de geração em geração, e influenciado pelo momento histórico no qual está inserido (PADOIN, 2006).

O AM representa, seguramente, a melhor fonte de alimento para o RN, contribuindo para a saúde tanto da criança quanto da mãe. Além disso, o AM auxilia na formação do vínculo mãe e filho, apresentando benefícios para a família e, conseqüentemente, para a sociedade (STUEBE; SCHWARZ, 2010). É um alimento completo para o bebê e contempla as suas necessidades nutricionais até o sexto mês de vida de maneira exclusiva (BRASIL, 2012a).

Um dos primeiros estudos acerca dos benefícios do LH foi realizado por Hipócrates (460- 377 a.C.), que evidenciou uma maior mortalidade entre bebês que não mamavam no peito (ALMEIDA; NOVAK, 2004; BOSI; MACHADO, 2005). No entanto, a prática do aleitamento artificial, talvez, seja tão antiga quanto a história da civilização humana (BOSI; MACHADO, 2005).

Os povos nativos da América, no século XVIII, tinham por hábito amamentar os filhos nos primeiros anos de vida. Já nos países europeus, principalmente, França e Inglaterra, esta prática estava em declínio, e o papel das amas de leite estava cada vez mais popular entre todas as classes sociais (ALMEIDA; NOVAK, 2004; BOSI; MACHADO, 2005).

A partir da Revolução Industrial iniciada no século XVIII, e a conseqüente saída das mulheres rumo às fábricas, houve a necessidade de se produzir um alimento adequado às necessidades das crianças (VINAGRE; DINIZ; VAZ, 2001). Na Alemanha, neste período, o número escasso de amas de leite estimulou o avanço do aleitamento artificial. A descoberta de que o leite de vaca possui uma quantidade maior de proteínas do que o LH difundiu o uso deste produto como substituto para alimentação infantil (REA, 1994).

Além disso, a institucionalização do nascimento e parto, no início do século XX, influenciaram negativamente no AM, principalmente pela oferta precoce de outros alimentos ao bebê. Passa a existir um período de separação entre mãe e filho, com estabelecimento de horários específicos para a amamentação. Tudo isso contribuiu para a complementação das mamadas ao seio com água glicosada, ou mesmo com outros leites, desestimulando a lactação e a manutenção da amamentação (BOSI; MACHADO, 2005).

Ao longo do século XX, a desvalorização da prática do AM pelos profissionais de saúde e as práticas hospitalares inadequadas, culminaram no afastamento da mulher da prática do AM (MONTEIRO; NAKANO; GOMES, 2011). No Brasil, entre os anos de 1950 e 1970, o AM foi ainda mais fragilizado, devido ao investimento em oferta de fórmulas substitutas do LH, bem como pela carência de políticas de prevenção ao uso indiscriminado destas fórmulas (VICTORA et al., 2008).

Porém, ao final da década de 1970, a ciência foi unânime ao reconhecer o LH como fonte segura de alimentação para o RN e lactente (DELGADO; MATIJASEVICH, 2013). Então, mundialmente, foram iniciadas estratégias para resgatar a prática do AM, por meio de instituições como o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a OMS, com o intuito de implementar programas para incentivar o AM (NEVILLE et al., 2012).

É recomendação da OMS que o AME seja iniciado ainda na primeira hora de vida do RN e mantido até o sexto mês de vida, quando os alimentos complementares são introduzidos, devendo permanecer o AM até dois anos ou mais (NEVILLE et al., 2012; THU et al., 2012).

Um estudo realizado acerca dos dados de mortalidade infantil em 42 países mostrou que, das intervenções estudadas, o AME durante os seis primeiros meses de vida era a intervenção isolada mais efetiva para prevenir mortalidade infantil, estimando-se que ela previna 13% de todas as mortes em menores de cinco anos (BRASIL, 2011b).

Mesmo sabendo da importância do AME nos primeiros seis meses de vida, apenas uma minoria das mulheres o praticam. Segundo Venâncio e Monteiro (1998), durante as décadas de 1970 e 1980, houve uma expansão da prática de AM tanto na área urbana quanto na rural, em todas as categorias de renda, duplicando a duração média do tempo, que passou de 2,2 meses para 5,5 meses. O estudo revelou que as maiores durações foram registradas nas regiões Centro-Oeste e Sudoeste do país, e o crescimento menor se deu nas regiões Sul e Nordeste.

Na pesquisa de prevalência de AM nas capitais brasileiras e Distrito Federal realizada em 1999, o desmame precoce era um problema de saúde pública, uma vez que, no primeiro

mês de vida, apenas 53,1% das crianças mamavam exclusivamente no peito e aos seis meses apenas 9,7% (BRASIL, 2001).

Pesquisa semelhante foi realizada em 2009, indicando que no Brasil 67,7% das crianças mamaram na primeira hora de vida, 41% dos menores de seis meses estavam em AME e 58,7% das crianças entre nove e doze meses mantiveram o AM. Na Região Sul, 71,8% das crianças mamaram na primeira hora de vida, 43,9% dos menores de seis meses estavam em AME e 49,5% das crianças entre nove e doze meses mantiveram o AM (BRASIL, 2009).

Em outro levantamento realizado nos municípios brasileiros constatou-se que em Santa Maria/RS, 75,8% das crianças mamaram na primeira hora de vida, porém a prevalência de AME foi de 34,1% em crianças menores de seis meses. Além disso, 44,3% das crianças entre nove e doze meses mantiveram o AM, sendo esta média inferior à nacional, e considerada razoável, conforme os parâmetros da OMS (BRASIL, 2010a).

Conclui-se que houve melhora significativa da situação do AM, porém, estamos distantes do cumprimento das metas de AME até o sexto mês de vida e da manutenção do AM até o segundo ano de vida ou mais, propostas pela OMS e MS (BRASIL, 2009).

2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS PRÓ-ALEITAMENTO MATERNO NO BRASIL

Nas décadas de 1960 e 1970, onde o desmame precoce e a má nutrição infantil eram uma realidade brasileira, as taxas de mortalidade infantil aumentaram em até 45% (MONTEIRO; NAKANO; GOMES, 2011). Até o início da década de 1980, as atividades de incentivo ao AM se desenvolviam de maneira isolada.

Em 1981, o MS criou o Programa Nacional de Incentivo ao AM (PNIAM). Este órgão passou a ser responsável pelo planejamento de ações de promoção, proteção e apoio ao AM no país (LOPES et al., 2013).

Em 1983, o MS, atendendo à recomendação da UNICEF, implantou a Portaria nº1016, tornando obrigatório o alojamento conjunto em todas as maternidades públicas e conveniadas, a fim de melhorar os índices de AM (VENANCIO; NOGUEIRA-MARTINS; GIUGLIANI, 2010).

Em 1985, surgiu a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (REDE BLH-BR), que está entre as principais estratégias da política governamental de promoção do AM. Os BLH, além de coletar, processar e distribuir LH, prestam assistência às lactantes cujos filhos estão

hospitalizados ou que tenham dificuldades com a amamentação em qualquer momento (ISSLER et al, 2008).

As iniciativas no sentido de promover, proteger e apoiar o AM ganham força em 1988, quando da inclusão na Constituição Federal Brasileira, do direito à licença maternidade de 120 dias para as mulheres com contrato de trabalho formal (BRASIL, 2010b). Ainda naquele ano, foi criada a Portaria nº 322, de 26 de maio de 1988, que institui a criação de BLH no Brasil (VENANCIO; NOGUEIRA-MARTINS; GIUGLIANI, 2010).

Em 1989, o Brasil elaborou a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL), com o intuito de controlar a publicidade indiscriminada dos alimentos e produtos de puericultura que concorrem com o AM (BRASIL, 1999). Posteriormente a NBCAL foi transformada na Lei nº 11.265, em 03/01/2006, que regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura correlatos.

Em 1990, foi assinada a Declaração de Innocenti, na Itália, em que diversos países, dentre eles o Brasil, se comprometiam a fortalecer a promoção, proteção e o apoio ao AM (VENANCIO; NOGUEIRA-MARTINS; GIUGLIANI, 2010). Como consequência, em 1992, foi lançada no Brasil, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), com o objetivo de mudar as rotinas hospitalares das unidades materno-infantil, a fim de cumprirem os "Dez passos para o sucesso do aleitamento materno" e a NBCAL (TOMA; VENÂNCIO; REA, 2009; VENANCIO; NOGUEIRA-MARTINS; GIUGLIANI, 2010).

Ainda em 1992, foi criada a Aliança Mundial de Ações Pró-Amamentação (World Alliance for Breastfeeding Action - WABA), que é responsável por coordenar a Semana Mundial de Aleitamento Materno (SMAM). Esta ação tem o objetivo de mobilizar e sensibilizar a sociedade em prol da amamentação (JONES et al., 2003).

Em 2000, o MS lançou a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso, mais conhecido como Método Canguru. Esta norma institui o contato pele a pele, a posição canguru e a amamentação para os RN de baixo peso. Esta estratégia aumenta o vínculo mãe-bebê, favorece o início precoce do AM, e consequentemente, aumenta a produção do leite e melhora os índices de AME (CHAGAS et al., 2011).

Ainda naquele ano, a Organização das Nações Unidas (ONU) estabeleceu os oito ODM, os quais deveriam ser atingidos por todos os países até o ano de 2015 (BRASIL, 2013a). Foi aprovado pelos líderes mundiais um documento estabelecendo objetivos relativos à segurança, paz e desarmamento; a erradicação da pobreza; à proteção ao meio ambiente; aos direitos humanos, à democracia e boa governança; à proteção aos vulneráveis, às necessidades

especiais da África e por fim, o reforço às Nações Unidas. Este documento é conhecido como A Declaração do Milênio (RONCHINI; FRANCHINI; SIVIERO, 2014).

Dentre os objetivos citados acima, tem destaque a redução da mortalidade infantil para 17,9 óbitos por mil nascidos vivos até 2015, como a quarta meta, e a melhora da saúde materna como a quinta, reduzindo em três quartos a taxa de mortalidade desta população (BRASIL, 2013a).

A fim de diminuir a mortalidade infantil, o MS lançou, em 2004, o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, que, no ano seguinte, gerou a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Esta estratégia apresentou linhas de cuidados integrais à saúde da criança, dentre elas, promoção, proteção e apoio ao AM. Em 2006, firmou-se o Pacto pela Saúde, que é um conjunto de compromissos em torno das prioridades em saúde, que reafirma os compromissos e metas citados anteriormente. Em 2007, houve a implementação da Rede Amamenta Brasil, com o objetivo de contribuir para o AM no País (BRASIL, 2011c).

De acordo com o DATASUS (BRASIL, 2012b) o Brasil apresentou redução de 53,7 óbitos por mil nascidos-vivos, em 1990, para 17,71 óbitos por mil nascidos-vivos, em 2011. Deste modo, em 2011, o Brasil alcançou a meta de redução da mortalidade na infância proposta pelo quarto ODM (PNUD,2015).

Recentemente, em 2012, o MS lançou a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, resultado da união das ações da Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável. Esta proposta reforça e promove o AM e a alimentação saudável para crianças menores de dois anos, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2012a).

Ainda em 2012, foi publicada a portaria nº 930 do MS, que define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao RN grave ou potencialmente grave, e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do SUS. Dentre os objetivos da portaria está a priorização das ações que visem à redução da morbimortalidade perinatal e neonatal, e que possibilitem o desenvolvimento saudável do RN e sua integração na família e sociedade. Dentre os requisitos necessários aos estabelecimentos de saúde para se tornarem habilitados como Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) do tipo II ou III, está a existência de um BLH ou Posto de Coleta de Leite Humano (PCLH) (BRASIL, 2012c).

Em 2015, a fim de melhorar a atenção a saúde da criança, o MS publicou a nova PNAISC, com o objetivo de promover e proteger a saúde da criança e o AM. Esta política

visa o atendimento integral da criança desde a gestação até os nove anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, com o intuito de diminuir os índices de morbimortalidade (BRASIL, 2015).

De acordo com o artigo 4º, a PNAISC é orientada pelos seguintes princípios: direito à vida e à saúde; prioridade absoluta da criança; acesso universal à saúde; integralidade do cuidado; equidade em saúde; ambiente facilitador à vida; humanização da atenção; e gestão participativa e controle social. Além disso, se sustenta em sete eixos estratégicos, com a finalidade de orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança. O primeiro eixo trata da atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao RN, visando a melhoria do acesso, cobertura, qualidade e humanização da atenção obstétrica e neonatal. De acordo com o artigo 7º da Política, a REDE BLH-BR se configura como uma das ações estratégicas do eixo supracitado (BRASIL, 2015).

2.3 BANCO DE LEITE HUMANO

Os BLH são considerados uma estratégia fundamental na política de promoção, proteção e apoio ao AM. Contudo, as percepções acerca destas unidades sofreram modificações ao longo do tempo. Diferentes significados foram imputados aos BLH, o que os caracterizou tanto como estruturas de apoio às situações de excepcionalidade do desmame, quanto como unidades de atendimento a serviço do AM, a depender do momento histórico que se considere (ALMEIDA, 1999).

O primeiro BLH do Brasil foi implantado em outubro de 1943 no Instituto Nacional de Puericultura, atualmente conhecido como Instituto Fernandes Figueira (IFF). Tinha o objetivo de coleta e distribuição do LH com vistas a atender os casos considerados especiais, como prematuridade, distúrbios nutricionais e alergias a proteínas heterólogas (ALMEIDA, 1999).

Naquela época, 85% dos óbitos por desnutrição entre lactentes desmamados estavam associados ao uso de aleitamento artificial. Sendo assim, havia uma crescente necessidade de se dispor de LH em quantidades que permitissem o atendimento nas situações emergenciais, justificando a implantação de um BLH (ALMEIDA, 1999).

Entre 1943 e 1985, os BLH no Brasil tinham o único objetivo de obter LH. Segundo os seus idealizadores, o BLH deveria funcionar como uma instituição de proteção social, zelando pelos interesses de suas doadoras e seus filhos, apoiando a prática do AM, e sem o objetivo de gerar lucros para a mulher doadora. Porém, como a procura por se tornar doadora era pequena e não atendia à demanda, eram fornecidas recompensas tanto financeiras, como

benefícios de atendimentos médicos àquelas nutrizes que realizavam a doação de seu leite. Assim, as doadoras encontravam na comercialização do leite uma forma de sustento, prática que, inclusive, estimulou a gestação (MAIA et al., 2006).

Até a década de 1980, a ordenha mecânica era a mais utilizada para a coleta do leite. Naquela época, acreditava-se que assim os riscos de contaminação do leite eram minimizados, além de otimizar o volume coletado (ALMEIDA; NOVAK, 1994). O LH era distribuído, preferencialmente, na forma de produto cru, sem receber qualquer tipo de tratamento. Entretanto, em decorrência do volume coletado, fez-se necessário introduzir o tratamento térmico (ALMEIDA; NOVAK, 1994).

No ano de 1981, com o desenvolvimento do PNIAM, iniciou-se um movimento social em favor da utilização do LH. Porém, a estrutura dos BLH não garantia a segurança da qualidade de seus produtos. Então, para reverter essa situação, deu-se início a um novo modelo de BLH, no qual a avaliação da qualidade sanitária do LH era uma prioridade (ALMEIDA, 1999).

Em 1984, o PNIAM instituiu o Grupo Técnico de BLH, com o objetivo de monitorar a implantação e o funcionamento de BLH em todo território nacional, sendo produzido o primeiro documento oficial de recomendações técnicas (INAN, 1987). Este documento serviu de base para a elaboração da primeira legislação federal, a Portaria GM/MS nº 322, publicada em 1988 (ALMEIDA, 1999).

Maia (2006) descreve que, a partir de 1985, houve uma ampliação das ações de incentivo ao AM, e os BLH adquiriram uma nova função no cenário da saúde pública brasileira, transformando-se em elementos estratégicos para as ações de promoção, proteção e apoio a amamentação.

Com isso, foi implantado o Centro de Referência Nacional para Bancos de Leite Humano em junho de 1988, no IFF, a fim de “[...] desenvolver pesquisas, capacitação de recursos humanos em diferentes graus de complexidade e competências e de prestar assessoria e apoio técnico aos demais BLH do país” (SOUZA, ALMEIDA; 2005).

Um marco histórico do AM no Brasil foi a extinção do PNIAM e Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), em 1997. Por aproximadamente um ano, as ações de AM, incluindo as de BLH, não foram inseridas na pauta das políticas públicas brasileiras (REDEBLH, 2015).

Nos anos subsequentes, ocorreram no Brasil alguns encontros e congressos, com o intuito de reestruturar os BLH. Merece destaque o I Congresso Brasileiro de Bancos de Leite Humano, ocorrido em 1998, que efetivou a parceria com a Vigilância Sanitária – Nacional e

Estadual, além de reafirmar a importância da qualificação profissional e novo paradigma do AM, que reconhecia a mulher como ator principal neste contexto (MAIA, 2006).

Neste mesmo ano, o MS, por meio do Centro de Referência Nacional da Fundação Oswaldo Cruz, instituiu a Rede Nacional de Bancos de Leite Humano (MAIA, 2006). A REDE BLH-BR é um projeto do MS e da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), que tem a missão de promover a saúde da mulher e da criança, mediante integração e construção de parcerias com órgãos federais, estados, municípios, iniciativa privada e sociedade. Tem o objetivo de contribuir para a redução da mortalidade neonatal e de melhorar os indicadores de AM no Brasil (REDEBLH, 2015).

Como consequência, o MS passou a priorizar o AM e estabeleceu a Política Nacional de Aleitamento Materno, inserida na Área Técnica de Saúde da Criança. Desde então, a realidade dos BLH no Brasil vem sendo modificada, com a expansão do número de unidades ao mesmo tempo em que se amplia o nível de rigor em relação à qualidade de seus produtos e processos.

Com a ampliação de BLH no Brasil, fez-se necessário desenvolver normas e tecnologias para adequação dos serviços. Sendo assim, foi aprovado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o Regulamento Técnico, intitulado resolução RDC nº 171/2006, que estabelece os requisitos para a instalação e funcionamento de BLH, bem como para PCLH, em todo território nacional. (BRASIL, 2006).

O sucesso brasileiro na área de BLH levou ao surgimento de parcerias internacionais, com programas de cooperação para troca de conhecimento e tecnologia nas áreas de AM e BLH. A partir do II Fórum ABC/Fiocruz/MS de Cooperação Internacional em Bancos de Leite Humano, realizado em Brasília em 2015, a Rede de Bancos de Leite Humano passou a ser Rede Global de Bancos de Leite Humano.

Neste mesmo evento, foi assinada a Carta de Brasília 2015, por representantes de diversos países, do MS, da Agência Brasileira de Cooperação (ABC), da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) e da UNICEF. Esse documento acordou o compromisso de promover condições que ampliem o acesso ao LH, a fim de reduzir as mortes evitáveis de RN e prevenir a ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis (REDEBLH, 2015).

Tanto os esforços brasileiros, quanto os esforços internacionais para o desenvolvimento dos serviços de BLH, trouxeram uma significativa melhoria na assistência prestada à saúde da criança. A evolução deste serviço ao longo dos anos, por meio de políticas públicas, são passos fundamentais para o crescimento e desenvolvimento dos BLH existentes e para a abertura de muitos outros.

2.4 FATORES QUE INTERFEREM NA DOAÇÃO DE LEITE HUMANO: REVISÃO INTEGRATIVA

Apresentado na forma de artigo publicado no periódico Cogitare Enfermagem.

● Revisão

FATORES QUE INTERFEREM NA DOAÇÃO DE LEITE HUMANO: REVISÃO INTEGRATIVA

Flavia Pinhão Nunes de Souza Rechia¹, Daiani Oliveira Cherubim¹, Cristiane Cardoso de Paula², Stela Maris de Mello Padoin²

RESUMO: O objetivo deste trabalho foi analisar a produção científica brasileira acerca dos fatores que interferem na doação de leite humano. Estudo do tipo revisão integrativa, realizado nas bases de dados Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde, *National Library of Medicine* e *Sci Verse Scopus Top Cited*. Não foi estabelecido recorte temporal e a coleta de dados ocorreu em janeiro de 2016. Foram utilizados os descritores: “bancos de leite” OR “milk banks”. Após as buscas, 20 artigos integraram o *corpus* final da pesquisa. Os fatores que interferem na doação de leite foram identificados como operacionais, educacionais e estruturais. Identificou-se que os profissionais de saúde têm papel fundamental no estímulo à doação de leite humano e devem ser multiplicadores de boas práticas relacionadas ao aleitamento materno. O atendimento oferecido às nutrizes deve ser qualificado e os profissionais devem procurar atender as demandas das nutrizes, de acordo com as suas particularidades.

DESCRIPTORES: Bancos de leite; Aleitamento materno; Saúde Materno-Infantil; Enfermagem Materno-Infantil.

FACTORS THAT INTERFERE WITH DONATION OF HUMAN MILK: INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: The present study aimed to analyze Brazilian scientific literature related to the factors that interfere with donation of human milk. Integrative review of databases *Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde*, *National Library of Medicine* and *Sci Verse Scopus Top Cited*. No time frame was established and data was collected in January 2016. The descriptors used were “bancos de leite” OR “milk banks”. After the search, 20 articles were selected for the final *corpus* of the research. The factors that interfere with breast milk donation were classified as operational, educational and structural. The study found that health professionals play a key role in the encouragement of human milk donation and should be multipliers of good practices related to breastfeeding. High quality care should be provided to nursing mothers to meet their demands, on an individual basis.

DESCRIPTORS: Milk banks; Breastfeeding; Maternal-Child Health; Maternal-Child Nursing.

FACTORES QUE SE INTERPONEN A LA DONACIÓN DE LECHE HUMANA: REVISIÓN INTEGRATIVA

RESUMEN: La finalidad de este trabajo fue analizar la producción científica brasileña acerca de los factores que se interponen a la donación de leche humana. Estudio de tipo revisión integrativa, realizado en las bases de datos Literatura Latinoamericana en Ciencias de la Salud, *National Library of Medicine* y *Sci Verse Scopus Top Cited*. No se estableció periodo temporal y los datos fueron obtenidos en enero de 2016. Se utilizaron los descriptores: “bancos de leche” OR “milk banks”. Como resultado de las búsquedas, 20 artículos integraron el *corpus* final de la investigación. Los factores que interfieren en la donación de leche fueron identificados como operacionales, educacionales y estructurales. Se identificó que los profesionales de salud son fundamentales para el estímulo a la donación de leche humana y que buenas prácticas acerca del amamantamiento materno deben ser multiplicadas por esos profesionales. El atendimento ofrecido a las nutrizes debe ser cualificado y los profesionales deben atender a las demandas de ellas, de acuerdo con sus particularidades.

DESCRIPTORES: Bancos de leche; Amamantamiento materno; Salud Materno-Infantil; Enfermería Materno-Infantil.

¹Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, RS, Brasil.

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, RS, Brasil.

Autor Correspondente:

Flavia Pinhão Nunes de Souza Rechia
Universidade Federal de Santa Maria
R. Coronel Niederauer, 621/1503 – 97015-121 – Santa Maria, RS, Brasil
E-mail: flaviapinhaorechia@gmail.com

Recebido: 15/01/2016

Finalizado: 22/09/2016

● INTRODUÇÃO

O leite humano (LH) é considerado o melhor alimento para o recém-nascido (RN), oferecendo benefícios fisiológicos e imunológicos para o bebê. Além disso, o aleitamento materno (AM) promove benefícios psicológicos e afetivos, já que o ato de amamentar é um momento de entrega e de aproximação entre mãe e filho⁽¹⁾. Por esta razão, o AM pode diminuir a morbimortalidade até o primeiro ano de vida, e prevenir doenças ao longo da vida do indivíduo⁽²⁾.

O Ministério da Saúde do Brasil (MS) recomenda que o AM seja exclusivo nos seis primeiros meses de vida. Após esse período, deve ser complementado com outros alimentos e mantido até os dois anos de vida, ou mais. Entretanto, apesar das evidências científicas da superioridade do LH sobre outras formas de alimentação do RN, a maioria das crianças brasileiras não é amamentada pelo tempo recomendado⁽³⁾. Em um estudo realizado pelo MS, percebeu-se que, do total de crianças analisadas, apenas 41% dos menores de seis meses estavam em aleitamento materno exclusivo (AME)⁽⁴⁾.

Segundo o Relatório Nacional de Acompanhamento dos Objetivos do Milênio de 2013 (ODM), o Brasil alcançou, em 2012, a meta internacional de diminuição da mortalidade na infância. A taxa passou de 53,7 óbitos por mil nascidos vivos, em 1990, para 17,3 óbitos por mil nascidos vivos em 2012, significando uma redução de 67,7%. Esta redução está diretamente relacionada a programas de governo, como o de incentivo ao AM⁽⁵⁾.

Os nascimentos prematuros, ainda, são uma das principais causas de mortes neonatais. Sabe-se que a prematuridade tem relação direta com os índices de mortalidade infantil, sendo responsável por cerca de 27% das mortes na infância. Quanto ao fator de risco "idade gestacional", no Brasil, no ano de 2013, a incidência de mortalidade neonatal de casos notificados foi de 53,1% prematuros (n=20.712)⁽⁶⁻⁷⁾.

Uma das dificuldades no manejo clínico do prematuro é com relação à dieta, principalmente devido à imaturidade gastrointestinal. O LH é mais tolerado pelo prematuro, pois apresenta nutrientes adequados, que estimulam o amadurecimento da defesa e do trofismo do trato gastrointestinal. Quanto mais precoce for a introdução do LH, maior é a chance de sobrevivência e recuperação do RN⁽⁸⁾.

Ações de saúde têm sido desenvolvidas nas últimas décadas com o intuito de melhorar os indicadores de AM e, conseqüentemente, contribuir na redução da morbimortalidade infantil. Sabendo que os profissionais de saúde são peças fundamentais na rede de apoio à mulher que amamenta, foram implementadas no âmbito hospitalar estratégias com esta finalidade, principalmente para prematuros, nas unidades neonatais. Dentre elas, a implantação e o funcionamento de Bancos de Leite Humano (BLH)⁽⁸⁻⁹⁾.

Os BLH são centros especializados que têm o objetivo de promover e incentivar o AM, realizar a coleta, o processamento e o controle do LH ordenado, para, depois, distribuí-lo aos lactentes⁽¹⁾. O BLH promove a oferta de LH, considerando as especificidades do RN, que não consegue sugar o peito até a sua maturidade e estabilidade clínica. Sendo assim, é uma estratégia que permite que as mães participem ativamente no processo de lactação, favorecendo, portanto, a continuidade do AM⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

O presente estudo justificou-se pela possibilidade de melhor compreender as lacunas do cuidado realizado às nutrízes e possíveis doadoras de LH, contribuindo, assim, com a melhora nos índices de AM e de doação de LH. O objetivo desta revisão foi analisar, na produção científica brasileira, os fatores que interferem na doação de LH.

● MÉTODO

Para alcançar o objetivo deste estudo, optou-se pela realização de uma revisão integrativa, acerca dos fatores que interferem na doação de LH. Este tipo de revisão reuniu e sintetizou resultados de pesquisas sobre um determinado tema, permitindo apontar lacunas no conhecimento e realizar a síntese de múltiplos estudos publicados. Desta forma, as revisões integrativas podem contribuir, diretamente, na qualificação da prática assistencial⁽¹²⁾.

Durante a elaboração deste estudo, percorreram-se as seguintes etapas: estabelecimento da questão de pesquisa; seleção dos descritores; escolha das bases de dados; definição dos critérios de inclusão e exclusão

dos estudos; categorização dos estudos; avaliação dos estudos; interpretação dos resultados e síntese do conhecimento⁽¹²⁾.

Para alcançar o objetivo proposto, a questão de pesquisa estabelecida foi: "Quais são os fatores que interferem na doação de leite humano, de acordo com a produção científica brasileira?". Os descritores (Descritores em Ciências da Saúde - DeCS) utilizados foram: "bancos de leite" e "milk banks", e para as buscas foi utilizado o operador booleano OR. O descritor "bancos de leite" não representou alteração no número de artigos encontrados. As bases de dados escolhidas para a pesquisa foram: Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), *National Library of Medicine* (PubMed) e *Sci Verse Scopus Top Cited* (Scopus). A busca foi realizada em janeiro de 2016.

Foram encontrados 1.302 publicações e, como critérios de inclusão, foram contemplados artigos provenientes de pesquisas originais, nos idiomas inglês, português ou espanhol e que respondessem a questão de pesquisa. Não foi estabelecido um recorte temporal, pois havia a intenção de captar o maior número de artigos possíveis que respondessem a questão de pesquisa. Sendo assim, 216 foram excluídos, por não serem artigos; 132, não estavam nas línguas selecionadas (português, inglês ou espanhol). Foi aplicado o filtro "humanos" nas bases de dados que permitiam, excluindo-se 78 produções. Por fim, foi aplicado o filtro, "Brasil", excluindo-se 299 produções.

O total para a análise de títulos e resumos foi de 577 artigos. Nesta etapa, foram excluídos os artigos que não eram de pesquisas originais (cartas ao editor, trabalhos publicados em anais de evento, artigos de reflexão), além daqueles que não se relacionavam com a temática estudada e não respondiam a questão de pesquisa. Foram excluídos também aqueles estudos que abordavam as questões específicas de análise laboratorial e microbiológica do LH. No caso de artigos duplicados nas bases de dados, estes foram considerados apenas uma vez. O corpus da revisão foi composto por 20 artigos. Para melhor ilustrar a busca e os motivos de exclusão dos estudos, construiu-se um fluxograma (Figura 1).

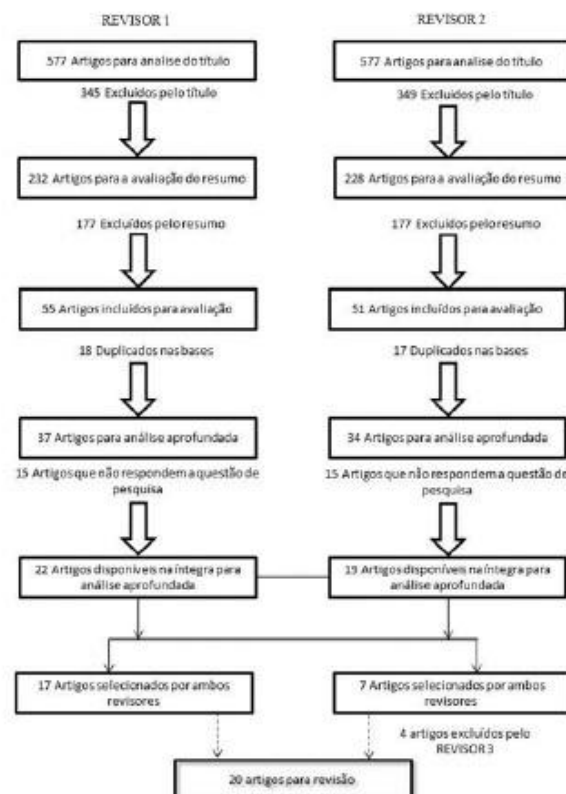


Figura 1 - Fluxograma de seleção da produção científica brasileira, acerca do BLH e os fatores que interferem na doação de leite. Santa Maria, RS, Brasil, 2016

Após a seleção dos artigos, foi elaborado um quadro para reunir e sintetizar as informações a serem extraídas dos textos, contendo as seguintes questões: título, periódico e ano de publicação; objetivos do estudo; metodologia do estudo; nível de evidência; e principais resultados.

Para facilitar o alcance do objetivo deste estudo, os artigos encontrados foram analisados, a fim de categorizar, interpretar e agrupar os dados semelhantes. Este agrupamento permitiu a síntese do conhecimento contemplado na literatura, dividida, de acordo com os fatores que interferem na doação de leite humano, a saber: fatores operacionais (10 artigos), educacionais (12 artigos) e estruturais (sete artigos), conforme mostra a Figura 2.



Figura 2 - Fatores que interferem na doação de leite humano. Santa Maria, RS, Brasil, 2016

● RESULTADOS

Pôde-se identificar nos artigos analisados a titulação do autor principal, sua área de conhecimento e a instituição de ensino a qual ele estava vinculado. Além disso, foi possível verificar a metodologia utilizada, os níveis de evidência dos estudos, o ano de publicação e o idioma.

Em relação à titulação do primeiro autor, a maior parte dos artigos foi produzida por mestres (sete), seguidos de doutores (cinco), graduados (quatro), pós-graduados (dois), mestrands (um) e graduandos (um).

Também, foi possível analisar as áreas de conhecimento do autor principal, em que a Enfermagem obteve destaque (Figura 3).

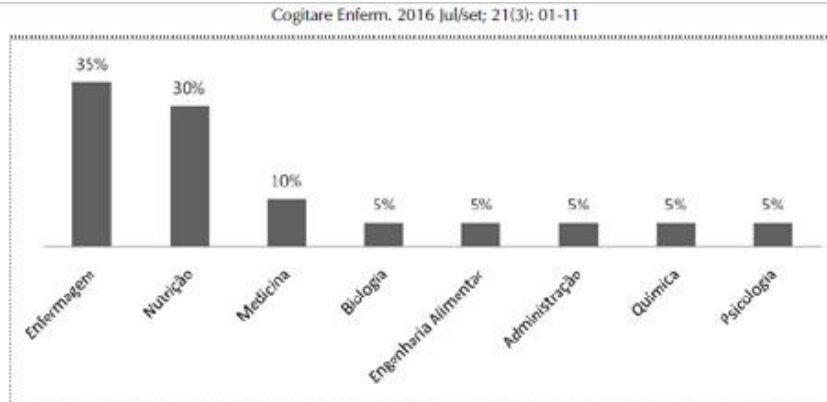


Figura 3 - Gráfico de distribuição, segundo a área de conhecimento do autor principal dos artigos da revisão integrativa da temática de doação de leite humano. Santa Maria, RS, Brasil, 2016

Analisando-se o vínculo institucional dos autores principais, observou-se que os artigos foram produzidos em 13 instituições distintas, sendo que apenas um autor não tinha vínculo institucional. A Universidade Federal de Brasília destacou-se, obtendo-se quatro artigos relacionados à temática, seguida das Universidades Federais do Paraná, Ceará e Alagoas e da Universidade Estadual de Maringá, com dois artigos cada. As demais instituições, Universidade Federal Fluminense, Centro Universitário São Camilo/SP, Universidade Estadual de Londrina, Fundação Oswaldo Cruz, Universidade Federal de Minas Gerais, Universidade Federal de Uberlândia, Universidade Federal da Bahia e Universidade de Taubaté foram responsáveis pela produção de um artigo cada.

Sobre as metodologias utilizadas, ressalta-se que todos os artigos eram originais, com destaque para os estudos qualitativos descritivos (Figura 4).

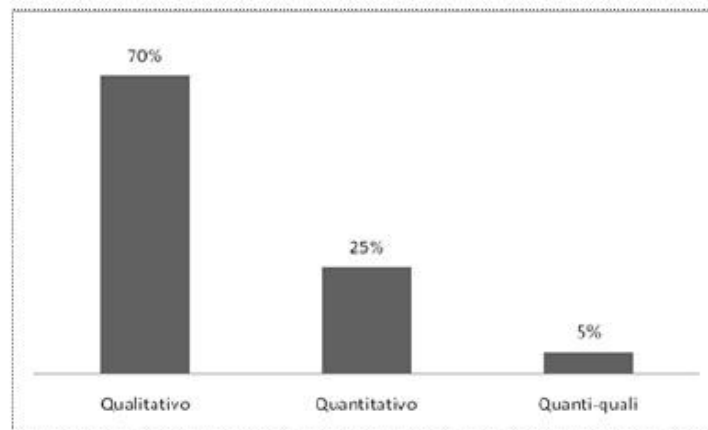


Figura 4 - Gráfico de distribuição, segundo a metodologia utilizada nos artigos da revisão integrativa da temática de doação de leite humano. Santa Maria, RS, Brasil, 2016

Com relação à amostra dos artigos, prevaleceu a coleta com mães/nutrizes (Figura 5).

Os artigos foram avaliados, conforme a sua força de evidências, levando-se em consideração o tipo de questão clínica do estudo primário, segundo os tipos distintos de classificação para os estudos⁽¹³⁾. Dentre os estudos relacionados ao prognóstico ou à etiologia (13), a maioria apresentou o nível de evidência 4 (12), e apenas um, o nível de evidência 2. Dentre os estudos, com enfoque no significado (cinco), todos apresentaram o nível de evidência 2. Apenas dois estudos apresentaram a questão clínica de tratamento/intervenção, um com o nível de evidência 3 e o outro apresentou o nível de evidência 2.

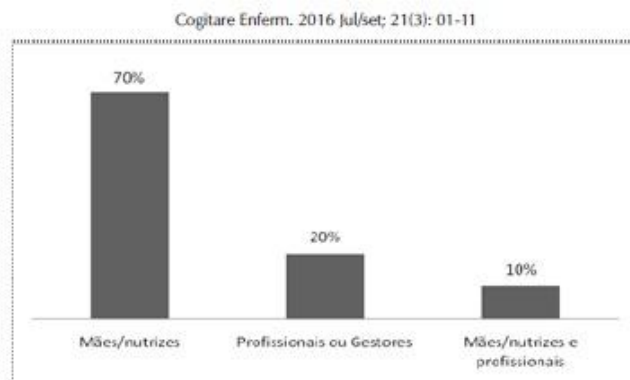


Figura 5 - Gráfico de distribuição, segundo a amostra dos artigos da revisão integrativa da temática de doação de leite humano. Santa Maria, RS, Brasil, 2016

De acordo com o ano de publicação, observou-se que os artigos encontrados foram publicados entre 2000 e 2015, sendo, então, analisados por meio da distribuição quadrienal. No período de 2000 a 2003 foram publicados três artigos, e no período de 2004 a 2007, quatro artigos. O período de 2008 a 2011 obteve destaque, com a publicação de nove artigos. No período de 2012 a 2015 foram publicados quatro artigos. Percebeu-se, assim, um crescimento do número de artigos publicados, ao longo dos anos, confirmando que a temática é cada vez mais explorada.

Quanto ao idioma de publicação dos artigos, a maioria foi em Português (17), sendo apenas dois em inglês e um em espanhol.

● DISCUSSÃO

Fatores Operacionais

Os principais motivos que levaram as nutrizas a doar seu leite foram: ingurgitamento mamário^(14,18), excesso de produção láctea^(14,16,19), conhecimento sobre a importância do LH para os bebês internados^(14,16,19,21), altruísmo^(14-17,19,21) e experiência prévia de dificuldade de amamentação^(16,19), entre outros, menos citados.

Notou-se que o intuito da primeira visita ao BLH não era o de se tornar doadora, mas sim, de realizar a ordenha e, a partir do atendimento, passaram a ser doadoras voluntárias⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. Era esperado que esta característica surgisse como um dos motivos mais frequentes para se tornar doadora, pois uma produção de leite superior à necessidade do bebê é uma condição necessária para o ato de doação⁽¹⁶⁾. Ao recorrerem ao serviço, as nutrizas eram acolhidas e orientadas, recebendo informações da importância do AM e os benefícios do seu leite para os RN e, assim, mostraram-se mais dispostas a dar continuidade à doação⁽¹⁷⁾.

Alguns estudos apontaram que as nutrizas sabiam da importância e dos benefícios do LH, e esta condição foi motivadora para a doação de leite^(14,19). As doadoras se sentiram valorizadas ao contribuírem para a melhoria da vida das mães e dos RN que estavam nas UTI, e entenderam a sua importância no processo de doação⁽²⁰⁾.

Outro aspecto motivador da doação foi o altruísmo, sendo a doação vista como uma ajuda às mães que estavam impossibilitadas de amamentar⁽¹⁶⁾. Houve uma autovalorização, definida como sentimento pessoal positivo pelo exercício de um papel social relevante^(16,20). A experiência prévia de dificuldade e/ou impedimento de amamentação da própria doadora ou de outra pessoa de seu círculo de convívio também entrou como fato marcante para a doação⁽¹⁶⁾.

O principal motivo pela procura pelo serviço de BLH foi o fato de a nutriz necessitar de ajuda por alguma dificuldade na amamentação, seja ela por ingurgitamento mamário ou outra⁽¹⁴⁻¹⁸⁾. Cabe ao profissional do BLH orientar sobre a importância do AM e da doação de leite, aproveitando a oportunidade para sensibilizar possíveis doadoras. Esta sensibilização tem momentos privilegiados no pré-natal, parto e pós-parto^(16,17,21).

Estudos sugeriram a necessidade de se aprimorar a educação em saúde em unidades materno-infantis, principalmente, em alojamento conjunto e em unidades neonatais. Dessa forma, a orientação às nutrizes sobre a doação de LH deve ser mais aprofundada, vinculando-a às orientações sobre AM^(14,17).

A tomada de decisão para a doação de leite é diretamente influenciada pelo atendimento recebido pela nutriz no BLH⁽²²⁾. A valorização do ato de doar^(15,20,22) e a boa comunicação entre os profissionais e as nutrizes, são grandes aliados no processo de doação de LH⁽²⁰⁻²²⁾.

As principais dificuldades citadas pelas mulheres para se tornarem doadoras de LH foram: falta de informação adequada^(17,19), falta de tempo, por terem que voltar às atividades laborais^(16,19) e o número de filhos⁽¹⁵⁾.

Em se falando de falta de informação adequada, muitas referiram que não doariam seu leite, pois tinham medo de faltar leite para o seu bebê. Logo, não haviam sido informadas de que quanto mais se estimula, mais há produção de leite⁽¹⁹⁾. Outro estudo apontou que, embora já tivessem ouvido falar sobre o BLH, as orientações apreendidas no pré-natal limitavam-se a um serviço que recebia leite apenas da mãe para o filho. Entretanto, um dos objetivos do BLH é operacionalizar, de forma otimizada, o excedente da produção láctea de cada nutriz, bem como desempenhar papel educativo⁽¹⁾. Somente, à medida que chegavam ao BLH, os objetivos deste tornavam-se mais claros, sendo orientadas quanto ao destino do seu leite e o quanto beneficiavam outras crianças^(17,19,22).

Em três estudos apareceram a falta de tempo e a diminuição da produção láctea devido ao retorno às atividades laborais, como fatores operacionais negativos^(16,19,22). Sendo assim, é de interesse dos BLH que seja otimizado ao máximo este período propício à doação, que seria o tempo médio de licença-maternidade (quatro meses), sem negligenciar os preceitos éticos relativos à voluntariedade e à autonomia.

Um dos estudos relatou a diminuição do número de doadoras, conforme o aumento do número de filhos⁽¹⁵⁾. Isso ocorre pelo fato de que as mulheres com apenas um filho dispõem de mais tempo para se dedicar à ordenha, preparo de materiais e armazenamento do leite do que aquelas com dois ou mais filhos.

Outro ponto citado foi sobre motivos que levaram ao descarte do LH ordenhado, com as seguintes causas relacionadas: técnica de ordenha e/ou armazenamento do leite inadequado; cheiro de cigarro e esquecimento do leite fora da geladeira⁽²³⁾. De acordo com o estudo, os quesitos tiveram redução na ocorrência de casos, após a instituição dar um *checklist* para a orientação às doadoras. Ainda, neste estudo, observou-se que a utilização de uma estratégia de conversa informal com as doadoras cujos leites foram desprezados causou constrangimento, tanto para a doadora quanto para os profissionais. Já o *checklist* obteve resultado na diminuição do descarte de leite, além de melhoria no diálogo entre profissional e doadora. O *checklist* foi adotado como um documento de compromisso pelas doadoras, prezando pela qualidade de seu leite ordenhado⁽²³⁾.

Nos dois estudos que abordaram as perdas de leite por não conformidade^(20,23), um dos fatores de descarte do leite foi o vencimento da data de validade. Estes vencimentos foram, principalmente, atribuídos aos atrasos na realização das visitas domiciliares e na entrega do leite ao BLH. Infelizmente, este tipo de perda retratou o quanto a prioridade das ações não está vinculada à promoção da saúde.

Fatores Educacionais

A maioria dos estudos abordou os aspectos educativos para a promoção, a proteção e o apoio ao AM e à doação de leite. Surgiram questões acerca da necessidade de se aprimorar o suporte técnico, de acolhimento e de acompanhamento às doadoras^(14,17), no intuito de mostrar a importância do AM. Supõe-se que as gestantes que recebem informações e são bem orientadas quanto ao AM e à doação de LH têm mais chance de se tornarem doadoras^(14,16-17).

As questões de ordenha e armazenamento do leite também surgiram com certa frequência. Desse modo, é necessário que orientações sobre as técnicas adequadas de ordenha e armazenamento do LH sejam fornecidas, a fim de ter uma melhor qualidade do LH ordenhado⁽²²⁻²⁵⁾, além da importância do *feedback* das doadoras do processamento e do destino do leite^(23,26). Um estudo identificou que a coleta de LH, para posterior entrega ao BLH, é uma maneira segura de aumentar a quantidade de leite doado, desde que as doadoras sejam orientadas sobre os processos de higiene e armazenamento⁽²⁷⁾.

Outro estudo resultou na elaboração de um manual de orientação para a consulta de enfermagem em domicílio, permitindo uma sistematização desta. Este manual resultou em melhoria na relação profissional/nutriz e promoção do AM e da doação de leite mais eficaz⁽²⁸⁾.

A maioria das informações e/ou orientações do AM e da doação de leite se deu por intermédio dos profissionais de saúde^(15,17). Porém, esta informação ainda é deficiente, havendo a necessidade de se intensificar políticas públicas de promoção, proteção e apoio ao AM.

É importante que os profissionais de saúde que atuam com gestantes e puérperas estejam treinados para orientar o AM e a doação de LH. De acordo com algumas pesquisas, a quantidade de doadoras aumentaria, significativamente, se as informações da doação de LH comessem no pré-natal^(16,21,24), incluindo discussões sobre a necessidade de leite para os RN internados, como pode ser realizada a doação, onde doar, entre outros aspectos, já citados.

Um dos estudos apontou as diferenças entre doadoras adultas e adolescentes, em que se concluiu que as últimas apresentavam condições socioeconômicas e perinatais desfavoráveis, necessitando, assim, de cuidados especiais no manejo do AM. O apoio e incentivo, por parte da equipe de saúde, são essenciais, ressaltando-se a importância deste processo para a mãe e para o bebê⁽²⁹⁾.

Percebeu-se nos estudos que há falta de profissionais capacitados para orientar as nutrizes de maneira efetiva. Ações de educação em saúde voltadas para a promoção, a proteção e o apoio ao AM e a capacitação dos profissionais, para que estes se tornem sensíveis a cada gestante ou nutriz que buscar o serviço, poderão gerar resultados positivos para o aumento das doações de LH.

Fatores Estruturais

A Resolução da Diretoria Colegiada - ANVISA (RDC), 171/2006 orienta gestores e técnicos de BLH, no sentido de viabilizar a adaptação desses serviços às normas de funcionamento, a fim de melhorar aspectos estruturais e de processo, tais como aquisição de equipamentos, realização dos exames obrigatórios, registro das etapas de processamento do LH e controle rigoroso da qualidade do produto⁽³⁰⁾. Um dos artigos ressaltou que, ao cumprirem as normativas vigentes, os BLH contribuem para o alcance de resultados com a qualidade desejada⁽²⁵⁾.

Estudos apontaram para a importância da segurança no beneficiamento do LH, que deve ser observada ao longo do processo, desde a seleção da doadora até a distribuição do produto^(20,22,25,31). Para isso, é imprescindível que os BLH sigam as normas de funcionamento citadas acima. Alguns estudos apontaram para falhas neste processo, como inadequações na estrutura física de alguns BLH estudados, registros incompletos nos processos de pasteurização do LH^(25,31), falhas na higiene das mamas e das mãos⁽³¹⁾. Além das condições dos equipamentos, que, em sua maioria, era em número inadequado para a demanda⁽³¹⁻³²⁾, faltou capacitação ao pessoal e o número de profissionais insuficiente^(25,31-32).

A partir dessa análise, verificou-se a necessidade de os gestores manterem atualizadas e disponíveis as documentações legais para o funcionamento do BLH⁽³²⁾ e suprirem com materiais, equipamentos e elementos essenciais da planta física, além de profissionais qualificados, de acordo com as exigências legais^(31,33).

É de suma importância a orientação adequada sobre a ordenha do leite, uma vez que a qualidade do LH que será pasteurizado depende diretamente dos procedimentos higiênico-sanitários aplicados neste momento⁽²²⁾. Isso mostra a interdependência entre os fatores citados no presente estudo.

Apesar da falta de materiais, evidencia-se o componente afetivo nas atividades realizadas e que, apesar do cansaço relatado, os profissionais passavam a maior parte do tempo orientando, acalmando e educando a mãe a respeito do AM e da doação de LH⁽³³⁾.

De acordo com um dos estudos, a importância social que a Rede Brasileira de BLH exerce é incontestável, pois promove a incorporação de novos saberes, em busca da modernização⁽³⁴⁾, sendo necessário que se empregue processos sistematizados, para uma gestão eficiente da produção láctea e do cuidado às doadoras, com qualidade e segurança^(25,32).

● CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu identificar quais os fatores que interferem na doação de LH, de acordo com a produção científica brasileira. Foi possível identificar, também, quais aspectos devem ser modificados na prática do cuidado, a fim de aumentar as doações de leite.

Os aspectos operacionais perpassaram pelas questões que levaram as nutrizes a doar seu leite e as que dificultaram este processo. Conhecendo estes aspectos, os profissionais de saúde poderão trabalhar de maneira mais efetiva. Orientações sobre a doação de LH, veiculadas junto às orientações de AM, podem contribuir para o aumento no número de doações. O enfermeiro, portanto, tem um papel relevante neste processo, pois é ele quem deve orientar e auxiliar no processo de AM, tanto no pré-natal quanto no pós-parto imediato, sendo capaz de influenciar as nutrizes a se tornarem doadoras.

Os aspectos educacionais surgiram como ações de promoção, proteção e apoio ao AM e à doação de leite. Além das orientações sobre a doação, as questões de ordenha e armazenamento do leite devem ser fornecidas, tornando a nutriz capaz de resolver as principais dificuldades com o AM e, também, tornando-a consciente sobre a importância do LH e do ato de doar. Para isso, o profissional de saúde deve estar capacitado para orientar seguindo as instruções do Ministério da Saúde. Os achados deste estudo, portanto, mostraram a necessidade de capacitação destes profissionais no manejo do AM e das doações.

Já sobre os aspectos estruturais, a falta de capacitação profissional se reflete na qualidade do processamento do LH, que deve seguir um rigoroso controle de qualidade. Além disso, há falta de recursos humanos, sendo que estes aspectos revelaram a necessidade de ações governamentais voltadas para os BLH.

Nesse sentido, há a necessidade de novos estudos nesta área, que abordem o panorama dos profissionais de saúde que atuam na área de Materno-Infantil e nos BLH, a fim de conhecer melhor esta população. Com isso, será possível identificar a necessidade de qualificação profissional e incrementar o número de doações de LH e a prevalência do AM.

● REFERÊNCIAS

1. de Luna FDT, Oliveira JDL, Silva LRM. Banco de Leite Humano e estratégia saúde da família: parceria em favor da vida. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade*. [Internet] 2014; 9(33) [acesso em 25 jul 2015]. Disponível: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf9\(33\)824](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf9(33)824).
2. Baptista SS, Alves VH, de Souza RMP, Rodrigues DP, da Cruz AFN, Branco MBLR. Manejo clínico da amamentação: atuação do enfermeiro na unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev. Enferm. UFSM*. [Internet] 2015; 5(1) [acesso em 22 dez 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769214687>.
3. Queluz MC, Pereira MJB, dos Santos CB, Leite AM, Ricco RG. Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de Serrana, São Paulo, Brasil. *Rev. esc. enferm. USP*. [Internet] 2012; 46(3) [acesso em 22 dez 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000300002>.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Pesquisa de prevalência de aleitamento materno em municípios brasileiros. [Internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [acesso em 25 jun 2015]. Disponível: <http://www.fiocruz.br/redebhlh/media/pamuni.pdf>.
5. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Os oito objetivos do milênio. Agenda pós 2015. [Internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [acesso em 25 jun 2015]. Disponível: <http://www.pnud.org.br/ODM.aspx>.
6. Granzotto JA, de Fonseca SS, Lindemann FL. Fatores relacionados com a mortalidade neonatal em uma unidade de terapia intensiva neonatal na região Sul do Brasil. *Revista da AMIRGS*. [Internet] 2012; 56(1) [acesso em 24 ago 2015]. Disponível: amrigs.org.br/revista/56-1/0000095683-11_935.pdf.
7. Ministério da Saúde (BR). Indicadores de mortalidade: taxa de mortalidade neonatal. [Internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [acesso em 03 out 2015]. Disponível: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2012/c0104b.htm>.
8. Maciel IVL, de Almeida CS, Braga PP. Breastfeeding in the context of prematurity: the maternal speech. *Rev. Enferm. UFPE online*. [Internet] 2014; 8(5) [acesso em 06 jan 2016]. Disponível: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/>
<http://revistas.ufpr.br/cogitare/>

index.php/revista/article/view/4772/pdf_5028.

9. Primo CC, Dutra PR, Lima EFA, de Alvarenga SC, Leite FMC. Redes Sociais que apoiam a mulher durante a amamentação. *Cogitare Enferm.* [Internet] 2015; 20(2) [acesso em 26 fev 2016]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i2.37453>.

10. Conceição CS, Alves VH, Silva LR, Martins CA, Mattos DV, Rodrigues DP. Qualidade assistencial do Banco de Leite Humano: percepção de usuárias. *Rev. Enferm. UFPE online.* [Internet] 2013; 7(5) [acesso em 06 jan 2015]. Disponível: www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4280/pdf_2463.

11. Alves VH, Rodrigues DP, Branco MBLR, de Souza RMP, de Souza RRB, Medeiros FVA. Banco de Leite Humano na perspectiva da mulher doadora. *Rev. RENE.* [Internet] 2013; 14(6) [acesso em 06 jan 2016]. Disponível: www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1362/pdf.

12. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* [Internet] 2008; 17(4) [acesso em 18 mar 2016]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.

13. Melnyk B, Fineout-Overholt E. *Evidence-based practice in nursing & healthcare.* 2ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.

14. Pereira CG, Cardoso MVLML, da Silva GRF, Bezerra Andrade MG. Como e por que ser doadora de leite humano. *Online braz. j. nurs. (online).* [Internet] 2008; 7(3) [acesso em 23 nov 2015]. Disponível: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1774/425>.

15. dos Santos DT, Vannuchi MTO, Oliveira MMB, Dalmas JC. Perfil das doadoras de leite do banco de leite humano de um hospital universitário. *Acta sci., Health sci.* [Internet] 2009; 31(1) [acesso em 23 nov 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.4025/actascihealthsci.v31i1.891>.

16. de Alencar LCE, Seidl EMF. Doação de leite humano: experiência de mulheres doadoras. *Rev. Saúde Pública.* [Internet] 2009; 43(1) [acesso em 25 nov 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000100009>.

17. Galvão MTG, Vasconcelos SG, Paiva SS. Mulheres doadoras de leite humano. *Acta paul. enferm.* [Internet] 2006; 19(2) [acesso em 25 nov 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002006000200006>.

18. Figueiredo MCD, Bueno MP, Ribeiro CC, Lima PA, Silva IT. Banco de Leite Humano: o apoio à amamentação e a duração do aleitamento materno exclusivo. *Rev. bras. cresciment. desenvolv. hum.* [Internet] 2015; 25(2) [acesso em 06 jan. 2016]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.7322/JHGD.103016>.

19. Neves LS, Sá MVM, Mattar MJG, Galisa MS. Doação de leite humano: dificuldades e fatores limitantes. *O mundo da saúde.* [Internet] 2011; 35(2) [acesso em 23 nov 2015]. Disponível: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/84/156-161.pdf.

20. Rozendo CA, Holanda JBL, Santos RCC, Valverde RC. Doação de leite humano: causas de perdas. *Rev. Enferm. UERJ.* [Internet] 2009; 17(4) [acesso em 24 nov 2015]. Disponível: <http://www.facenf.uerj.br/v17n4/v17n4a14.pdf>.

21. Thomaz ACP, Loureiro LVM, Oliveira TS, Montenegro NCMF, Almeida Júnior ED, Soriano CFR, Cavalcante JC. The Human milk donation experience: motives, influencing factors, and regular donation. *J Hum Lact.* 2008; 24(1): 69-76.

22. de Alencar LCE, Seidl EMF. Doação de leite humano e apoio social: relatos de mulheres doadoras. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* [Internet] 2010; 18(3) [acesso em 24 nov 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000300013>.

23. Grazziotin AL, Grazziotin MCB, Letti LAJ. Descarte de leite humano doado a Banco de Leite Humano antes e após medidas para reduzir a quantidade de leite humano impróprio para consumo. *J. Pediatr.* [Internet] 2010; 86(4) [acesso em 24 nov 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.2223/JPED.2014>.

24. Borgo LA, Ramos KL, Almeida SG, Seide LO, Oliveira LA, Araújo WMC. Avaliação do funcionamento e identificação de pontos críticos de controle, em BLH do Distrito Federal. *Hig. aliment.* 2005; 19(129): 43-6.

25. Cardoso RCV, Chaves JBP, Brandão SCC. Banco de leite humano e a segurança no beneficiamento de produtos. *Hig. aliment.* 2000; 14(68/69): 51-7.

26. Dias RC, Baptista IC, Gazola S, Rona MSS, Matioli G. Perfil das doadoras do Banco de Leite Humano do Hospital Universitário de Maringá, Estado do Paraná, Brasil. *Acta sci., Health sci.* [Internet] 2006; 28(2) [acesso em 26 nov 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.4025/actascihealthsci.v28i2.1097>.
27. Menezes G, Lima-Cavalcanti L, Morais-Oliveira AM, Costa-Pinto RM, Steffen-Abdallah VO. Evaluación de la recolección domiciliar realizada por un banco de leche humana de un hospital universitario de Brasil. *Salud Pública de México.* [Internet] 2014; 56(3) [acesso em 24 nov 2015]. Disponível: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10631164002>.
28. Alves MRS, Ferreira SCM, Andrade M. Nursing consultation in homecare for the milk bank of Antonio Pedro College Hospital: a space for educative actions. [Internet] *Online Braz. J. Nurs.* (online). 2013; (12) [acesso em 15 out 2015]. Disponível: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4536/html>.
29. Genovez CB, Uchimura TT, Santana R, Nishida FS. Banco de Leite Humano: uma análise das diferenças entre doadoras adultas e adolescentes. *Acta sci., Health sci.* [Internet] 2011; 33(2) [acesso em 25 nov 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.4025/actascihealthsci.v33i2.8266>.
30. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n. 171, de 4 de setembro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o Funcionamento de Bancos de Leite Humano. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*, 5 set. 2006.
31. Britto MGM, Barbosa LL, Merchán-Hamann E. Avaliação sanitária dos Bancos de Leite Humano na rede hospitalar do Distrito Federal, 1999-2000. *Rev. saúde Dist. Fed.* 2002; 13(3/4): 17-28.
32. Vieczorek AL, Wolff LDG. Avaliação dos Bancos de Leite Humano do Paraná-BR: um estudo comparativo. *Online Braz. J. Nurs.* [Internet] 2012; 11(1) [acesso em 15 out 2015]. Disponível: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/viewFile/3562/pdf_2.
33. Assunção AA, Luz MG. O componente afetivo na atividade da enfermagem: o caso do Banco de Leite Humano. *Reme, Rev. Min. Enferm.* [Internet] 2001; 5(1/2) [acesso em 15 out 2015]. Disponível: www.reme.org.br/artigo/detalhes/808.
34. Maia PRS, Novak FR, de Almeida JAG, da Silva DA. Bases conceituais para uma estratégia de gestão: o caso da Rede Nacional de BLH. *Cad. Saúde Pública.* [Internet] 2004; 20(6) [acesso em 17 out 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000600029>.

3. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Neste capítulo descreve-se a trajetória metodológica do presente estudo, que contemplou os seguintes passos: tipo, cenário, população, coleta de dados, análise dos dados e dimensão ética da pesquisa.

3.1 TIPO DE ESTUDO

Para atingir os objetivos propostos, foi realizado um estudo com abordagem **quantitativa**, com metodologia **participante**. A abordagem quantitativa é apropriada para descrever características das populações no que diz respeito a determinadas variáveis e os seus padrões de distribuição, podendo desenvolver associações quando pertinente. A abordagem qualitativa se preocupa com a compreensão de um universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, das percepções e das opiniões, interpretações a respeito de como as pessoas vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2013).

A Pesquisa Participante consiste em um delineamento da pesquisa social, a qual reconhece que os participantes são fontes de saber. Suscita a progressiva relação sujeito-sujeito, por meio da qual há a compreensão compartilhada do contexto social, ou seja, a articulação entre o conhecimento científico e o popular. Proporciona, assim, a construção crítica de um conhecimento novo e transformador. Neste delineamento de pesquisa, a construção do conhecimento visa transformar os cenários sociais, para além de resolver problemas restritos, ainda que o propósito imediato da ação social associada à pesquisa participante seja local e específico (BRANDÃO; BORGES, 2007).

Sendo assim, sua utilização na presente pesquisa proporcionou a realização de discussões a respeito da implantação de um BLH em um HU. Esta dissertação proporcionou a ação-reflexão-ação com profissionais de saúde e gestores, instigando acerca da implantação de um BLH.

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A produção de dados teve como cenário de coleta o HUSM, situado no município de Santa Maria, que se localiza na região central do Estado do RS, Brasil. A população deste

município totaliza 276.108 habitantes, sendo aproximadamente 75% atendida pelo SUS. Contempla oito (8) regiões administrativas (centro urbano; norte; centro leste; leste; nordeste; sul; centro oeste e oeste) além de nove (9) distritos (Arroio do Só; Arroio Grande; Boca do Monte; Pains; Palma; Passo do Verde; Santa Flora; Santo Antônio e São Valetim).

Quanto ao HUSM, foi fundado em 1970, é um hospital público, geral, de nível terciário e de referência para a região centro-oeste do RS, fazendo parte da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (4ª CRS). É um órgão integrante da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), RS, Brasil. Atua como hospital-escola, tendo sua atenção voltada para o desenvolvimento da pesquisa, da extensão e da assistência pautada nos princípios e diretrizes do SUS.

A UTIN está localizada no sexto andar do HUSM. Disponibiliza atualmente 18 leitos distribuídos em alto risco (1-10) e risco intermediário (11-18). Dentre os de alto risco, três leitos são destinados a pacientes que necessitem de isolamento, com sala específica. Além disso, possui quatro leitos destinados à Unidade Canguru.

A Unidade Toco-Ginecológica está localizada no segundo andar do HUSM, e atende duas especialidades: ginecológica e obstétrica. A ala obstétrica possui 20 leitos distribuídos em seis enfermarias, que atende gestantes, puérperas e RN. No caso dos dois últimos, configurado como Alojamento Conjunto, contando com 16 leitos.

3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Os participantes deste estudo foram os profissionais de saúde da área materno-infantil lotados nas unidades de UTIN e/ou Alojamento Conjunto, os quais também atuam no centro-obstétrico. Além dos gestores responsáveis pela área materno-infantil da Instituição. Utilizou-se como critérios de exclusão:

- ✓ profissionais contratados que não pertencem ao quadro efetivo da Instituição ou aqueles que estiverem em atestado de saúde ou afastamento do trabalho no período de coleta de dados;

No decorrer do estudo, os critérios de exclusão foram adequados às demandas da etapa de campo, conforme flexibilidade característica da pesquisa qualitativa. Essa necessidade de ajuste nas pesquisas qualitativas é referida por Alves-Mazzotti e Gewandsznajder (2001), que consideram que a estrutura da pesquisa seja definida no decorrer do processo de investigação, quando os procedimentos metodológicos vão sendo ajustados ao longo do desenvolvimento da etapa de campo. Assim, ao fazer o convite aos participantes elencados nos critérios de

inclusão do projeto de pesquisa, profissionais de saúde das outras categorias que não estavam contempladas previamente (Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia, Terapia Ocupacional, Serviço Social) demonstraram interesse em participar da pesquisa, sendo incluídos.

3.4 COLETA DE DADOS

Foi desenvolvida por meio de um questionário direcionado aos profissionais de saúde, o que permitiu conhecer a posição desses quanto à implantação de um BLH em um HU. Após esta fase, realizou-se a Técnica de Grupo Focal (GF) com profissionais e gestores sobre estratégias para a implantação do mesmo.

3.4.1 Posição dos profissionais de saúde e gestores da área materno-infantil quanto à implantação de um BLH

As coletas ocorreram nos meses de março a julho de 2016. Para captação dos participantes para esta etapa, foi realizada uma visita nos campos da pesquisa com o intuito de apresentar os objetivos propostos e realizar o convite para participação. O acesso aos participantes se deu por meio de uma lista com o nome dos profissionais do setor. A partir da escala de serviço foram realizados os contatos pessoalmente, com a entrega do questionário e agendamento para o retorno do mesmo. Aqueles que atenderam aos critérios de inclusão e concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi acordado data e local para entrega dos questionários, se adequando ao cotidiano assistencial, sem causar prejuízos aos atendimentos nos serviços de saúde.

O instrumento utilizado foi produzido para esta pesquisa a partir das normativas da REDE BLH-BR, e tratava acerca da posição dos profissionais e gestores quanto a implantação do BLH (ANEXO A). Constituído de duas partes: a primeira contendo os dados sociodemográficos dos participantes e a segunda referente à percepção acerca a necessidade de implantação de um BLH no HU. O instrumento foi aplicado em um teste-piloto com os componentes do grupo de pesquisa GP-PEFAS.

Para a caracterização foram analisadas variáveis sociodemográficas: idade (em anos), sexo (feminino, masculino), situação conjugal (casado, solteiro, outro); variáveis de formação acadêmica: formação, tempo de formado (em anos), pós-graduação (residência, especialização, mestrado e doutorado), conclusão da pós-graduação (em anos), e formação

complementar (sim e não); e variáveis de situação ocupacional: vínculo (celetista, estatutário), tempo de serviço (em anos), cargo no serviço (sim e não), tipo de cargo, outro emprego (sim e não).

Todas as proposições referentes à percepção acerca da implantação do BLH tinham cunho positivo, empregando-se uma escala psicométrica (Escala de Likert) com cinco graus, a saber: concordo totalmente, concordo parcialmente, nem concordo nem discordo, discordo parcialmente e discordo totalmente.

A escala do tipo Likert foi desenvolvida por Rensis Likert, em 1932, e tem sido adotada para medir os níveis de aceitação dos consumidores de produtos e serviços com base na emissão de opiniões. Elas são bastante populares, confiáveis, simples de aplicar e permitem liberdade aos respondentes já que não precisam se restringir ao simples concordo/discordo (BABBIE, 2005).

Uma vantagem da escala de Likert é que ela fornece direções acerca da atitude do respondente em relação a cada afirmação, sendo ela positiva ou negativa. Outra vantagem das escalas de Likert é o fato de permitirem a transformação numérica do grau de concordância ou discordância, o que permite trabalhar com valores médios, mínimos, máximos, desvios padrão. Como desvantagem, por ser uma escala essencialmente ordinal, não permite dizer quanto um respondente é mais favorável a outro, nem mede o quanto de mudança ocorre na atitude após expor os respondentes a determinados eventos (OLIVEIRA, 2001).

Os dados foram armazenados no Epi-Info®, versão 7.0, com dupla digitação independente para garantir a exatidão dos dados. Após a verificação de erros e inconsistências, os dados foram analisados por meio do processamento dos recursos de computação do sistema Statistic Package for Social Sciences (SPSS) versão 18.

Cada questionário recebeu um número identificador correspondente, sendo atribuídos valores numéricos para cada variável sociodemográfica. Quanto às respostas acerca da necessidade de implantação de um BLH, foram considerados os números de 1 a 5 conforme o instrumento de coleta (Discordo totalmente a Concordo totalmente). O tratamento dos dados foi realizado por meio da estatística descritiva.

A população totalizava 140 profissionais de saúde, sendo 41 Enfermeiros, 57 Técnicos de Enfermagem, 13 Auxiliares de Enfermagem, 17 Médicos, seis Fisioterapeutas, dois Fonoaudiólogos, um Nutricionista, um Psicólogo, um Terapeuta Ocupacional, um Assistente Social. Destes, quatro não atenderam aos critérios de inclusão (2,9%). Da população elegível, 136 profissionais, houve 17 recusas (12,5%). A população pesquisada foi de 119 profissionais de saúde.

Os resultados da aplicação deste instrumento desencadearam as discussões em grupo focal composto por representantes de profissionais de saúde do centro obstétrico, alojamento conjunto e UTIN, somando-se aos gestores do HUSM.

3.4.2 Desenvolvimento do grupo focal acerca das estratégias para a implantação de um BLH

A produção de dados com os participantes do Grupo Focal (GF) ocorreu nos meses de agosto a novembro de 2016. Os profissionais que foram convidados e aceitaram participar assinaram o TCLE.

A escolha da técnica de GF se justifica pela adequação a proposta do estudo e por dar a possibilidade de intensificar o acesso a informações acerca de um determinado tema na perspectiva coletiva, por meio do diálogo e do debate entre os sujeitos que fazem parte das investigações, reunidas em um mesmo local e durante certo período de tempo (DALL'AGNOL; TRENCH, 1999; DALL'AGNOL, 2012). A discussão coletiva sobre o tema BLH foi importante, pois sua implantação depende de um comprometimento dos diferentes profissionais e gestores.

Para o desenvolvimento desta técnica foram previamente observados alguns critérios no que tange a composição, número de encontros, duração, local das reuniões e dimensão do grupo. Assim, apresenta-se o planejamento fundamentado em Dall'Agnol (1999).

- Para estabelecer o número de sessões é preciso levar em consideração o objetivo do estudo;
- A duração das sessões não deve ultrapassar duas horas para que não ocorra fadiga entre os participantes, o que desqualifica o debate;
- Os participantes também são determinados pelo objetivo do estudo, devendo estes ter pelo menos um traço em comum respeitando a homogeneidade do estudo;
- Quanto à dimensão do grupo, um intervalo de seis a quinze participantes é recomendável. Enfatiza-se que um grupo maior é enriquecedor para obter vários pontos de vista, e um grupo menor é possível obter maior profundidade na temática;
- A escolha do ambiente é fundamental. O local deve assegurar a privacidade dos participantes, a fim de que não ocorram constrangimentos. É recomendável que não esteja inserido no contexto de trabalho dos participantes, que proporcione um ambiente confortável e facilitador do debate, que seja neutro e de fácil acesso. Os assentos devem ser organizados em forma circular para promover uma visão ampla dos participantes e o olhar face a face, bem como dispostos em distâncias aproximadamente iguais à equipe coordenadora;

- A equipe de coordenação deve ser composta pelo moderador e pelo(s) observador (s), que juntos são responsáveis pela condução do GF. Após cada sessão, a equipe de coordenação deve se reunir para realizar um *feedback* sobre como foi o andamento e o que pode ser melhorado;
- O moderador é um facilitador do debate, abre a sessão dando as boas-vindas aos participantes. Ele esclarece os objetivos e finalidades da pesquisa bem como a técnica de grupo, promove a apresentação dos participantes entre si, esclarece sobre a dinâmica de discussão, fomenta opiniões, cede a palavra aos observadores, acena para a importância do *setting*, propõe questões para o debate, conduz o debate auxiliado pelos observadores, sintetiza os momentos anteriores, concede espaço para os participantes e encerra a sessão.
- O observador é de suma importância para o sucesso da técnica de GF. Seu papel consiste em acompanhar e registrar todos os passos do encontro, inclusive as diversas formas de expressão dos participantes (verbal e não verbal) em um diário de campo, auxiliar junto com o moderador na condução das sessões, controlar o tempo e o equipamento de gravação, e participar na avaliação das sessões;
- Todas as sessões devem ser planejadas com uma reunião entre a equipe. O roteiro é constituído dos seguintes tópicos: abertura da sessão, apresentação dos participantes entre si, esclarecimento sobre a dinâmica de discussões (debate), esclarecimento do *setting* (contrato grupal), debate, síntese dos momentos anteriores e encerramento da sessão;
- Ao planejar a sessão, a técnica de moderação e do estilo do grupo já deve estar definida. Quanto à moderação esta pode ser: diretiva, que utiliza perguntas dirigidas, ou não diretiva, que apresenta questões abertas. O estilo do grupo pode ser: a) estruturado: o moderador faz uso de um guia de temas e dirige a discussão sobre os objetivos da investigação; b) não estruturado: utiliza um guia de temas vago, ficando o foco e o estilo da discussão a cargo do próprio grupo; e c) semiestruturado: se constitui de um guia de temas estruturado e inclui também questões abertas;
- O guia de temas é o resumo dos objetivos e das questões a serem trabalhadas no GF. A organização do seu conteúdo depende da questão de pesquisa. Nele constará um esquema que norteará a sessão.

Esse estudo seguiu os critérios acima para o desenvolvimento da técnica de GF. Ressalta-se que o rigor metodológico no planejamento e organização das etapas está associado à qualidade das sessões e do material produzido.

Quanto ao número de sessões, ficaram estabelecidas três sessões, com duração de uma hora cada, para que não atrapalhasse o cotidiano assistencial dos participantes. O local, as

datas e os horários foram acordados durante o recrutamento, juntamente com os potenciais participantes.

O recrutamento destes deu-se a partir dos questionários respondidos, utilizando-se o quesito “possuir cargo de chefia na instituição” como característica comum. Aquelas profissões em que não houve esta característica comum, utilizamos o sorteio para escolher o participante a ser convidado. Quanto aos gestores, a estratégia utilizada para operacionalização foi de visitação para explanação da pesquisa e convite para participação.

Realizou-se a visita aos potenciais participantes para entrega do convite impresso. Assim, obteve-se uma estimativa do quantitativo de profissionais e de gestores com interesse e disponibilidade. Nesta visita, foi explicado o objetivo do grupo para a produção de dados. Anotava-se o nome e o telefone em uma lista para que, então, a pesquisadora entrasse em contato na semana da primeira sessão grupal, para reavisar as principais informações e confirmação dos mesmos. Neste convite continha o endereço, data e horário das sessões. O aviso, na semana do encontro para confirmação, foi feito via mensagem de texto, conforme acordado no momento do convite quando os potenciais participantes indicaram esta como via preferencial de contato.

Para a composição das sessões de GF, previu-se o dimensionamento de até 15 participantes, além da coordenação, composta por uma moderadora (orientadora da pesquisa) e duas observadoras (autora da pesquisa e estudante de pós-graduação do grupo de pesquisa), preparadas por meio de grupo de estudo temático e metodológico e orientações coletivas. Este número de participantes foi estabelecido visando obter pontos de vistas diversos, tanto dos profissionais de saúde quanto dos gestores que estariam envolvidos na implantação do BLH. O GF foi composto por 11 participantes.

A escolha pelo ambiente para a realização dos encontros foi acordada com os participantes do GF durante o recrutamento, que indicaram o interesse em se reunir no HU, principalmente devido à facilidade no acesso. Então, foi contatada a Gerência de Ensino, Pesquisa e Extensão (GEP) para disponibilização de uma sala para tal fim.

O local disponibilizado pela GEP foi uma sala no subsolo do HU, distante das unidades de trabalho dos profissionais e gestores. É um ambiente confortável, com privacidade, iluminação e temperatura adequadas. Os assentos foram organizados de maneira circular a fim de promover uma visão ampla dos participantes e o olhar face a face entre os integrantes do grupo.

A mestranda, autora desta pesquisa, desenvolveu o planejamento de cada etapa das sessões. A mediação foi desenvolvida pela pesquisadora responsável (orientadora). Foi

desenvolvida a observação participante, pela própria mestrande e outra estudante de pós-graduação integrante da equipe do projeto com experiência prévia na temática de AM e BLH. Alguns participantes se reportavam a mestrande, o que evidenciou o reconhecimento pelo desenvolvimento da primeira etapa desta pesquisa, na qual se criou um vínculo com estes participantes.

O papel das observadoras consistiu em acompanhar e registrar as expressões dos participantes (verbal e não verbal) e auxiliar na condução das sessões, além de controlar o tempo e os equipamentos de gravação.

As sessões tiveram a duração de uma hora. Destaca-se que a segunda sessão ultrapassou o tempo estipulado pelo grupo. A moderadora, conforme a indicação da literatura (DALL'AGNOLL, 1999), questionou ao grupo acerca da continuidade da sessão ou retomada da discussão no próximo encontro. O grupo acordou pela conclusão das discussões naquele momento. As sessões foram gravadas em áudio e contaram com o auxílio de dois gravadores, dispostos estrategicamente para a captação do áudio.

A condução da discussão grupal seguiu um método semiestruturado, com guia de temas previamente delineado. Este guia constituiu-se de um roteiro para a operacionalização das sessões. A sua organização foi intimamente relacionada com o objetivo do estudo e com a questão de pesquisa. Antes de cada sessão, a equipe de coordenação se reunia para planejá-la. O roteiro foi constituído dos seguintes tópicos: abertura da sessão, apresentação dos participantes entre si, esclarecimento sobre a dinâmica de discussões (debate), esclarecimento do *setting* (contrato grupal), debate, síntese dos momentos anteriores e encerramento da sessão.

Conforme previsto no roteiro para o desenvolvimento do grupo focal (guia de temas) (ANEXO B), a primeira sessão grupal iniciou com a apresentação dos resultados da primeira fase. Ainda, nesta sessão, foram discutidas as demandas para a implantação do BLH. Na segunda sessão, enfocaram-se as ações; na terceira sessão, propuseram-se as estratégias e os encaminhamentos.

Após cada sessão, a equipe de coordenação se reuniu para fazer um *feedback* do encontro, bem como emitir pareceres do andamento e melhorias na condução da produção grupal (DALL'AGNOLL, 1999; BARBOUR, 2009; BACKES, et al, 2011).

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

3.5.1 Posição dos profissionais de saúde e gestores da área materno-infantil quanto à implantação de um BLH

Os dados da escala compuseram um banco de dados, que foi digitado de modo duplo independente a fim de detectar e suprimir possíveis erros de digitação. Foi realizada uma análise estatística simples, com frequências relativas e absolutas das opiniões dos profissionais de saúde das unidades materno e/ou infantil, para cada assertiva das escalas. A partir dessas frequências, foram calculadas as médias das respostas que estiveram de acordo com o esperado (RE) e das respostas que não estiveram de acordo com o esperado (NRE).

3.5.2 Análise do grupo focal acerca das estratégias para a implantação de um BLH

A técnica analítica dos dados obtidos no GF foi a Análise de Conteúdo do Tipo Temática. Esta permite inferir dados de um determinado contexto, mediante a organização, leitura e discussão dos dados coletados (MINAYO, 2013).

Foi operacionalmente dividida em três fases analíticas: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO, 2013).

A pré-análise é a primeira fase e consiste na seleção inicial do material coletado, tendo-se em vista os objetivos propostos pelo estudo, na busca de informações que indiquem o caminho final do material. Desta forma, foi realizada a ordenação dos dados obtidos, transcrição das gravações de cada sessão e leitura das anotações e observações dos diários de campo dos membros da coordenação da pesquisa. Também foi realizada a leitura flutuante do material de análise, como foco nos objetivos da pesquisa e de cada sessão grupal, para se chegar à impregnação pelo material.

A segunda fase, exploração do material, é de categorização do material a ser estudado. Os dados foram trabalhados a fim de alcançarem os núcleos dos sentidos que permitissem a compreensão do texto. Inicialmente, foi realizada a seleção das unidades de registro no texto, utilizando uma codificação cromática (utilizar de cores para marcar palavras e/ou frases no texto), de acordo com a temática e os temas referidos pelos participantes. Identificando ideias e aspectos relevantes para responder ao objetivo da pesquisa. Após este momento, foi realizado o agrupamento e reagrupamento dos dados, evidenciando-se as categorias.

O tratamento dos resultados obtidos e interpretação é a última fase analítica. Foi realizada a releitura do material categorizado e a reflexão crítica dos resultados obtidos. Então, a mestranda propôs inferências e interpretações, correlacionando-as com outros achados da literatura, permitindo a abertura de novas dimensões teóricas e interpretativas para esta pesquisa.

A fim de manter o anonimato, a identificação dos participantes foi representada pela letra P, seguida do número correspondente à ordem de falas durante as sessões de GF. Assim, P1 representa o primeiro profissional que se apresentou, P2 o segundo e assim sucessivamente até a P10. As falas foram apontadas no texto de acordo com a sessão de GF na qual ocorreram, utilizando-se a identificação de GF/s1 para a primeira sessão, GF/s2 para a segunda e GF/s3 para a terceira.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo respeitou os dispositivos legais da Resolução do Conselho Nacional de Saúde de nº 466/2012, que define as diretrizes e normas regulamentadoras das atividades de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012d). O projeto foi registrado no Sistema de Informações para o Ensino (SIE) sob o número 043380, no Gabinete de Projetos do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFSM. O projeto foi encaminhado ao GEP do HUSM, após as autorizações dos setores envolvidos.

Após, o projeto foi inserido na Plataforma Brasil para análise do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP), sob CAAE 52259215.3.0000.5346 da UFSM (ANEXO F). As produções dos dados tiveram início após a aprovação do protocolo do projeto, número do parecer: 1.387.356.

Os participantes foram convidados a participar da pesquisa de forma voluntária. Foram informados os cuidados éticos que envolvem a pesquisa como anonimato, autonomia e naquilo que diz respeito ao uso e armazenamento do material produzido.

Quanto à autonomia, foi garantida pela voluntariedade dos atores na participação da pesquisa, podendo exercer o livre direito de escolha mesmo depois de aceitar participar e a qualquer momento poderá retirar-se dessa. Expondo os objetivos da pesquisa e respeitando o sigilo a identidade, o TCLE (ANEXO D) foi construído segundo o modelo indicado pelo conselho de ensino e pesquisa da UFSM. O mesmo foi apresentado em duas vias, ficando uma cópia para cada participante do estudo e outra para a pesquisadora, constando a assinatura de ambos. Por meio deste e do Termo de Confidencialidade dos dados (ANEXO E)

ficou garantido o anonimato.

Em conformidade com os princípios norteadores da justiça e equidade, o convite foi extenso a todos os potenciais participantes desta pesquisa. Neste sentido, a partir da etapa de campo, foram revistos os critérios de inclusão, conforme explicitado no capítulo de trajetória metodológica, mediante o interesse expresso por categorias profissionais que não estavam contemplados previamente no projeto. A inclusão aconteceu de modo a contemplar aqueles que expressaram disposição para participar bem como respeitar aqueles que não aceitaram o convite. Foi vetada qualquer forma de pagamento e/ou recebimento de quaisquer formas de gratificações em virtude de sua participação.

A qualidade das respostas não acarretou em prejuízos trabalhistas para os profissionais de saúde. As informações fornecidas pelos participantes tiveram sua privacidade garantida. Os participantes da pesquisa não foram identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados.

Os benefícios da pesquisa para os participantes foram indiretos, visto que esta pesquisa trouxe maior conhecimento sobre o tema abordado, com possibilidade de melhora no atendimento de saúde das nutrízes e dos RN e lactentes internados no HUSM. Além disso, contribuiu para a discussão da política pública de promoção, proteção e apoio ao AM. A participação nesta pesquisa representou, a princípio, um risco mínimo de ordem moral e psicológica para o participante.

Os dados coletados foram utilizados para execução deste projeto e composição de um banco de dados. Os instrumentos e os TCLE serão guardados em uma sala do Departamento de Enfermagem da UFSM no CCS (prédio 26) no Campus da UFSM, sob a guarda da pesquisadora responsável deste projeto Dra Cristiane Cardoso de Paula.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste capítulo apresentamos os resultados obtidos nas duas fases da pesquisa, além da discussão destes com a literatura.

4.1 POSIÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ÁREA MATERNO-INFANTIL QUANTO À IMPLANTAÇÃO DE UM BLH

Dos 119 participantes, 61,3% (n=73) eram profissionais de saúde da UTIN e 38,7% (n=46) eram profissionais do Alojamento Conjunto, como mostra o Tabela 1. A faixa etária variou de 23 a 60 anos de idade, estando o maior percentual entre 30 e 39 anos de idade (42%, n=50). Evidenciou-se uma frequência predominante de profissionais do sexo feminino (89,95, n=107), o que pode ser atribuído ao desempenho das profissões relativas ao cuidado, mais ligadas ao universo feminino. De acordo com o nível de escolaridade, 54,6% (n=65) eram profissionais de nível superior, e 45,4% (n=54) de nível médio.

Dos profissionais de nível superior, apenas 26,2% (n=17) possuem especialização na área materno-infantil. Com relação à formação complementar para todos os níveis (cursos, aperfeiçoamento), apenas 13,8% (n=9) dos profissionais de nível superior possui algum curso na área materno-infantil, enquanto 22,2% (n=12) dos profissionais de nível médio possui curso na área. Neste quesito tivemos *missing* de 29,4% (n=35).

Dos respondentes, 58% (n=69) possuem vínculo celetista com a instituição, e os outros 42% (n=50) são estatutários. A maioria dos respondentes (37%, n=44) trabalha na instituição entre um e cinco anos. Estes dados nos revelam que grande parte dos profissionais respondentes possuem pouco tempo de serviço no hospital, justificando assim a maioria ser celetista, uma vez que os últimos contratos para o hospital foram desta forma.

Sobre o turno de trabalho, 37,8% (n=45) dos respondentes trabalha a noite. Sendo que deste percentual, 66,6% (n=30) são profissionais de nível médio. Com cargo de chefia, foram 6,7% (n=8) dos respondentes. A maioria dos participantes, 78,2% (n=93) não tinha outro vínculo empregatício.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico de formação e da situação ocupacional dos profissionais de saúde participantes da pesquisa. Santa Maria, 2016 (n=119)

Variável	Categoria	N (%)
Setor de trabalho	UTIN	73 (61,3)
	Alojamento Conjunto	46 (38,7)
Idade	Entre 20 e 29 anos	25 (21,2)
	Entre 30 e 39 anos	50 (42,4)
	Entre 40 e 49 anos	29 (24,6)
	Idade de 50 anos ou mais	14 (11,8)
Sexo	Feminino	107 (89,9)
	Masculino	12 (10,1)
Situação conjugal	Casado	86 (72,3)
	Solteiro	22 (18,5)
	Outro	11 (9,2)
Formação	Auxiliar de enfermagem	5 (4,2)
	Técnico em enfermagem	49 (41,2)
	Enfermeiro	39 (32,8)
	Fisioterapeuta	6 (5,0)
	Fonoaudiólogo	2 (1,7)
	Médico	14 (11,8)
	Nutricionista	1 (0,8)
	Psicólogo	1 (0,8)
	Assistente Social	1 (0,8)
	Terapeuta Ocupacional	1 (0,8)
Pós-graduação	Não possui	50 (42)
	Residência	9 (7,6)
	Especialização	42 (35,3)
	Mestrado	11 (9,2)
Formação complementar	Doutorado	7 (5,9)
	Sim	75 (63)
Vínculo com o serviço	Não	38 (31,9)
	Celetista	69 (58)
Tempo de serviço	Estatutário	50 (42)
	Menos de 1 ano	28 (23,5)
	Entre 1 e 5 anos	44 (37)
	Entre 6 e 10 anos	17 (14,3)
	Entre 11 e 15 anos	15 (12,6)
	Entre 16 e 20 anos	8 (6,7)
Turno de serviço	21 anos ou mais	5 (4,2)
	Manhã	19 (16)
	Tarde	25 (21)
	Noite	45 (37,8)
Cargo de chefia	Misto	30 (25,2)
	Sim	8 (6,7)
Possuir outro emprego	Não	111 (93,3)
	Sim	26 (21,8)
	Não	93 (78,2)

Foi realizada uma análise estatística simples das assertivas do questionário, utilizando-se a fórmula padronizada (Ep) (LOPES, 2016). Para isto, a escala de Likert foi transformada

em valores de 0 a 100%, sendo o discordo plenamente igual a 0% e o concordo plenamente igual a 100%. As respostas inferiores a 75% foram classificadas como “posição não favorável da necessidade de implantação de um BLH”, e as iguais e superiores a 75% como “posição favorável da necessidade de implantação de um BLH”.

$$Ep = 100 * (soma - \text{mínimo}) / (\text{máximo} - \text{mínimo})$$

Onde:

soma = Somatório das respostas válidas;

mínimo = menor soma possível das respostas válidas;

máximo = maior soma possível das respostas válidas.

Então aplicando o Ep, tendo como principal resultado que 94,96% (n=113) dos respondentes percebem como necessária a implantação de um BLH.

Analisando separadamente as assertivas, foi observado que ao responder sobre a primeira assertiva “Este hospital precisa de um BLH”, 96,6% (n=115) dos profissionais foram favoráveis. Porém, apenas 87,4% responderam que concordam plenamente com a assertiva.

Ao analisar a mesma assertiva cruzada com os setores de trabalho, verificou-se que na UTIN 95,9% (n=70) do total de 73 responderam de forma favorável. No alojamento conjunto, 97,8% (n=45) dos 46 foram favoráveis.

Ainda sobre esta assertiva, quando analisadas as respostas de acordo com o nível de escolaridade dos profissionais, 98,5% (n=64) dos profissionais de nível superior responderam de forma favorável à assertiva. Já os profissionais de nível médio, 94,4% (n=51) foram favoráveis.

Ao analisar associadamente a assertiva e possuir especialização na área materno-infantil, 100% (n=17) dos que possuíam foram favoráveis à assertiva, assim como 100% (n=19) dos que possuíam especialização sem ser na área. A formação complementar na área também foi considerada na análise, sendo que 95,2% (n=20) dos 21 profissionais que possuíam alguma formação complementar na área materno-infantil, responderam de forma favorável à assertiva. Já ao relacionar a assertiva com o quesito possuir cargo de chefia, 100% (n=8) responderam que concordam totalmente com a assertiva.

A segunda e a terceira assertivas tratavam, respectivamente, sobre condições de infraestrutura e de recursos humanos para implantação do BLH. Sobre condições de infraestrutura, 63,8% (n=76) responderam de maneira favorável. Sobre condições de recursos humanos, 68,9% (n=82) foram favoráveis.

A assertiva seguinte, “O HUSM atende nutrízes potenciais doadoras”, 80,7% (n=96) responderam de maneira favorável. A seguir, o questionário trazia que “Todas as nutrízes

poderão doar seu leite, basta serem voluntárias”, na qual as opiniões ficaram bem divididas; 57,9% (n=69) responderam favoravelmente à assertiva.

As próximas três assertivas tratavam sobre as questões de promoção, proteção e apoio ao AM, se o BLH desenvolveria essas ações. Sobre a promoção do AM, 95,8% (n=114) foram favoráveis; sobre a proteção ao AM, 97,5% (n=116) foram favoráveis; e sobre o apoio ao AM, 96,6% (n=115) foram favoráveis. Porém, apenas 70% dos respondentes, em média, concordaram plenamente com as assertivas.

A próxima assertiva trazia “O BLH contribuirá para a atenção à saúde da mulher”; 94,1% (n=112) foram favoráveis. Após, a assertiva trazia sobre a atenção à saúde do recém-nascido, onde 100% (n=119) foram favoráveis. E em seguida, sobre a atenção à saúde da criança, onde 97,5% (n=116) foram favoráveis.

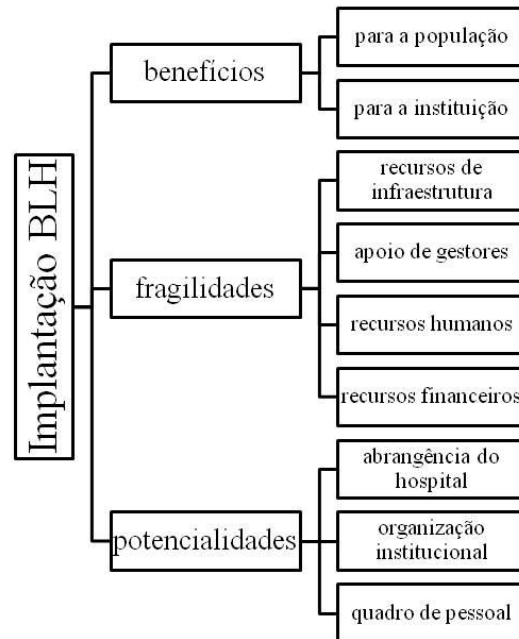
Complementando esta linha de pensamento, a assertiva a seguir é “O BLH ajudará a garantir o LH como primeira opção de alimento para o RN de risco e/ou doente”, que apresentou 100% de respostas favoráveis. A seguir, “A oferta de LH pelo BLH contribuirá para a prevenção de doenças e a redução da mortalidade neonatal”, apresentou 97,5% (n=116) de respostas favoráveis.

As duas assertivas seguintes versam sobre os cuidados voltados às nutrizes. “O BLH ajudará nutrizes na prevenção das complicações da lactação”, obteve 99,2% (n=118) de respostas favoráveis. “O BLH ajudará nutrizes na manutenção da lactação enquanto seus filhos não puderem mamar direto no peito, por exemplo, quando estiverem na UTI”, trouxe 100% de respostas favoráveis.

4.2 POSIÇÃO DO GRUPO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E GESTORES DA ÁREA MATERNO-INFANTIL QUANTO À IMPLANTAÇÃO DE UM BLH

A análise de conteúdo das transcrições das sessões de grupo focal resultou em três categorias acerca da discussão sobre a implantação de um BLH em um hospital-escola: benefícios, potencialidades e fragilidades (Figura 1).

Figura 1- Categorias analíticas para implantação do BLH em um hospital-escola



A discussão grupal da percepção da implantação de um BLH para os profissionais e gestores apontou benefícios tanto para a população quanto para a instituição, seja contribuindo para o ensino, pesquisa e extensão.

Para a população, os benefícios da implantação de um BLH contemplam a mãe, seu próprio filho e outros RN que poderão receber o LM doado. Os participantes indicaram que estas ações são influenciadas pela mídia em que há um reforço positivo sobre os benefícios do AM. Além disso, expressaram que o conhecimento científico produzido de AM sustenta a importância do LM, especialmente, para os RN prematuros e/ou de risco.

Ainda, relataram sua rotina assistencial, quando os profissionais orientam as mães acerca do manejo do AM. Garantir o armazenamento do leite é essencial para promover o AM e a doação do leite a outros RN aptos clinicamente para recebê-lo e, em longo prazo, ao próprio filho.

“[...] é justamente saber que teu filho não pode ser beneficiado naquele momento, mas tu estás beneficiando outras crianças.” (P4 – GF/s1)

“A própria mídia fica falando muito sobre a importância da

amamentação. Tem vários trabalhos que comprovam a importância do leite materno, principalmente dentro do hospital e dentro de uma UTI Neonatal, que é onde se vê a maior importância que os todos os bebês recebessem leite materno.” (P5 – GF/s1)

“[...] alguns bebês precisando tomar leite materno exclusivo com todos os benefícios dele, e algumas mães tendo que esgotar e não poderem dar leite ao seu filho porque fizeram uma cirurgia, enfim... Então seria muito importante implantar o BLH pra que quem realmente precisa, principalmente, os bebês prematuros, para atender essa lacuna.” (P6 – GF/s1)

“O BLH também tem a função de fortalecer o aleitamento materno, como é o caso das mães que tem os filhos prematuros extremos. Então, se tivesse esse BLH pra que ela pudesse se ambientar, pra que pudesse se estimular também, seria um ganho pra ela e principalmente para o bebê, pra se manter a lactação.” (P8 – GF/s1)

“O BLH, além de ser uma demanda nossa enquanto profissionais, sabemos que vai trazer benefícios para os bebês que precisam do leite humano” (P1 – GF/s2)

Os benefícios da implantação de um BLH para a população são resultado tanto de ações de promoção quanto de apoio ao AM. No que se refere a promoção do AM, a mídia e a produção científica são grandes aliadas na divulgação dos benefícios do LM.

Os BLH utilizam as ferramentas de mídia para orientar sobre a importância da doação do LM, buscando garantir os estoques de leite, alcançando assim uma maior parcela da população. Desta maneira, reiteram os benefícios do AM amplamente divulgados pela produção científica, especialmente para os RN prematuros e/ou de risco (BRANCO et al, 2016). Entende-se que o BLH será uma ferramenta para melhorar os índices de AM no município de Santa Maria/RS, que apresenta a prevalência de AME de 34,1% em crianças menores de seis meses (BRASIL, 2010a).

Com relação a rotina assistencial, especialmente na UTIN, são realizadas as

orientações acerca do AM e da manutenção da lactação, porém a inexistência de um espaço adequado pode prejudicar esta manutenção. Com o BLH, esta demanda seria suprida, sendo possível fornecer LM para os bebês que, por algum motivo, não puderem receber o leite de suas mães.

Sabe-se que o BLH tem como objetivo a manutenção da lactação e a doação de LH, garantindo a segurança alimentar para os RN prematuros e/ou de risco (BRASIL, 2008). Em se falando de segurança alimentar para esta população, o BLH garantiria o LM como primeiro alimento. Uma dieta composta de LM é benéfica para o RN prematuro de extremo baixo peso, tanto pelo seu papel protetor contra infecções (seps e enterocolite necrosante), quanto pelo ganho de peso adequado (SCHANLER, 2015).

Estudo realizado com mães de prematuros apontou que as orientações realizadas pelos profissionais do BLH acerca das técnicas adequadas de ordenha tiveram um impacto positivo na prática das puérperas para a manutenção da lactação (BROD; ROCHA; SANTOS, 2016). Algumas vezes, a rotina assistencial das unidades de internação pode corroborar para um cuidado deficiente no que tange o AM e sua manutenção, pois demanda tempo do profissional. Com o BLH seria possível otimizar este cuidado.

Em estudo realizado por Silva et al (2014) para avaliar o ganho de peso do prematuro, observou-se um maior de ganho de peso em RN com peso de nascimento inferior a 1.000g no que se refere ao LM exclusivo da própria mãe e ao leite do BLH. Com isso, observa-se a importância e os benefícios da implantação do BLH, principalmente, para a população de RN prematuros e/ou de risco.

A outra questão que surgiu na discussão grupal entre os profissionais e gestores foi sobre os benefícios para a instituição, que inclui tanto a assistência quanto o ensino. Para a assistência, contempla ser habilitado como referência em gestação de alto risco e promover a humanização da atenção à puérpera e ao RN. Além de inovar, ampliar recursos de infraestrutura e de pessoal e repercutir na economia.

“[...] seria uma inovação para o hospital, né, a importância disso para o serviço, para a população.” (P3 – GF/s1)

“Seria um ganho enorme para o hospital, para a população e pra toda região, enfim, seria um hospital de referência.” (P6 – GF/s1)

“Há hoje a necessidade da implantação de uma unidade coletora ou de um Banco de Leite Humano pra o hospital ser habilitado como referência em questão de alto risco né. Além de todos os benefícios que vocês já citaram, tem também essa questão, que traria um retorno financeiro para o Hospital.” (P7 – GF/s1)

“Sabemos que o BLH vai trazer benefícios [...] também de economia financeira pra o hospital.” (P1 – GF/s2)

Sabe-se que a Instituição estudada é uma referência regional para gestação de alto risco, porém ainda não é habilitada pelo Ministério da Saúde como tal. A portaria nº 1.020/2013 do Ministério da Saúde institui as diretrizes para a organização da atenção à saúde na gestação de alto risco traz que, para serem habilitadas como Serviço Hospitalar de Referência à Gestação de Alto Risco, as unidades de saúde precisam dispor de infraestrutura que engloba, entre outras coisas, um PCLH ou BLH. Com este referenciamento, as unidades passam a receber um incentivo financeiro diferenciado, aumentando o orçamento (BRASIL, 2013b).

As políticas públicas de promoção, proteção e apoio ao AM estimulam a criação de BLH em hospitais materno e/ou infantis. A Lei nº 13.257/2016 que dispõe acerca das políticas públicas para a primeira infância, alterando o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/1990), traz em seu Art.20 que os serviços de unidades de terapia intensiva neonatal deverão dispor de BLH ou unidade de coleta de LH (BRASIL, 2016). Sendo assim, a fim de atender a legislação e alcançar a habilitação da Instituição como referência em alto risco, há a necessidade de criação de um PCLH ou um BLH.

Os participantes também reconheceram o benefício da implantação do BLH para a humanização da atenção neonatal. No intuito de oferecer o melhor para o bebê, que é o LH, o BLH é considerado pelas profissionais uma estratégia de humanização, que qualifica a assistência e a gestão.

“[...] hoje estamos voltando pra aquilo que seria o mais natural, o ideal. A mãe que tem o bebê na UTI, hoje está mais próxima do seu filho, ela participa dos cuidados, ela deveria poder amamentar ou esgotar o leite. A gente pensou muito em tecnologia, nos melhores antibióticos, no melhor respirador, e hoje a gente está resgatando

tudo isso, né. Se fala muito na humanização, mas na real, humanização não é ir lá e agradar o paciente, é na verdade dar o melhor daquilo que a instituição pode oferecer.” (P5 – GF/s1)

“Com a contratação de novos profissionais, com essa nova gestão, a gente começou a pensar nessas questões de humanização do atendimento mesmo. Então é um momento bem propício para a implantação do BLH, pois reafirmaria este processo de humanização” (P8 – GF/s1)

O BLH é considerado uma estratégia de humanização, pois além de coletar e distribuir LM, desenvolve ações de promoção, proteção e apoio ao AM (MAIA, 2006). Neste sentido, o BLH trará a evidência da humanização da atenção materno-infantil.

De acordo com o Ministério da Saúde (2011a), é necessário haver uma mudança de postura na assistência ao RN prematuro e/ou de risco. O cuidado praticado em unidades neonatais não deve focar apenas na tecnologia, mas levar em consideração a humanização da atenção, favorecendo assim o adequado desenvolvimento destes bebês.

Estudo realizado, evidenciou que a humanização da atenção neonatal deve ser o foco da assistência à essa população, por entender que há um desequilíbrio entre o decréscimo da mortalidade e o crescimento da morbidade dos RN prematuros e/ou de risco (OLIVEIRA et al, 2014).

Os participantes também reconheceram o benefício da implantação do BLH para o ensino. Considerando que se trata de um hospital vinculado a uma Universidade Federal, ter um BLH amplia as possibilidades como um formador de profissionais mais qualificados no que tange o AM.

“O BLH será um espaço de ensino e de pesquisa também, mais um espaço tanto para a graduação como para a residência. [...] Nós somos um centro de formação, e nada melhor que ser um ‘laboratório humano’, como eu digo. Ser exemplo para que os nossos alunos, e residentes, e colegas formados, também saiam daqui com essa noção mais global do atendimento materno-infantil.” (P4 – GF/s1)

“Nós somos um hospital escola, que é referência de ensino.” (P8 –

GF/s1)

“Acho interessante que o BLH esteja dentro da Universidade, porque já sensibiliza os futuros profissionais desde a academia, sobre a importância do AM.” (P10 – GF/s2)

A implantação do BLH seria um avanço nas questões de ensino, uma vez que este se tornaria mais um campo de prática para os profissionais de saúde que ali são formados. O BLH seria um espaço para capacitação dos profissionais acerca do manejo do AM, além de fortalecer a amamentação em um âmbito regional.

Estudo realizado evidenciou que ter o BLH como campo prático para o ensino, seja graduação ou pós-graduação, faz com que os futuros profissionais aliem a teoria à prática que envolve o AM, desenvolvendo suas capacidades no manejo das intercorrências do processo de amamentação. Além disso, passam a compreender a estrutura do BLH, que envolve tanto o AM quanto o processo de doação de LH (D’ARTIBALE et al, 2013).

Como foi apontada nas falas dos participantes, a implantação do BLH fortalecerá a Instituição tanto nas questões de ensino quanto na assistência. Além disso, a população que já busca este serviço terá o apoio, promoção e proteção do BLH nos processos de AM.

4.2.2 Fragilidades para implantação de um BLH

Dentre as fragilidades para a implantação do BLH, os participantes apontaram: recursos de infraestrutura física; apoio dos gestores; recursos humanos; e recursos financeiros.

A principal fragilidade citada pelos participantes está relacionada aos recursos de infraestrutura física. O grupo entende que, no momento, não existe infraestrutura física no hospital para instalar o BLH.

“Eu não vejo que a gente tenha, hoje, infraestrutura pra o BLH, tanto que a gente tem a nossa ideia de abrir o posto de coleta, que seria uma coisa muito mais simples do que um BLH, e a gente ainda não conseguiu.” (P2 – GF/s1)

“Hoje a estrutura como está, é inviável. Só se for acoplar em alguma

outra construção.” (P4 – GF/s2)

“Eu não sabia que precisava de um espaço tão amplo para um BLH. Imaginava que era menos.” (P6 – GF/s2)

É possível prever uma reorganização estrutural da Instituição, visando os benefícios que o BLH trará para a mesma. Atualmente, está sendo construída a Central de UTI, que dobrará a capacidade de leitos da UTIN. Além disso, o hospital vem buscando a habilitação como Unidade de Referência em Gestação de Alto Risco. Sendo assim, investir em uma reestruturação física é algo que trará um retorno importante, tanto para os pacientes quanto para a Instituição.

Outro aspecto que emergiu das discussões foi a necessidade de apoio dos gestores para a implantação do BLH, pois sem este apoio será difícil acontecer a implantação.

“Mesmo a nova UTI que estão construindo não foi contemplada, no projeto, nem com um posto de coleta. Muito menos um BLH. Então precisamos fazer os gestores entenderem essa importância” (P5 – GF/s1)

“A gente esbarra numa dificuldade bem grande, do quanto isso é visto como importante pelos gestores né. Porque enquanto a gente não tiver esse incentivo deles, enquanto eles não souberem o benefício que isso trará para os bebês, isso não será prioridade.” (P2 – GF/s2)

Sabe-se que o apoio dos gestores é fundamental para o processo de humanização da assistência, visto sua importância na Política Nacional de Humanização (PNH). A PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para a construção de processos coletivos no cuidado, visando as práticas humanizadas. O apoio institucional é visto como um dispositivo de intervenção que propõe as mudanç as necessárias à melhora do atendimento (GUEDES; ROZA, BARROS, 2012).

Os participantes relatam que a inexistência de local específico para armazenar o leite prejudica o AM, uma vez que não   possível realizar o acondicionamento do leite ordenhado por mais de 12 horas. Neste sentido, reconhecem que a implantação do BLH resultaria em

infraestrutura adequada para o armazenamento do LM, evitando que o leite ordenhado, inclusive daquelas mães com o RN internado em Unidades Neonatais, seja desprezado.

“Muitas vezes, a gente tem que pedir para a mãe esgotar e pôr fora, porque a gente não tem onde guardar esse leite, e quando o nenê precisa, a mãe, às vezes, não tem a quantidade que seria adequada para o bebê.” (P5 – GF/s1)

“Elas não vão começar a disponibilizar o leite delas e às vezes acaba secando porque elas não estimulam. E ainda vai demorar muito tempo pro bebê receber o leite.” (P8 – GF/s1)

Sabe-se que a manutenção da lactação para as mães de bebês prematuros é importante para a saúde desses bebês. Porém, a inexistência de um local adequado à ordenha e ao armazenamento do leite, por vezes, é um fator dificultador. Estudo mostra que a inexistência de espaço adequado faz com que a nutriz não realize a ordenha conforme é orientada, pois não vê sentido em descartar seu leite, quando considera a perspectiva do RN, mas compreende a necessidade para evitar as complicações da lactação, quando considera a perspectiva da sua própria saúde. Ela relata a importância do LM e da manutenção da lactação, porém não ordenha a mama com regularidade esperando que o leite fique guardado. Apontam, também, que se pudesse doar o leite seria melhor (TRONCO et al, 2015).

Outro estudo indica que a internação do RN na UTIN modifica a prática do AM, uma vez que a unidade possui rotinas e estabelece horários específicos para tal. Além disso, há a necessidade da mãe realizar a ordenha mamária, para prover o leite para seu filho, devendo ser realizada em lugar que assegure tranquilidade e conforto para a nutriz (SANTOS; DITZ; COSTA, 2012). Desta maneira, o BLH auxiliará na manutenção da lactação, por proporcionar local adequado para a ordenha e o fracionamento do volume de leite ordenhado, não sendo necessário que siga os horários estabelecidos pela rotina da UTIN, podendo inclusive realizar a ordenha em casa.

Em se tratando de recursos humanos, o grupo divergiu de opinião. Ao mesmo tempo em que aumentou o número de profissionais de saúde, ainda assim parte do grupo entende que falta recurso humano.

“A gente pensa que tem bastante profissional, mas às vezes os profissionais estão tão atarefados com suas rotinas que não conseguem dar conta dessa outra demanda. A gente tem dificuldade de orientar as mães para amamentar ou ordenhar o leite, isso toma tempo. Precisaria de mais profissionais pra se dedicar a isso.” (P8 – GF/s1)

“Hoje nós temos no hospital recursos humanos, este não seria um problema para a implantação do BLH. Temos inclusive como contar com a equipe multiprofissional.” (P4 – GF/s2)

Para o bom funcionamento do serviço é necessário que se tenha recursos humanos em quantidade adequada à demanda de trabalho. Na atual gestão do hospital, houve um aumento considerável nos recursos humanos em todas as áreas, inclusive com profissionais especializados.

O quadro de pessoal necessário para o funcionamento do BLH varia de acordo com a complexidade e abrangência de cada unidade. É importante considerar a proibição de atuação simultânea em outros setores durante a realização do processamento do LH ordenhado, pois dessa forma reduz-se a possibilidade de contaminação do produto (BRASIL, 2006).

O BLH deve contar com profissionais legalmente habilitados para assumir a responsabilidade das atividades médico-assistenciais e de tecnologia de alimentos. Sendo assim, podem integrar a equipe médicos, enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos bioquímicos, técnicos em microbiologia e engenheiro de alimentos. Auxiliares de enfermagem e técnicos em enfermagem, em nutrição ou de laboratórios constituem a equipe multidisciplinar. Outros profissionais como psicólogo, assistente social, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional, podem integrar a equipe de apoio (BRASIL, 2006).

Os participantes perceberam que não só os gestores precisam compreender a necessidade do BLH, como também os próprios profissionais de saúde que atuam diretamente na área materno-infantil. O que indica a integração serviço, gestão e ensino. Discutiram-se os resultados do levantamento quantitativo feito na primeira etapa da coleta, que evidenciaram que 20% dos profissionais não entendem como de extrema importância a implantação do BLH. Também foi debatido no grupo o uso indiscriminado as fórmulas lácteas, para qualquer bebê internado na instituição. Este uso indiscriminado também fragiliza a implantação do

BLH, uma vez que se entende que o LM pode ser substituído.

“Eu me preocupei bastante com esse levantamento que tu fizeste, porque eu acho que se ainda existem pessoas que não vêem como de extrema importância o leite materno é porque, realmente, precisamos melhorar a qualificação desse nosso profissional. Porque se tem profissionais que ainda acham que tu pode substituir o leite materno por uma fórmula é porque realmente as coisas ainda não chegaram aonde deveriam estar. [...] Hoje todos os nossos bebês prematuros já saem com um laudo solicitando o leite artificial por um ano, eles tem direito a receber da secretaria de saúde.” (P5 – GF/s1)

“Os profissionais precisam ter um pouco mais de entendimento de que o leite artificial não é a primeira escolha. Eu acho que isso ainda tem quem ser trabalhado. Porque a gente tem uma questão de indústria do leite, né. Parece que todo o mundo tem que usar complemento, às vezes até quem não precisa.” (P8 – GF/s1)

Em estudo realizado em 2014 evidenciou-se que a manutenção do AM no Brasil ainda tem muitas limitações, e uma delas é a falta de conhecimento e de sensibilização dos profissionais de saúde acerca da lactação e do BLH (LUNA; OLIVEIRA; SILVA, 2014). Outro estudo revelou que os profissionais de saúde, em sua maioria, não estão capacitados para a promoção do AM. Para o atendimento do público materno-infantil, o ideal seria que todos os profissionais de saúde fossem capacitados a fornecer informações apropriadas acerca do AM, além de demonstrar habilidade prática no manejo da amamentação (ALMEIDA; LUZ; UED, 2015).

Muitos profissionais de saúde entendem o BLH como um local que realiza apenas coleta, estocagem e distribuição de LH, sem saber que este se configura como uma importante estratégia para promoção, proteção e apoio ao AM. Um dos principais objetivos dos BLH é atender às demandas dos RN prematuros e/ou de risco para LM, promovendo a redução da mortalidade infantil (BRASIL, 2006).

O que se faz necessário é que os profissionais de saúde estejam qualificados para a orientação e o manejo do AM. Esta orientação deve ocorrer em diferentes momentos: no pré-

natal, na sala de parto, no alojamento conjunto e no puerpério.

Outro aspecto considerado uma fragilidade para a implantação, segundo os participantes, seriam os recursos financeiros. O grupo entende que o investimento para estruturar o BLH é alto, mas em curto prazo este investimento seria revertido em benefícios. Houve o debate de que com o BLH em funcionamento, os custos do hospital com as fórmulas lácteas reduziriam.

“Se fossemos estimar um custo para montar o BLH, mesmo sendo em torno de uns 200, 300 mil, mesmo assim ainda dá! Porque o retorno é imediato!” (P4 – GF/s2)

“Precisa de verba para implantar e manter o BLH. Porque assim, para implantar o BLH, não é só a estrutura física né, tem equipamentos que não são baratos. [...] Hoje a gente tem um gasto mensal com fórmulas na UTI Neo [...] tendo o BLH aqui, esses custos diminuiriam ou até mesmo acabariam.” (P9 – GF/s2)

Entender os custos para a implantação do BLH é necessário para possibilitar um planejamento financeiro. A primeira etapa para o planejamento é o levantamento de dados da Instituição, como a demanda de atendimento (número de doadoras, volume de leite coletado/processado), número de leitos obstétricos e de UTIN, espaço físico para implantação, além da disponibilidade financeira. A partir daí, é possível prever a quantidade de equipamentos necessária para o funcionamento do mesmo.

Os principais equipamentos permanentes do BLH: mobiliário de escritório; computadores; termômetros para controle da temperatura ambiente; termômetros para controle da cadeia de frios; bomba de sucção manual ou elétrica; freezer ou geladeira para armazenamento de LH cru; bico de bunsen; freezer para armazenamento do LH pasteurizado; banho maria para degelo; geladeira; agitador de tubo; microcentrífuga; cremômetro; acidímetro dornic; banho maria para pasteurização; timer; resfriador; maleta térmica; ar condicionado (BRASIL, 2008).

Foi feito um levantamento dos custos mensais com fórmulas na instituição, junto ao setor de almoxarifado e nutrição, que evidenciou um gasto mensal de aproximadamente R\$ 3.509,70 (três mil quinhentos e nove reais e setenta centavos) com fórmulas lácteas. Com a

implantação do BLH e, conseqüente, valorização do AM, os índices de desmame precoce, também, tendem a ser reduzidos.

Sabe-se que a melhora dos índices de AM poderiam prevenir, a cada ano, 823.000 mortes de crianças menores de 5 anos. Reduz a morbidade, melhora o potencial de escolaridade para as crianças, e provavelmente sua renda quando adultos (VICTORA et al, 2016). Sendo assim, o custo econômico da não-amamentação vai além dos gastos com fórmulas lácteas, refletindo em maiores gastos associados ao aumento da morbidade destas crianças (ROLLINGS et al, 2016).

Outro estudo evidencia que o AM protege contra diarreia e infecções respiratórias, estimando que metade dos episódios de diarreia e um terço das infecções respiratórias poderiam ser evitados. Reduz significativamente a morbidade destas doenças, prevenindo 72% das internações por diarreia e 57% das internações por infecções respiratórias (HORTA; VICTORA, 2013). Neste sentido, a implantação do BLH ainda repercutiria em redução de gastos com novas internações nesta população.

O discurso de falta de infraestrutura física foi presente e indica a que se faz necessário o entendimento, tanto dos profissionais quanto dos gestores, sobre a importância e os benefícios que o BLH trará para a instituição e para a população.

4.2.3 Potencialidades para implantação de um BLH

Dentre as potencialidades: abrangência do hospital (ser hospital escola e de referência para a região centro-oeste do RS, inclusive para atendimento de RN de risco); organização institucional (assessoria de imprensa, núcleo de ensino e pesquisa, linha de cuidado materno-infantil, unidade canguru, livre acesso e auxílios concedidos às mães); adequação da infraestrutura física; e quadro de pessoal (conhecimento técnico científico de profissionais da área e capacitações).

Os participantes entendem que uma das potencialidades para implantação do BLH é a abrangência do hospital, por ser um hospital escola e ser referência para a região centro-oeste do RS (inclusive para atendimento de RN de risco). Implica na demanda expressiva de partos e de RN e a existência de mães potenciais doadoras de LM.

“É um hospital que é referência para várias coisas. Temos uma UTI Neo que é referência para a região, então eu acho que seria muito

importante que a gente tivesse esse serviço aqui, de BLH.” (P1 – GF/s1)

“Além disso, temos um número muito alto de partos, e essas puérperas também são potenciais doadoras.” (P2 – GF/s1)

“Nós atendemos aqui no hospital mães que são potenciais doadoras. Eu acredito que isso também fortaleça a necessidade de implantação do BLH. Além de ter uma demanda expressiva de RNs que precisam desse leite materno.” (P3 – GF/s1)

“Lembrando que somos referência pra 44 municípios.” (P4 – GF/s1)

Por ser um hospital referência para gestação de alto risco, com uma demanda expressiva de partos, e com uma UTIN de grande porte, faz com que existam potenciais doadoras de LH. Revisão integrativa apontou que os principais motivos que levam as nutrizes a doarem seu leite são: alguma dificuldade no AM, como ingurgitamento mamário; excesso de produção láctea; conhecimento sobre a importância do LH para os bebês internados; altruísmo; e experiência prévia de dificuldade de amamentação (RECHIA et al, 2016).

Estudo realizado trouxe que o BLH é um centro especializado na promoção, proteção e apoio ao AM, além de ser responsável pelo processamento e distribuição do LM. Tem como os objetivos: orientar os familiares e incentivar o AM; manejar as dificuldades encontradas pelas nutrizes durante o AM; eliminar as práticas prejudiciais ao AM; promover a manutenção da lactação; orientar o armazenamento e transporte do LM ordenhado (ALVES et al, 2013).

Sendo assim, auxiliará as mães dos RN prematuros e/ou de risco na manutenção da lactação e proporcionará à outras nutrizes a possibilidade de doar seu leite, além de auxílio no manejo das dificuldades encontradas no AM.

Há demanda da população e dos próprios profissionais e gestores pelo PCLH ou BLH na instituição. A vivência dos participantes demonstra que a população procura um serviço para doar o leite. Emerge das falas dos participantes um descontentamento com a inexistência deste serviço neste hospital.

“[...] e a gente fica, muitas vezes, de mãos atadas por não ter esse

recurso do BLH.” (P1 – GF/s1)

“Baseada em toda a demanda que temos aqui no hospital. Eu mesma recebia muitas ligações quando trabalhava na maternidade, ou a mãe que estava internada perguntava: e agora que o peito está cheio de leite, pra onde posso levar? e a gente não ter aonde referenciar essa mulher no município.” (P4 – GF/s1)

“Eu atuo no lactário e é bem comum as pessoas ligarem pra lá perguntando se a gente aceita doação de leite. Na maternidade também. As pessoas buscam uma referência, só que a gente diz que não tem.” (P9 – GF/s2)

Algumas pesquisas apontaram que as nutrizes sabem dos benefícios do LH, especialmente para os bebês que estão na UTI. Elas se sentem valorizadas por contribuírem para a recuperação dos RN prematuros e/ou de risco (RECHIA et al, 2016). Os participantes da pesquisa já sentem essa demanda da população, que busca um BLH para doar seu leite, justamente por entender a importância do LH. Outros estudos indicam uma preocupação das nutrizes com o desperdício de LM, por entenderem que este é muito benéfico para os RN (SILVA, 2015; TRONCO, 2015).

Estudo realizado com mães de bebês internados em UTIN mostrou que o processo de AM para essas mães é uma experiência que exige esforço e persistência, e permeada por medo e ansiedade. As mães relatam que a ordenha de leite é cansativa, mas faz com que elas se sintam importantes e participantes do cuidado com seu filho (PAIVA et al, 2013).

Aspectos relativos à organização institucional também são vistos como facilitadores para a implantação do BLH, a exemplo dos núcleos de ensino e pesquisa e de assessoria de imprensa. A partir destes núcleos, a instituição faz as capacitações e as divulgações de mídia.

“A divulgação da mídia em torno do aleitamento materno é muito importante. Tudo o que a gente vê na mídia, as pessoas acabam entendendo que é mais importante. Isso vem fortalecendo o aleitamento materno. E aqui na instituição a gente tem os núcleos de educação também, para capacitar os profissionais sobre a

importância do banco de leite.” (P1 – GF/s1)

“Hoje a gente ferramentas como o núcleo de educação. Já virou uma rotina para os profissionais os horários de capacitação que o núcleo está desenvolvendo. Acho que isso facilita a implantação do BLH. Porque precisamos que esses profissionais entendam que é importante.” (P4 – GF/s2)

Sabe-se da relevância da mídia para a divulgação dos benefícios do AM e da doação de leite (SILVA, 2015). A mídia é formadora de opiniões, e grande aliada na divulgação de informações, podendo ser muito utilizada para alcançar o maior número de doadoras. Estudo mostra que há um aumento significativo nas doações de leite quando ocorrem atividades de incentivo, como é o caso da Semana Mundial do Aleitamento Materno (CABRERA et al, 2015).

Outras potencialidades na organização institucional foram apontadas: a linha de cuidado materno-infantil; a unidade canguru, que foi inaugurada recentemente; e os auxílios concedidos às mães que tem os bebês internados (alimentação, transporte e hospedagem).

“Outra coisa que nós pensamos que potencializa a implantação do BLH são os benefícios que a instituição oferece às mães que tem os bebês internados. O livre acesso, a alimentação, o transporte e a hospedagem. E a nossa unidade canguru também é um facilitador” (P2 – GF/s1)

“Nós temos hoje a linha de cuidado materno-infantil, e precisamos fortalecer lá essa ideia do BLH. A linha precisa entender o BLH como uma necessidade. Porque é por ali que está se avançando algumas coisas.” (P4 – GF/s1)

“Eu penso que estamos num momento propício, porque antigamente a gente tinha um hospital que era mais pensado no cuidado médico. [...] Hoje temos inclusive a unidade canguru na UTI neo.” (P8 – GF/s1)

O conceito das linhas de cuidado tem por base um dos princípios do SUS: o da integralidade do cuidado. Sendo assim, busca estabelecer o trajeto a ser percorrido pelo usuário do SUS até reestabelecer sua saúde. Neste sentido, a Linha de Cuidado Materno-Infantil tem início no planejamento familiar, passando pela atenção à gestante, e seguindo o acompanhamento com a mãe/puérpera na sua saída do hospital até o crescimento da criança (MENDES, 2011). A Linha de Cuidado Materno-Infantil foi a primeira a ser implantada no HUSM, mostrando uma preocupação dos gestores com essa questão. Pensando no cuidado integral à saúde dessa população, a implantação de um BLH ou um PCLH é fundamental para a promoção da saúde do binômio.

A partir da linha de cuidados materno-infantil no hospital, foi inaugurada a Unidade Canguru. Os benefícios proporcionados pelo método-canguru são inúmeros. De acordo com estudo realizado, o método promove, dentre outros, a continuidade do AME mesmo após a alta hospitalar (OLIVEIRA, 2014). Isso se deve ao contato pele-a-pele com a mãe e ao início precoce do AM. Neste sentido, entende-se que os profissionais de saúde e os gestores da instituição já têm a preocupação com a humanização da assistência, o que potencializa a implantação do BLH.

Em se tratando dos benefícios concedidos pelo hospital, um estudo indicou a questão financeira como uma das dificuldades enfrentadas pelas famílias, e que o provimento dos benefícios viabiliza visitas frequentes aos bebês internados (TOMA et al, 2007).

Acerca da adequação da infraestrutura física, o grupo indicou a possibilidade de reestruturação do hospital quando da inauguração da Central de UTIs, obra que está sendo realizada, com previsão de transferência de pacientes estimada para o final de 2017 e início de 2018. Outra opção que o grupo sugeriu seria que o BLH não precisa estar dentro do Hospital, mas na Universidade. Discutiui-se, inclusive acerca da localização estratégica para o BLH.

“Pensando em espaço, o que talvez seja viável é quando a central de UTI’s estiver funcionando, esse espaço onde hoje é a UTI neonatal, UTI pediátrica, UCI e UTI adulto, algum deles pode se transformar num espaço para o BLH. [...] Ou, então, dentro da Universidade. Espaço territorial na Universidade para construção do BLH nós temos.” (P2 – GF/s2)

“Pode estar no ambiente da universidade ou em outro lugar do

município.” (P4 – GF/s2)

“No meu ponto de vista, quando fizer a reestruturação da infraestrutura, seria melhor que o BLH fosse no térreo pra poder abranger não só as nossas mães que estão internadas, mas as que vem de fora também.” (P6 – GF/s2)

“Se for dentro do Hospital, o lugar certo dele é no térreo. [...] Mas ele não precisa ser no hospital, ele poderia ser dentro da universidade” (P9 – GF/s2)

“Eu acho que o que barrou a implantação até agora foi a estrutura física e o custo. Mas hoje temos a Central de UTIs sendo construída, que daria para reorganizar o espaço dentro do Hospital ou até mesmo construir dentro da Universidade.” (P9 – GF/s3)

A implantação do BLH na Instituição deverá seguir as normas específicas da ANVISA, a fim de atender aos critérios estabelecidos. Quanto à localização, o BLH deve estar localizado distante de qualquer dependência que possa comprometer a qualidade do leite processado, seja do ponto de vista físico-químico ou microbiológico (BRASIL, 2006).

Sabe-se que já existe um movimento na instituição para a abertura de um PCLH. Os participantes alegam que a abertura de um PCLH ou de um BLH atenderia as demandas, porém ainda não se concretizou.

“Existe uma necessidade nossa de criar ao menos um posto de coleta de leite materno.” (P2 – GF/s1)

“Inclusive foi feita até uma reforma no lactário transformando-o em posto de coleta. Já se investiu ali.” (P5 – GF/s3)

O posto de coleta de leite humano (PCLH) é uma unidade vinculada administrativamente a um serviço de saúde e tecnicamente a um BLH. Ele é responsável por ações de promoção, proteção e apoio ao AM e orientação e coleta de doações de LH, não

realizando o processamento do leite doado (BRASIL, 2006). Sendo assim, a abertura de um PCLH na Instituição já traria benefícios para o AM.

Durante as discussões os participantes do grupo focal relatam que a Linha de Cuidado Materno-Infantil iniciou seus debates acerca do BLH em abril de 2015, com a construção da matriz de “nós críticos”. Evidenciaram na época a falta de espaço e estrutura para coleta e armazenamento do LM por mais de 12 horas, sugerindo a necessidade de um BLH ou PCLH. Por dificuldade de infraestrutura física, optou-se pela reforma do lactário, transformando-o em PCLH. Neste momento, o local destinado ao PCLH aguarda liberação pela Vigilância Sanitária e vinculação técnica à algum BLH do Estado.

O grupo apontou que existe na Universidade o setor de Tecnologia de Alimentos, e que a análise microbiológica do leite poderia ser feita lá. Com isso, já reduziria a necessidade de espaço para o BLH, além da necessidade de profissional capacitado para isso.

“Nós temos na Universidade a Tecnologia de Alimentos. Eles têm laboratório de epidemiologia dos alimentos e fazem a análise dos alimentos do Hospital. De repente a gente está imaginando uma estrutura muito maior, e se este laboratório que já existe fizesse a análise do leite humano, não precisaria de uma área no BLH para isso. A análise das fórmulas infantis é feita lá.” (P9 – GF/s3)

“Se essa análise do leite humano pudesse ser feita no laboratório da Tecnologia de alimentos, não teríamos que pagar mais um profissional para fazer isso no BLH.” (P11 – GF/s3)

Desta forma, o espaço físico para a implantação do BLH poderia ser reduzido, se a análise do leite fosse realizada em parceria com a Universidade. Como foi observado na RDC 171 da ANVISA, o laboratório de controle de qualidade microbiológico não precisa necessariamente ser dentro do BLH, podendo estar em outro setor do serviço em que o BLH estiver localizado (BRASIL, 2006).

Quanto a potencialidade referente ao quadro de pessoal, o grupo citou que o conhecimento técnico científico dos profissionais da área é importante para fortalecer essa implantação do BLH. Que existem profissionais motivados para auxiliar na estruturação. O grupo concordou que, com a nova gestão do Hospital, têm acontecido investimentos, não só

no que se refere a pessoal, como também infraestrutura e capacitação profissional. Então, este seria um aspecto favorável à implantação do BLH.

“Como Universidade, nós somos dotados de conhecimentos técnicos científicos sim, mas sempre precisamos aprimorar. E com a implantação do BLH seria um espaço para isso, para aumentarmos nossos conhecimentos técnico-científicos.” (P4 – GF/s1)

“A gente teve uma melhora significativa em termos de pessoal, em termos de equipamento e tudo. O que falta mesmo é essa questão do leite materno. Estamos num momento propício para isso.” (P5 – GF/s1)

“A ideia do Banco de Leite estar dentro de uma Universidade facilita a implantação, no meu ponto de vista. Aqui tem pessoas que pensam sobre isso, sobre o BLH e sobre a amamentação, e que podem auxiliar nessa implantação.” (P8 – GF/s1)

“Com essa nova gestão vejo que a qualificação profissional tem se tornado uma cultura da instituição.” (P4 – GF/s2)

“Tem uma coisa positiva, o fato desta nova gestão estar investindo no hospital, tanto em recursos humanos como em infraestrutura, eu acho que é um momento bem pertinente, oportuno.” (P9 – GF/s2)

Em estudo realizado com profissionais de saúde acerca da capacitação para orientação de AM, identificou-se que estes as realizam focadas apenas nos aspectos biológicos e técnicos da amamentação (CERÂNTOLA SIQUEIRA, 2017). Há a necessidade de constante atualização e aquisição de conhecimento no que se refere ao AM, por meio de educação continuada.

Para cada fragilidade identificada, foi vista uma potencialidade para superá-la. É necessário focar nos benefícios da implantação do BLH e montar estratégias para alcançá-la.

4.3 ENCAMINHAMENTOS DO GRUPO FOCAL

A partir das discussões grupais, foram indicados alguns encaminhamentos necessários para potencializar para a implantação no BLH na instituição. O grupo acredita ser importante sensibilizar os gestores acerca dos benefícios que o BLH trará tanto para o hospital, quanto para a população. Para que a sensibilização dos gestores aconteça, o grupo propôs a construção de um documento com argumentos acerca da importância do BLH. Os participantes relatam que já ocorreu uma discussão na Instituição sobre a implantação do PCLH, como visto anteriormente. E sugerem que para sustentar melhor o documento, seria interessante focar nos impasses que levaram a não-abertura do mesmo até o momento.

“Esse documento tem que ser muito bem elaborado pra despertar a sensibilização dos gestores que possivelmente não vão conseguir estar nas capacitações, porque essa sensibilização tem que atingir todo mundo” (P1 – GF/s2)

“Quanto à iniciativa da gestão, acho que seria importante a gente construir um documento com argumentos sólidos para apresentar aos gestores. Porque essa discussão do BLH já acontecia. Trazer novamente num formato diferente mais atual, eu acho que vai conseguir sensibilizar. Eles precisam entender a importância que tem o BLH” (P4 – GF/s2)

“Já aconteceu uma discussão recentemente sobre a questão do posto de coleta, tanto na linha materno-infantil quanto na direção. Penso que temos que focar nos impasses. No momento que tivermos o documento pronto seria interessante ver o que já foi feito até aqui e por que não deu certo até agora, pra gente ver quais foram os impasses e tentar resolver. E essa discussão foi o que levou a criação do posto de coleta, digamos que foi uma maneira com custos menores e com as possibilidades que o hospital tinha né.” (P5 – GF/s3)

Para tanto, sugeriram o levantamento dos custos para implantar um BLH e também

dos custos mensais deste hospital com fórmulas lácteas. A sugestão do grupo foi utilizar esses dados para sustentar os benefícios da implantação do BLH no documento que será construído para apresentar aos gestores. Além disso, para os participantes o BLH também reduziria os gastos do Estado com fórmulas que são disponibilizadas mensalmente para bebês que possuem alguma necessidade especial, uma vez que fortaleceria o AM.

“Com o BLH nós teríamos um retorno financeiro para o Estado, sem falar num retorno nutricional e todo o resto, mas falando financeiramente tem um retorno financeiro. Porque diminuiria os gastos com as fórmulas que são disponibilizadas lá e todo mundo vai pegar, mesmo aquelas mães que estão amamentando.” (P5 – GF/s1)

“Neste documento deve constar os custos detalhados de equipamento e materiais [...]. Os equipamentos para o BLH não são caros, gente, pensando no custo/benefício. Porque se fossemos estimar um custo para montar o BLH, mesmo sendo em torno de uns 200, 300 mil, mesmo assim ainda dá! Porque o retorno é imediato!” (P4 – GF/s2)

“Neste documento que vamos fazer acho interessante constar um levantamento do custo que se tem para implantar o BLH, de tudo o que é necessário pra implantação.” (P5 – GF/s2)

“Então, pode-se fazer um levantamento no serviço de almoxarifado sobre os gastos com essas fórmulas para o hospital. E podia estar usando leite materno. Hoje a gente tem um gasto mensal com fórmulas na UTI Neo, e a maioria das fórmulas lá é pra prematuro, que é mais cara. Uma lata chegou a custar 100 reais! Acredito que isso também fortaleceria o nosso documento, porque tendo o BLH aqui, esses custos diminuiriam ou até mesmo acabariam.” (P9 – GF/s2)

Outra estratégia que o grupo trouxe foi a necessidade de sensibilização dos profissionais de saúde do hospital para a importância do LM, e os benefícios que o BLH traria

para o Hospital. Para tanto, sugeriram a realização de um evento na Instituição, que trouxesse expertises na área de BLH para falar acerca da importância e os benefícios que o BLH trará e os riscos da falta do AM. Além disso, sugeriram parcerias para a realização deste evento.

“Acredito que seja importante sensibilizar os profissionais sobre a importância do BLH, isso pode acontecer por meio de evento, fórum e incluir todas as categorias profissionais que atuam na área materno-infantil.” (P4 – GF/s2)

“Eu acho que seria pertinente promover um fórum com dados alarmantes sobre os riscos da falta de aleitamento materno, para atrair as pessoas para se capacitarem. Podemos convidar alguém que já atue em BLH para este momento de sensibilização que estamos prevendo, para falar sobre a importância do BLH.” (P9 – GF/s3)

“Poderíamos fazer contato com a 4ª CRS, porque eles também têm interesse neste assunto do BLH. Convidamos alguém de lá para participar desde momento também.” (P10 – GF/s3)

Assim, estes encaminhamentos tem a pretensão de manter a ação, ou seja, potencializar a implantação no BLH na instituição, articulando pesquisa, ensino, assistência e gestão, o que poderá contribuir tanto para o serviço e para universidade quanto para a comunidade, revelando o cunho político pelo comprometimento para saúde.

5. CONCLUSÃO

O presente estudo surgiu a partir do questionamento acerca da posição dos profissionais e gestores para a implantação de um BLH em um HU. Foi desenvolvida uma pesquisa qualitativa, na qual discutimos essas percepções e as estratégias para efetivar a implantação do BLH. Evidenciou-se que a maioria dos profissionais que trabalham na área materno-infantil da instituição é favorável à implantação de um BLH. Entretanto, deveria ser a totalidade, o que aponta a necessidade de educação permanente. Repercutiu na discussão acerca das estratégias para sua implantação, a partir dos benefícios que contemplam a população e a instituição.

O BLH trará benefícios diretos às nutrizes, seus filhos e, também, aos RN prematuros e/ou de risco internados na UTIN. Além disso, promoverá a humanização da atenção materno-infantil e facilitará a habilitação do HU como referência em gestação de alto risco, ampliando assim os recursos financeiros cedidos pelo Estado e pela União. O BLH exerce não apenas a função de coleta e distribuição de LH, mas também a de fortalecimento do AM, gerando um efeito protetor na expectativa de vida dos RN. O que indica seu benefício para sociedade como um todo. Portanto, rompe com os muros institucionais para a comunidade.

As potencialidades relacionadas à instituição, elencadas no grupo focal, apontam a viabilidade de fortalecer aquilo que se reconhece como fragilidade para a implantação do BLH. A principal dificuldade vista pelos participantes esteve relacionada à infraestrutura física, que aponta uma necessidade de adequação por meio da interlocução entre gestão e academia, ampliando para demais esferas políticas. A demanda de recursos financeiros aponta caminhos de fomento, possíveis na ciência, tecnologia e educação, inclusive por meio da articulação universitária. Os benefícios se mostraram maiores que as dificuldades, indicando a potencialidade de superação das fragilidades em direção a implantação do BLH. Assim, será fundamental que os gestores e os profissionais de saúde compreendam a importância do BLH visto que o apoio institucional é a alavanca para modificar arestas que tangem a melhoria do atendimento.

Implantar um BLH em uma Universidade Federal amplia as possibilidades para formação de profissionais mais qualificados, capacitando-os acerca do manejo do AM. Enquanto muitos profissionais entenderem o BLH somente como um local que realiza coleta, estocagem e distribuição de LH, sem saber a configuração posterior e o reflexo que traz na cadeia econômica e social, ainda haverá lacunas no cuidado integral na área materno-infantil. Sabemos dos inúmeros benefícios do AM e do LM, e por isso entendemos a importância do

BLH na região centro-oeste do RS. Ao encontro do comprometimento social de uma Universidade diante dos direitos e políticas asseguradas para saúde. A estratégia articulada entre ensino e serviço, contemplando a gestão e a assistência, revela empenho político, inclusive de humanização.

Diante dos encaminhamentos feitos pelo grupo focal compreende-se a manifestação da recomendação desse compromisso de corresponsabilidade entre os setores de uma mesma Instituição. Este comprometimento social deve estar pautado nos direitos sociais e nas políticas públicas que asseguram a saúde materno-infantil, garantindo benefícios tanto aos usuários quanto aos profissionais e comunidade acadêmica.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, J. A. G.; NOVAK, F. R. Banco de Leite Humano: fundamentos e técnicas. In: Sociedade Brasileira de Pediatria (Org.). **Anais do VIII Congresso Brasileiro de Nutrição e Metabolismo Infantil**. Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Pediatria, 1994.
- ALMEIDA, J. A. G. **Amamentação: um híbrido natureza-cultura**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- ALMEIDA, J. A. G.; NOVAK, F. R. **Amamentação: um híbrido natureza-cultura**. J. *Pediatr.* Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. 119-25, 2004.
- ALMEIDA, J. M.; LUZ, S. A. B.; UED, F. V. Apoio ao aleitamento materno pelos profissionais de saúde: revisão integrativa da literatura. **Rev Paul Pediatr.**, v.33, n.3, p.355-362, 2015.
- ALVES-MAZZOTTI, A.J; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. 2ed. São Paulo: Pioneira, 2001. 203p.
- ALVES, V. H. et al. Banco de leite humano na perspectiva da mulher doadora. **Rev Rene**, v.14, n.6, p.1168-76, 2013.
- APRILE, M. M.; FEFERBAUM, R. **Banco de Leite Humano**. São Paulo: Atheneu, 2011.
- ARAÚJO, B. F. A. et al. Estudo da mortalidade de recém-nascidos internados na UTI neonatal do Hospital Geral de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. v.5, n.4, p.463-6. out/dez. 2005.
- BABBIE, E. **Métodos de pesquisas de survey**. Belo Horizonte: UFMG. 2005.
- BACKES, D.S. et al. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O Mundo da Saúde**. v.35, n.4, p.438-42. 2011.
- BARBOUR, R. **Grupos focais**. Porto Alegre: Artmed; 2009.
- BRANCO, M.B.L.R. et al. Proteção e apoio ao aleitamento materno: uma contribuição do banco de leite humano. **J. res.: fundam. care. Online**, v.8, n.2, p. 4300-4312, abr/jun, 2016.
- BRANDÃO, C. R.; BORGES, M. C. A pesquisa participante: um momento da educação popular. **Rev. Ed. Popular**, v. 6, p.51-62, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma brasileira para comercialização de alimentos para lactentes**. 4. ed. Brasília, DF, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa de prevalência do AM nas capitais e no Distrito Federal: relatório**. Brasília: Ministério da saúde; 2001.

BRASIL Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 171, de 4 de setembro de 2006. **Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o Funcionamento de Bancos de Leite Humano**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 set. 2006.

BRASIL. Agência nacional de Vigilância Sanitária: **Banco de Leite Humano: Funcionamento, Prevenção e Controle de Riscos**. Brasília, Anvisa, 2008.

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de AME nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL Ministério da Saúde. **Pesquisa de prevalência de AME em municípios brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha para mãe trabalhadora que amamenta**. Brasília, DF, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru**. 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Criança e AM exclusivo. **Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Série I. História da Saúde. **Rede Amamenta Brasil: os primeiros passos (2007-2010)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

BRASIL Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica nº33: saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília, DF, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ldb2012/matriz.htm#mort>> Acesso em: setembro 2015. 2012b

BRASIL. Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012. Diretrizes e objetivos da atenção integral ao recém-nascido grave ou potencialmente grave. **Ministério da Saúde**. Brasília. 2012c.

BRASIL. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. **Ministério da Saúde**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. 2012d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações programáticas Estratégicas. **Análise de implantação da Rede Amamenta Brasil: relatório de pesquisa**. Brasília: Ministério da Saúde. 2013a.

BRASIL. Portaria nº1.020, de 29 de maio de 2013. Princípios e diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco. Brasília: **Ministério da Saúde**. 2013b.

BRASIL. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: **Ministério da Saúde**. 2015.

BRASIL. Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016. Políticas públicas para a primeira infância. **Poder Executivo**, Brasília, DF: 8 mar. 2016.

BROD, F.R.; ROCHA, D.L.B.; SANTOS, R.P. Saberes e práticas de mães de recém-nascidos prematuros perante a manutenção do aleitamento materno. **Rev Fund Care Online**, v.8, n. 4, p.5108-5113, out/dez, 2016.

BOSI, M. L. M.; MACHADO, M. T. **Amamentação: um resgate histórico**. Cadernos da Escola de Saúde Pública do Ceará, Ceará, v.1, n.1, p.17-25, jul/dez., 2005.

BULLON, R.B.; CARDOSO, F. A.; PEIXOTO, H. M.; MIRANDA, L. F. A influência da família e o papel do enfermeiro na promoção do aleitamento materno. **Universitas: Ciências da Saúde**. v.7, n.2, p. 49-70. 2009.

CABRERA, E. M. S. et al. Banco de leite humano: demanda e distribuição para UTI neonatal em cidade no interior paulista, 2013. **Arq. Ciênc. Saúde**. v.22, n.4, p.63-67, out-dez, 2015.

CERÂNTOLA SIQUEIRA F.P. et al. A capacitação dos profissionais de saúde que atuam na área do aleitamento materno. **Investig Enferm. Imagen Desarr.**, v.19, n.1, p. 171-186, 2017.

CHAGAS, D. O. et al. Comparação da adesão materna às orientações do método Mãe Canguru no pré e pós-alta do Hospital Sofia Feldman. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 21, n. 1, p. 5-8, 2011.

CLOHERTY, J.; EICHENWALD, E. C., STARK, A. R. **Manual of neonatal care**. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.

DALL'AGNOL, C. M.; TRENCH, M. H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 5-25, 1999

DALL'AGNOL, C. M. et al. A noção de tarefa nos grupos focais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 1, p. 186-90, 2012.

D'ARTIBALE, E. F. et al. Atuação do acadêmico de enfermagem no banco de leite humano: relato de experiência. **Cienc Cuid Saude**, v.12, n.3, p.582-588, jul-set, 2013.

DELGADO, C.; MATIJASEVICH, A. Breastfeeding up to two years of age or beyond and its influence on child growth and development: a systematic review, **Caderno de Saúde Pública**. v.29, n.2, p.243-256. 2013.

DELGADO, S. E.; HALPERN, R. Amamentação de prematuros com menos de 1500 gramas: funcionamento motor-oral e apego. **Pró-Fono: Rev Atualização Cient**. v.17, n.2, p.141-52. 2005.

GALVAO, M. T. G.; VASCONCELOS, S. G.; PAIVA, S. de S. Mulheres doadoras de leite humano. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v.19, n.2, 2006.

GIUGLIANI, E. R. J. Rede Nacional de Bancos de Leite Humano no Brasil: tecnologia para exportar. **Jornal de Pediatria** vol.78, nº3, 2002.

GIUGLIANI, E. R. J.; LAMOUNIER, J. A. Aleitamento Materno: uma contribuição científica para a prática do profissional de saúde. **J Pediatr**. v.80, n.5 supl. p. S117-8. 2004.

GUEDES, C. R.; ROZA, M. M. R.; BARROS, M. E. B. O apoio institucional na Política Nacional de Humanização: uma experiência de transformação das práticas de produção de saúde na rede de atenção básica. **Cad. Saúde Colet.**, v.20, n.1, p.93-101, Rio de Janeiro, 2012.

HORTA, B. L.; VICTORA, C. G. Short-term effects of breastfeeding: a systematic review on the benefits of breastfeeding on diarrhoea and pneumonia mortality. **World Health Organization**. 2013.

INAN (INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO). **Relatório do Programa Nacional de Incentivo ao AM**. Brasília: Ministério da Saúde, 1987.

ISSLER, H. et al. Programas de incentivo ao aleitamento materno. In: Hugo Issler. (Org.). **O Aleitamento Materno no Contexto Atual: Políticas, Práticas e Bases Científicas**. São Paulo: SARVIER, v.1, p. 70 – 74, 2008.

JONES, G. et al. How many child deaths can we prevent this year? **Lancet, London**, v. 362, p. 65-71, 2003.

LAWN, J.E. et al. Review groups. Global report on preterm birth and stillbirth (1 of 7): definitions, description of the burden and opportunities to improve data. **BMC Pregnancy Childbirth**. v.10, n.suppl 1, s1. 2010.

LOPES, L. F. D. **Métodos Quantitativos**. 1 ed. Santa Maria: UFSM – CCSH, 225p., 2016.

LOPES, S. S.; LAIGNIER, M. R.; PRIMO, C. C.; LEITE, F. M. C. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: Avaliação dos dez passos para o Sucesso do Aleitamento Materno. **Rev Paul Pediatr**, v. 31, n. 4, p. 488 – 83, 2013.

LUNA, F.D.T.; OLIVEIRA, J. D. L.; SILVA, L. R. M. **Banco de leite humano e estratégia saúde da família: parceria em favor da vida**. Rev Bras Med Fam Comunidade. v.9, n.33, p.358-364. 2014.

MACIEL, I. V. L.; ALMEIDA, C. S.; BRAGA, P. P. Breastfeeding in the context of prematurity: the maternal speech. **J Nurs UFPE**. v.8, p.1178-84. 2014.

MAIA, P. R. S. et al. **Rede Nacional de Bancos de Leite Humano: gênese e evolução**. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, v. 6, n. 3, p. 285-292, jul./set. 2006.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec: 2013.

MONTEIRO, J.C.S; NAKANO, M.S; GOMES, F. A. **O aleitamento materno enquanto uma prática construída**: Reflexões acerca da evolução histórica da amamentação e desmame no Brasil. Scielo. Brasil. Julho, 2011.

NASCIMENTO, M. B. R.; ISSLER, H. Aleitamento materno em prematuros: manejo clínico hospitalar. **Jornal de Pediatria**, v.80, n.5 Supl, p.163-172, 2004.

NEVILLE, M. C. et al. Lactation and Neonatal Nutrition: Defining and Refining the Critical Questions. **Journal Mammary Gland Biol Neoplasia**. v.17, p.167–188. 2012.

OLIVEIRA, S. J. G. S. et al. Assistência humanizada no período perinatal com a utilização do método canguru: uma revisão bibliográfica. **Ciências Biológicas e da Saúde**, Aracaju, v. 2, n.2, p. 79-91, out 2014.

OLIVEIRA, T. M. V. **Escalas de Mensuração de Atitudes**: Thurstone, Osgood, Stapel, Likert, Guttman, Alpert. Administração OnLine Prática - Pesquisa – Ensino, v. 2, n. 2. 2001.

PADOIN, S. M. de M. **O cotidiano da mulher com HIV/aids diante da (im)possibilidade de amamentar: um estudo na perspectiva heideggeriana**. 2006. 195f. Tese (Doutorado) - Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2006.

PAIVA, C. V. A. et al. Aleitamento materno de recém-nascidos internados: dificuldades de mães com filhos em unidade de cuidados intensivos e intermediários neonatais. **Rev Min Enferm**, v.17, n.4, p.924-931, out-dez, 2013.

PNUD. **Os oito objetivos do milênio**. Agenda pós 2015. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/ODM.aspx>. 2015.

RAMOS, C.V. et al. **Prevalência do Aleitamento Materno Exclusivo** e os fatores a ele associados em crianças nascidas nos Hospitais Amigos da Criança de Teresina – Piauí. **Rev Epidemiol Serv Saúde**. v.19, n.2, p.115-24. 2010.

REA, M.F. **Avaliação das práticas diferenciais de amamentação**: a questão da etnia. **Rev. Saúde Pública**. v.28, n.5, p.365-72. 1994.

RECHIA, F. P. N. S. et al. Fatores que interferem na doação de leite humano: revisão integrativa. **Cogitare Enferm.**, v.21, n.3, p.01-11, jul/set, 2016.

REDE-BLH. **Normas técnicas REDEBLH-BR para Banco de Leite Humano**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

REDE BRASILEIRA DE BANCO DE LEITE. **REDEBLH**. Disponível em: <<http://www.redeblh.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?tpl=home>> . Acesso em: 01 set. 2015.

- RIBEIRO, D. B. **Produção dos bancos de leite humano e sua adequação à demanda estimada de leite humano para prematuros no Rio Grande do Sul no período de 2009 a 2013**. 2014. 35f. Monografia (Especialização) – Porto Alegre: UFRGS, 2014.
- ROCHA, N. M. N. da; MARTINEZ, F. E.; JORGE, S. M. Cup or bottle for preterm infants: effects on oxygen saturation, weight gain, and breastfeeding. **Journal of Human Lactation**. v.18, n.2, p.132-8, 2002.
- ROLLINGS, N. C. et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? **Lancet**, v. 387, p.491-504, Jan, 2016.
- ROMAN, Vazquez S. et al. Impacto en la practica clinica de la apertura de un banco de leche en una unidad neonatal. **Anales de Pediatria**. Barcelona, 2013.
- RONCHINI, C. E.; FRANCHINI, A. A.; SIVIERO, P. C. L. Mortalidade Infantil e na Infância no Brasil de 1990 a 2011: Acompanhamento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). **Caderno de Estudos Interdisciplinares**, v. 1, n. 1, p. 57- 66, 2014.
- SANTOS, T.A.S.; DITZ, E.S.; COSTA, P.R. Práticas favorecedoras do aleitamento materno ao recém-nascido prematuro internado na unidade de terapia intensiva neonatal. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v.2, n.3, p.438-450, set-dez, 2012.
- SCHANLER, R. J. Em tempo: leite humano é a estratégia alimentar para prevenir a enterocolite necrosante. **Rev Paul Pediatr**. V.33, n.2, p. 131-133, 2015.
- SILVA, E. S. et al. Doação de leite materno ao banco de leite humano: conhecendo a doadora. **Demetra**, v.10, n.4, p.879-889, 2015.
- SILVA, R.K.C. et al. O ganho de peso em prematuros relacionado ao tipo de leite. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, v.16, n.3, p.535-41, jul/set, 2014.
- SILVA, W. F.; CALDEIRA, F. G. Z. Tempo de aleitamento materno exclusivo em recém nascidos prematuros e a termo. **Rev CEFAC**. v.15, p.160-71. 2013.
- SOUZA, M. B.M.; ALMEIDA, J.A.G. **História da alimentação do lactente no Brasil: do leite fraco à biologia da excepcionalidade**. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.
- STUEBE, A. M.; SCHWARZ, E. B. The risks and benefits of infant feeding practices for women and their children. **Journal of Perinatology**, Philadelphia, v. 30, n. 3, p. 155-162, 2010.
- THU, H. N. et al. Breastfeeding practices in urban and rural Vietnam. **BMC Public Health**. v.12, p.964. 2012.
- TOMA, T. S.; VENÂNCIO, S. I.; ANDRETTO, D. A. Percepção das mães sobre o cuidado do bebê de baixo peso antes e após implantação do Método Mãe-Canguru em hospital público da cidade de São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v.7, n.3, p.297-307, jul-set, 2007.

TOMA, T. S.; VENÂNCIO, I. S.; REA, M. F. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: uma reflexão sobre processos educativos para implantação de práticas apropriadas de atenção a mães e recém-nascidos em São Paulo. **Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, n. 48, p. 55-60, 2009.

TROJAHN T. C. **Cotidiano dos profissionais de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal na manutenção da lactação**. 2014. 87f. Dissertação (Mestrado) – Santa Maria: UFSM, 2014.

TRONCO, C. S. et al. Manutenção da lactação de recém-nascido pré-termo: rotina assistencial, relação mãe-filho e apoio. **Esc Anna Nery**, v.19, n.4, p.635-640, out-dez, 2015.

VENÂNCIO, S. I.; MONTEIRO, C. A. A tendência da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80. **Revista Brasileira Epidemiologia**. São Paulo, v.1 n.1, abril 1998.

VENANCIO, S. I.; NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; GIUGLIANI, E. R. J. Reflexões sobre a trajetória do AM no Brasil e suas interfaces com o movimento pela humanização do parto e nascimento com a política nacional de humanização. **Revista Tempus Actas Saúde Coletiva**, Brasília, DF, v. 4, n. 4, p. 129-141, 2010.

VICTORA, C.G; MATIJASEVICH, A.; SANTOS, I. S.; BARROS, A. J. D.; HORTA, B. L.; BARROS, F. C. Breastfeeding and feeding patterns in three birth cohorts in Southern Brazil: trends and differentials. **Caderno de Saúde Pública**. v.24, n.supl3, p.409-416. 2008.

VICTORA, C. G. et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect, **Lancet**, v. 387, p.475-490, Jan, 2016.

VINAGRE, R. D.; DINIZ, E. M. A.; VAZ, F. A. C. **Leite humano**: um pouco de sua história. *Pediatria (São Paulo)*. v.23, n.4, p.340-5. 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Indicators for assessing infant and young child feeding practice**: conclusions of a consensus meeting held 6-8 Nov.; Washington D.C., USA. 2007.

ANEXOS

ANEXO A - ESCALA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM



GRUPO DE PESQUISA CUIDADO À SAÚDE DAS PESSOAS FAMÍLIAS E SOCIEDADE

Projeto de pesquisa: **Estratégias para implantação de um Banco de Leite Humano: posição dos profissionais e gestores**

Mestranda: Flavia Pinhão Nunes de Souza Rechia
Pesquisador responsável: Dra Cristiane Cardoso de Paula

QUESTIONÁRIO

Prezado participante desta pesquisa, você iniciará este instrumento respondendo algumas perguntas a respeito dos seus dados pessoais.

PARTE I: DADOS DE IDENTIFICAÇÃO, DEMOGRÁFICOS, ECONÔMICOS, SOCIAIS E CLÍNICOS.

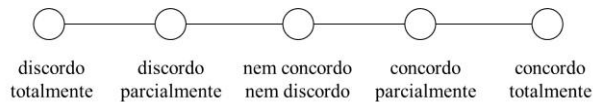
Nº da entrevista: _____	
Data da entrevista: ____/____/____	
Entrevistador: _____	
1. <input type="checkbox"/> UTI neo <input type="checkbox"/> _____	
2. <input type="checkbox"/> AC _____	
3. <input type="checkbox"/> outro _____	
Nome do profissional/gestor: _____	
P1	Qual a sua data de nascimento? Data de nascimento: ____/____/____ (dia) (mês) (ano)
P2	Qual o seu sexo? 1. <input type="checkbox"/> masculino 2. <input type="checkbox"/> feminino
P3	Qual a sua situação conjugal? 1. <input type="checkbox"/> convive com esposo/ companheiro(a) 2. <input type="checkbox"/> solteiro(a) 3. <input type="checkbox"/> separado/divorciado/ viúvo(a)
P4	Qual a sua formação? 1. <input type="checkbox"/> medicina 2. <input type="checkbox"/> enfermagem 3. <input type="checkbox"/> nutrição 4. <input type="checkbox"/> outra _____
P5	Quando você concluiu sua faculdade? Ano: _____
P6	Possui pós-graduação? 1. <input type="checkbox"/> não possui (pular para P8) 2. <input type="checkbox"/> residência: _____ 3. <input type="checkbox"/> especialização: _____ 4. <input type="checkbox"/> mestrado: _____ 5. <input type="checkbox"/> doutorado: _____
P7	Quando você concluiu sua última pós-graduação? Ano: _____
P8	Possui formação complementar (cursos, capacitação, etc..)? 0. <input type="checkbox"/> não 1. <input type="checkbox"/> sim a) Qual? _____
P9	Qual o vínculo que você tem com este serviço? 1. <input type="checkbox"/> Celetista 2. <input type="checkbox"/> Estatutário 3. <input type="checkbox"/> Terceirizados
P10	Há quanto tempo você trabalha neste serviço de saúde? _____ meses _____ anos

P11	Qual seu turno de trabalho?	1. <input type="checkbox"/> Manhã 2. <input type="checkbox"/> Tarde 3. <input type="checkbox"/> Noite 4. <input type="checkbox"/> Misto
P12	Você tem algum cargo neste serviço?	0. <input type="checkbox"/> não 1. <input type="checkbox"/> sim a) Qual? _____
P13	Você trabalha em algum outro serviço de saúde, público ou privado?	0. <input type="checkbox"/> não 1. <input type="checkbox"/> sim

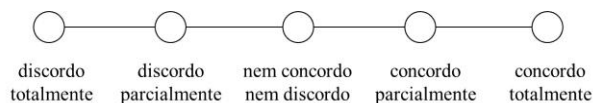
Agora você marcará sua opinião, referente a cada afirmativa, acerca da sua percepção da necessidade de um Banco de Leite Humano (BLH) neste hospital.

PARTE II: ESCALA DE NECESSIDADE DE IMPLANTAÇÃO DO BANCO DE LEITE HUMANO

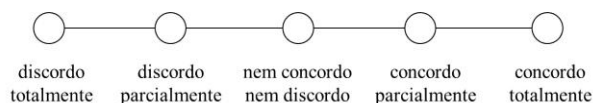
1 Este hospital precisa de um BLH.



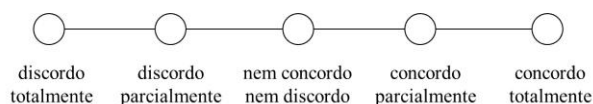
2 Este hospital tem condições de infraestrutura para implantar um BLH.



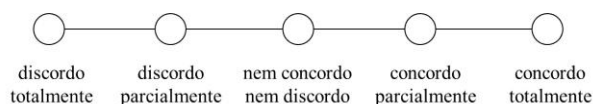
3 Este hospital tem condições de recursos humanos para implantar um BLH.



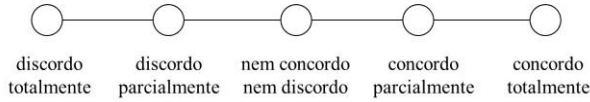
4 O HUSM atende nutrízes potenciais doadoras.



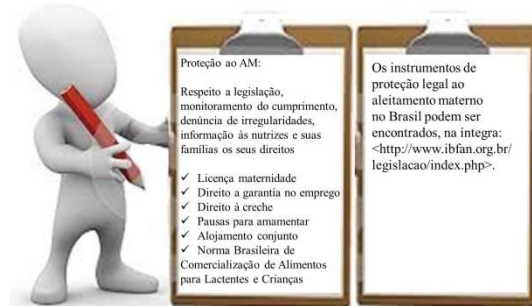
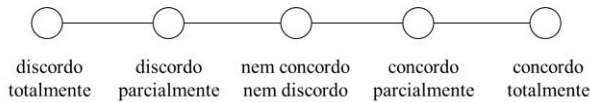
5 Todas as nutrízes poderão doar seu leite, basta serem voluntárias.



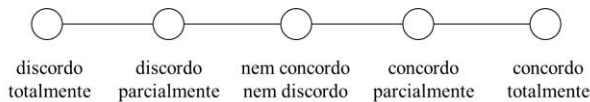
6 O BLH desenvolverá ações de promoção do aleitamento materno.



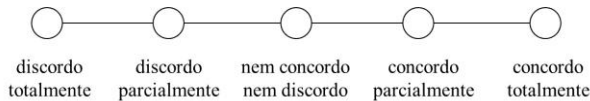
7 O BLH desenvolverá ações de proteção do aleitamento materno.



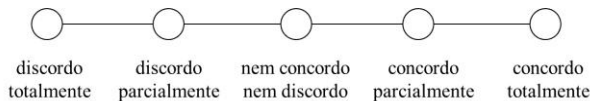
8 O BLH desenvolverá ações de apoio do aleitamento materno.



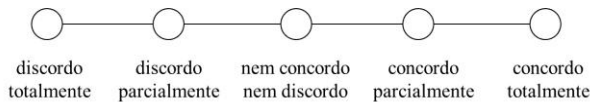
9 O BLH contribuirá para a atenção à saúde da mulher.



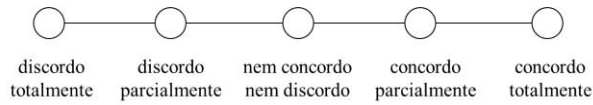
10 O BLH contribuirá para a atenção à saúde do recém-nascido.



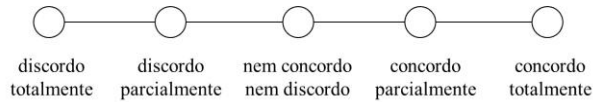
11 O BLH contribuirá para a atenção à saúde da criança.



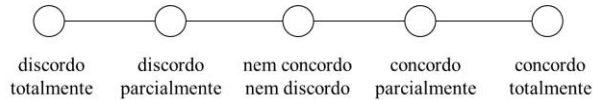
12 O BLH ajudará a garantir o leite humano como primeira opção de alimento para recém-nascidos de risco e/ou bebês doentes.



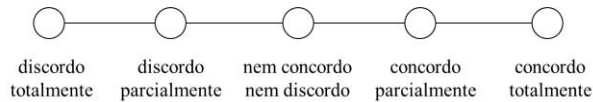
13 A oferta de leite humano, pelo BLH, contribuirá com a prevenção de doenças e a redução da mortalidade neonatal.



14 O BLH ajudará as nutrizes na prevenção de complicações da lactação.



15 O BLH ajudará as nutrizes na manutenção da lactação enquanto seus filhos não puderem mamar direto no peito, por exemplo, quando estiverem na UTI.



Agradecemos sua disponibilidade em participar desta pesquisa, primeiramente respondendo este questionário. Posteriormente, serão selecionados alguns participantes para compor o grupo focal no qual discutiremos a implantação do BLH no HUSM.

ANEXO B – ROTEIRO PARA AS SESSÕES DE GRUPO FOCAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUACAO EM ENFERMAGEM
GRUPO DE PESQUISA CUIDADO À SAÚDE DAS PESSOAS, FAMÍLIAS E SOCIEDADE

Pesquisadora: Enf^a Msd^a Flavia Pinhão Nunes de Souza Rechia

Orientadora: Prof^a Enf^a Dra^a Cristiane Cardoso de Paula

ESTRATÉGIAS PARA IMPLANTAÇÃO DE UM BANCO DE LEITE HUMANO: POSIÇÃO DOS PROFISSIONAIS E GESTORES

Os encontros serão organizados em cinco momentos:

1º Momento - Apresentação: apresentação individual e grupal de todos os participantes.

2º Momento - Apresentação dos objetivos do encontro: apresentação da pesquisa, TCLE, funcionamento e organização do grupo focal, o papel da moderadora e do observador.

3º Momento - Dinâmica: esse momento está intimamente ligado com o 4º momento. Início da dinâmica de debate.

4º Momento - Discussão: discussões sobre o objetivo proposto, utilizando as perguntas-chave abertas: O quê? Para quê? Por quê? Como? Além de incentivar os participantes do estudo, ressaltar a importância deles.

5º Momento - Síntese da finalização: construção de uma síntese coletiva. Planejamento do próximo encontro.

1º SESSÃO GRUPAL	
OBJETIVO	Discutir as demandas para a implantação do BLH.
OPERACIONALIZAÇÃO	
1º MOMENTO	Contrato grupal verbal, de compromisso ético, respeito e sigilo do que for discutido, além do compromisso com horários e gravação das discussões. Apresentação dos objetivos do encontro, esclarecimentos quanto à operacionalização do grupo focal e o papel da moderadora e dos observadores.
2º MOMENTO	Apresentações dos participantes com a técnica da dinâmica de apresentação da TEIA . Entrega dos crachás aos participantes.
3º e 4º MOMENTO	Início das discussões com o questionamento: “A partir da posição dos atores envolvidos, quais as demandas para implantação do BLH no HUSM?” . Questões para auxílio no debate: - Quais as dificuldades da Instituição para implantação do BLH? - Quais as facilidades?
5º MOMENTO	Síntese e validação coletiva. Espaço para os profissionais colocarem e/ou esclarecerem alguma ideia referida na discussão. Planejamento do próximo encontro.

2º SESSÃO GRUPAL	
OBJETIVO	Discutir as ações para a implantação do BLH.
OPERACIONALIZAÇÃO	
1º MOMENTO	Entrega dos crachás Reforçar o contrato grupal
2º MOMENTO	Apresentação dos resultados da sessão anterior por meio de cartazes. Apresentar o objetivo desta sessão.
3º e 4º MOMENTO	Organização em subgrupos para início à dinâmica de questionamento. Após a reflexão do grupo, confecção de um novo cartaz compondo um organograma de ações para implantação do BLH no HUSM.
5º MOMENTO	Síntese e validação coletiva. Espaço para os profissionais colocarem e/ou esclarecerem alguma ideia referida na discussão.

3º SESSÃO GRUPAL	
OBJETIVO	Discutir estratégias e encaminhamentos para a implantação do BLH.
OPERACIONALIZAÇÃO	
1º MOMENTO	Entrega dos crachás Reforçar o contrato grupal
2º MOMENTO	Apresentação dos resultados da sessão anterior por meio de cartazes. Apresentação dos objetivos desta sessão.
3º e 4º MOMENTO	Discussões com o questionamento: “Para cada ação do organograma, quais as estratégias para implantação do BLH no HUSM?” e “Para implantação do BLH no HUSM, quais os encaminhamentos/acordos necessários?”
5º MOMENTO	Síntese e validação coletiva. Espaço para os profissionais colocarem e/ou esclarecerem alguma ideia referida na discussão.

ANEXO C - GUIA DE AVALIAÇÃO DO GRUPO FOCAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
GRUPO DE PESQUISA CUIDADO À SAÚDE DAS PESSOAS, FAMÍLIAS E SOCIEDADE

Pesquisadora: Enf^a Msd^a Flavia Pinhão Nunes de Souza Rechia
Orientadora: Prof^a Enf^a Dra^a Cristiane Cardoso de Paula

ESTRATÉGIAS PARA IMPLANTAÇÃO DE UM BANCO DE LEITE HUMANO: POSIÇÃO DOS PROFISSIONAIS E GESTORES

Caro participante, agradecemos sua participação nesta pesquisa.
Gostaríamos que você registrasse a sua avaliação desse grupo focal:

	Sim	Regular	Não
LOCAL			
O local estava adequado?			
Estava organizado?			
Era confortável?			
O ambiente estava tranquilo?			
O tempo foi adequado?			
Houve interrupções?			
ENCONTRO			
Os objetivos foram explicados?			
O guia de temas foi adequado?			
A sistematização do encontro foi adequada?			
As ideias foram retomadas?			
MODERADOR E OBSERVADOR			
Participaram ativamente?			
Estavam tranquilos?			
Proporcionaram um bom relacionamento?			
Tinham domínio do guia de temas?			
Promoveram a tranquilidade dos membros do grupo			
Foram imparciais?			
Promoveram um bom relacionamento?			
Retomaram os debates, quando preciso?			
A programação foi respeitada?			

Agradecimento

Dra Cristiane Cardoso de Paula – pesquisador responsável
Mda Flavia Pinhão Nunes de Souza Rechia – mestrande

ANEXO D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO¹

Título da pesquisa: ESTRATÉGIAS PARA IMPLANTAÇÃO DE UM BANCO DE LEITE HUMANO: POSIÇÃO DOS PROFISSIONAIS E GESTORES.

Pesquisador responsável: Prof^a Dr^a Cristiane Cardoso de Paula

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria – Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Telefone e endereço postal completo: (55) 3220-8938, Avenida Roraima, 1000, prédio 26, sala 1336, 97105-970, Santa Maria.

Local da coleta de dados: Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM/RS).

Prezado(a) Senhor(a):

Você está sendo convidado(a) para participar desta pesquisa intitulada “Estratégias para implantação de um Banco de Leite Humano: posição dos profissionais e gestores”, de autoria de Flavia Pinhão Nunes de Souza Rechia, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM, sob orientação da Professora Doutora Cristiane Cardoso de Paula. A pesquisa tem como objetivos: 1) conhecer a posição dos profissionais de saúde e gestores da área materno-infantil quanto a implantação de um Banco de Leite Humano em um Hospital Universitário e, 2) discutir as estratégias para a implantação deste Banco de Leite Humano.

É importante que antes de concordar em participar desta pesquisa você compreenda todas as informações as quais dizem respeito a sua participação:

- Acreditamos que essa pesquisa ampliará o conhecimento no tema de atenção à saúde materno-infantil. Espera-se contribuir para as ações desenvolvidas na implantação do Banco de Leite Humano desta Instituição.

- Para sua realização será utilizado como método de coleta de dados a técnica de questionário e grupos focais. Desta forma, sua participação consistirá, primeiramente, na resposta ao questionário e, posteriormente, haverá uma seleção daqueles que participarão nos grupos focais, onde discutiremos as estratégias para implantação do Banco de Leite Humano no HUSM/RS. Esses grupos contarão com a presença de seus colegas e gestores. Esses grupos serão gravados (áudio) e anotados no diário de campo e posteriormente transcritos por mim, a fim de resguardar a fidedignidade dos dados.

- Comunico que a sua participação em qualquer etapa da pesquisa, não representará, a princípio, riscos de ordem moral e psicológica. Destaca-se que alguns sentimentos poderão ser mobilizados pelo fato de que será realizada uma discussão conjunta e você terá de refletir sobre o seu cotidiano assistencial e episódios relacionados à sua vivência. Caso isso ocorra com você, iremos conversar até chegar a um acordo a respeito da sua possibilidade de continuar a pesquisa ou desistência.

- Os benefícios que esperamos com este estudo é de trazer maior conhecimento sobre o tema abordado, com possibilidade de melhora no atendimento de saúde as nutrizes e recém-nascidos.

- Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com algum dos pesquisadores ou com o Conselho de Ética em Pesquisa.

- Você tem garantido a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão.

- As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão ser divulgadas, apenas,

² Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009 Email: comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br. Web: www.ufsm.br/cep

em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Os dados transcritos da pesquisa e os TCLE serão guardados por cinco anos no campus da UFSM, Avenida Roraima, 1000, 97105-900 - Santa Maria- RS, em uma sala do Departamento de Enfermagem no Centro de Ciências da Saúde (prédio 26), sob a guarda da pesquisadora responsável deste projeto Dra Cristiane Cardoso de Paula. Após esse período, os dados serão destruídos.

- Os gastos necessários para o desenvolvimento dessa pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores responsáveis. Fica, também, garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

Eu _____, portador da identidade _____ após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro para que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade, bem como de esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo.

_____ Data: ___/___/___
Assinatura do profissional

_____ Data: ___/___/___
Assinatura do entrevistador

Assinatura do pesquisador responsável
Telefone: (55) 32208938 ou (55)99993282

ANEXO E - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE²

Título do projeto: Estratégias para implantação de um banco de leite humano: posição dos profissionais e gestores.

Pesquisador responsável: Prof^a Dr^a Cristiane Cardoso de Paula.

Mestranda: Flavia Pinhão Nunes de Souza Rechia

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/RS) – Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Telefone para contato: (55) 32208938 ou (55) 99993282.

Local da coleta de dados: Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM/RS).

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a confidencialidade dos dados dos participantes, cujos dados serão coletados por meio de gravação dos depoimentos em grupo focal e transcrição destes e do diário de campo. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto e composição de um banco de dados. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima. Os dados transcritos da pesquisa e os TCLE serão guardados por cinco anos no campus da UFSM, Avenida Roraima, 1000, 97105-900 - Santa Maria- RS, na sala 1336 do Departamento de Enfermagem no Centro de Ciências da Saúde (prédio 26) no núcleo de pesquisa do Grupo de pesquisa: “Cuidado à Saúde das Pessoas, Família e Sociedade” (GP-PEFAS), cadastrada no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), sob a guarda da pesquisadora responsável deste projeto Dra Cristiane Cardoso de Paula. Após esse período, os dados serão destruídos.

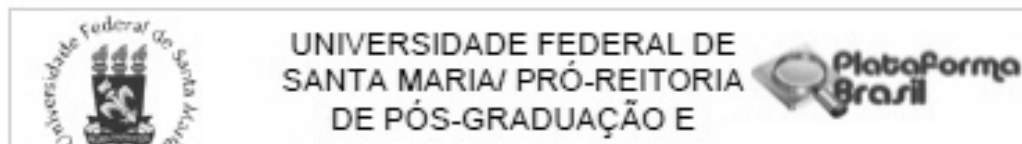
Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em 12/01/2016, com o número do CAAE 52259215.3.0000.5346

Santa Maria,dede 20.....

Assinatura do pesquisador responsável

² Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009 Email: comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br. Web: www.ufsm.br/cep

ANEXO F – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (UFSM)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTRATÉGIAS PARA IMPLANTAÇÃO DE UM BANCO DE LEITE HUMANO: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS E GESTORES

Pesquisador: CRISTIANE CARDOSO DE PAULA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 52259215.3.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

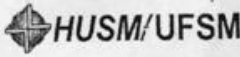

Número do Parecer: 1.387.356

Apresentação do Projeto:


Os bancos de leite humano são considerados uma das mais importantes estratégias da política pública em favor da promoção, proteção e apoio à amamentação. Objetivam a oferta do leite humano como primeira opção de alimento para os recém-nascidos de risco e/ou bebês doentes, contribuindo com a prevenção de doenças e a redução da mortalidade infantil. Cumprindo, assim, com o compromisso estabelecido no Pacto da Saúde e na Declaração do Milênio. Diante disso, tem-se a questão de pesquisa: qual a percepção da implantação de um banco de leite humano para os profissionais e gestores potencialmente envolvidos neste processo? Tem-se como objeto estratégias para a implantação de um banco de leite humano em um hospital-ensino, referência para a região centro-oeste do RS, inclusive para atendimento de recém-nascidos de risco; e como objetivos: 1) conhecer a percepção dos profissionais de saúde e gestores da área materno-infantil quanto a implantação de um banco de leite humano em um hospital-ensino, e 2) discutir as estratégias para a implantação deste banco de leite humano. Metodologia: Abordagem qualitativa realizada em dois momentos. Desenvolver-se-á, primeiramente, a aplicação de um questionário acerca da percepção da implantação de um banco de leite no município de Santa Maria/RS. Utilizar-se-á um instrumento com escala tipo Likert, elaborado para esta pesquisa, a partir das normativas da Rede de Bancos de Leite, com a população de gestores e profissionais de saúde das

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio de Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-070
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-0382 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com

ANEXO G – APROVAÇÃO DA GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA

Universidade Federal de Santa Maria
Hospital Universitário de Santa Maria
Gerência de Ensino e Pesquisa do HUSM
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares



REGISTRO DE DE PROJETOS

Nº Inscrição GEP 0861/2015 Data: 08/12/2015

Pesquisador(a): Cristiane Cardoso de Paula Função: Docente
 SIAPE: 2448579 Telefone: 9999-3282 Unidade/Curso: Departamento de Enfermagem
 E-mail: cristiane-depaula1@hotmail.com
 Título: Estratégias para Implantação de um Banco de Leite Humano: percepção dos profissionais e gestores

TIPO DE PROJETO: Pesquisa Extensão Ensino Institucional
 FINALIDADE ACADÊMICA: TCC Especialização Mestrado Doutorado
 Iniciação Científica Mestrado Profissional Outros
 Qual programa: PPGÉN/UFSM

TIPO DE PESQUISA: Inovações Tecnológicas em Saúde Ciências Sociais e Humanas aplicadas a Saúde
 Ensaio Clínico: Fase I Fase II Fase III Fase IV Epidemiológico
 Infraestrutura Avaliação de Tecnologia em Saúde Biomédica (Strito Sensu)
 Clínica Epidemiológica Observacional Pré-Clínica Qualitativa Sistema de Saúde
 Planejamento e Gestão de Políticas; Programa e Serviços da Saúde Outras Ações de C & T

FUNTE DE FINANCIAMENTO: Recursos do Pesquisador HUSM Agência Pública de Fomento Nacional (Capes, Cnpq, Fapergs, etc) Agência Pública de Fomento Internacional
 Indústria Farmacêutica Edital Interno UFSM, Qual? _____

GRUPO DE PESQUISA: Não Sim, Qual? Grupo de Pesquisa Cuidado de Saúde ao Paciente, Família e Sociedade.

OBS: A fonte de financiamento da pesquisa deverá estar claramente definida no projeto. Caso haja custos para o HUSM a forma de ressarcimento deverá estar definida no projeto.

Cristiane C. de Paula
Pesquisador(a) responsável

Dr^a Cristiane Cardoso de Paula
Professora Dep. Enter
CCS - UFSM
COREN - RS 110149

AVALIAÇÃO E APROVAÇÃO INSTITUCIONAL

➔ SETORIAL:
 Atenção chefia: favor ler o projeto e avaliar as condições de realização no Setor antes de assinar

Setores Envolvidos	Concorda com o Projeto		Assinatura e Carimbo
<u>CO</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<u>Dr. Katia B. Trevisan</u> Chefe da Unidade Materno Infantil CREMERS n° 14404 HUSM - EBSERH
<u>Porter/Enfermagem</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<u>Dr. Katia B. Trevisan</u> Chefe da Unidade Materno Infantil CREMERS n° 14404 HUSM - EBSERH
<u>2º andar</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<u>Dr. Katia B. Trevisan</u> Chefe da Unidade Materno Infantil CREMERS n° 14404 HUSM - EBSERH
<u>UTI - neonatal</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<u>Dr. Katia B. Trevisan</u> Chefe da Unidade Materno Infantil CREMERS n° 14404 HUSM - EBSERH
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	

➔ COMISSÃO CIENTÍFICA GEP/HUSM: De acordo, ci seguintes Data: 30/12/15
 ➔ PARECER FINAL GEP/HUSM: AO CEP

Beatriz Silveira da Silveira Porto
Assinatura e Carimbo De
Gerente de Ensino e Pesquisa
HUSM - EBSERH
SIAPE 1146155