



Giovanna Geórgia Pires Carrilho Araujo Vallim

Aleitamento Materno na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Naval Marcílio
Dias
Gotas que protegem a vida

Rio de Janeiro

2022

Giovanna Geórgia Pires Carrilho Araujo Vallim

Aleitamento Materno na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Naval Marcílio
Dias
Gotas que protegem a vida

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientador(a): Helena Seidl

Rio de Janeiro

2022

Dedico este Trabalho de Conclusão de Curso a todos os pacientes e seus familiares pelo muito que me ensinaram e por terem contribuído para que me tornasse uma profissional e um ser humano melhor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente a Deus, luz que ilumina minha vida, e sustento de todas as horas, por Sua presença constante ao meu lado. À minha mãe Ione e irmã Daniele, instrumentos de Deus, sem as quais teria sido impossível chegar até aqui. À minha avó Areuza que, do outro lado da vida, certamente, está comemorando mais esta vitória alcançada. Ao meu marido Carlos, companheiro de jornada, que muito me auxiliou neste trabalho. Às minhas amadas filhas, Anne Elise e Catherine, flores que dão cor à minha vida, que compreenderam a minha ausência este ano para que fosse possível me dedicar a este curso. À Marinha do Brasil que mais uma vez me proporcionou oportunidade de crescimento profissional. E à minha tutora Helena, minha imensa gratidão, por ter brilhantemente conseguido transformar este ano de lutas e esforço intenso em momentos de leveza e alegria.

Saber não basta; Devemos aplicar. Desejar não basta; Devemos fazer.

(Johann Wolfgang von Goethe)

RESUMO

O leite materno é um alimento completo e o mais adequado, nutricionalmente, para os bebês recém-nascidos (RN). Sem precisar ser complementado, nos primeiros seis meses de vida, é capaz de atender todas as demandas necessárias para que o crescimento e desenvolvimento da criança aconteçam em toda sua plenitude. Rico em anticorpos, protege contra diversas doenças reduzindo assim, a morbidade e mortalidade infantil, principalmente, naquelas crianças internadas na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal, por algum agravo que tenha ocorrido na gestação ou durante o parto.

Com todos estes benefícios surgiu a necessidade de estabelecer medidas capazes de promover o aleitamento materno na UTI Neonatal do Hospital Naval Marcílio Dias, referência nacional no Sistema de Saúde da Marinha para atendimento de neonatos de alto-risco.

Desta forma, este trabalho tem por objetivo a criação de protocolos que orientem a conduta da equipe no sentido de promover o uso do leite materno. Foram criados protocolos nutricionais, incluindo colostroterapia, revisado o procedimento operacional padrão sobre ordenha de leite materno, criado protocolo de método canguru adaptado às possibilidades da referida unidade e estabelecido, também, protocolo de sucção nutritiva e não-nutritiva.

Todo este trabalho foi realizado valorizando a ampla participação da equipe e considerando os pontos de vista dos diversos profissionais envolvidos.

Após o brainstorm realizado foram criados os protocolos e disseminadas as informações para os membros da equipe, de maneira que possamos unificar condutas. Daqui para a frente teremos por objetivo implementar efetivamente os protocolos favorecendo o aprimoramento no cuidado neonatal.

Palavras-chave: leite materno, UTI Neonatal, morbimortalidade neonatal, banco de leite humano

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Matriz de Programação de Ações	27
Tabela 2 – Causa Crítica 1	28
Tabela 3 – Causa Crítica 2	29
Tabela 4 – Causa Crítica 3	30
Tabela A.1 – Manejo da dieta enteral	39
Tabela A.2 – Doença Metabólica Óssea (DMO)	42

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Aleitamento materno aos 6 meses de vida no Brasil	21
Gráfico A.1 – Curvas internacionais de crescimento para crianças nascidas pré-termo (meninas)	43
Gráfico A.2 – Curvas internacionais de crescimento para crianças nascidas pré-termo (meninas), cont.	44
Gráfico A.3 – Curvas internacionais de crescimento para crianças nascidas pré-termo (meninos)	45
Gráfico A.4 – Curvas internacionais de crescimento para crianças nascidas pré-termo (meninos), cont.	46

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 JUSTIFICATIVA.....	14
1.2 OBJETIVOS	15
1.2.1 OBJETIVO GERAL.....	15
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
2 REFERENCIAL TEÓRICO	16
3 O PROJETO DE INTERVENÇÃO	23
3.1 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DA SITUAÇÃO-PROBLEMA	24
3.1.1 DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA	24
3.1.2 EXPLICAÇÃO OU ANÁLISE DA SITUAÇÃO-PROBLEMA	24
3.1.3 CAUSAS CRÍTICAS	25
3.2 PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES	26
3.2.1 MATRIZ DE PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES.....	27
3.3 GESTÃO DO PROJETO	31
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32
APÊNDICE A - PROTOCOLO ASSISTENCIAL – ALIMENTAÇÃO ENTERAL	36
A.1 DEFINIÇÃO	36
A.2 OBJETIVOS.....	36
A.3 INDICAÇÃO/ABRANGÊNCIA	36
A.4 CRITÉRIOS	36
A.4.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	36
A.4.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	36
A.5. DIAGNÓSTICO	37
A.5.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO.....	37
A.5.2 DIAGNÓSTICO LABORATORIAL	37

A.6 CONDUTAS	37
A.6.1 CONDUTAS FARMACOLÓGICAS	37
A.6.2 CONDUTAS NÃO FARMACOLÓGICAS	37
A.6.2.1 INÍCIO DA DIETA ENTERAL	37
A.6.2.2 QUAL LEITE OFERECER?	38
A.6.2.3 VIA PREFERENCIAL DE OFERTA DA DIETA	38
A.6.2.4 COLOSTROTERAPIA	39
A.6.2.5 SINAIS DE ALERTA	40
A.6.2.6 RESÍDUO GÁSTRICO	40
A.6.3 REABILITAÇÃO	40
A.6.4 ACOMPANHAMENTO CLÍNICO	41
A.6.4.1 PESO	41
A.6.4.2 COMPRIMENTO	41
A.6.4.3 PERÍMETRO CEFÁLICO	41
A.6.5 ACOMPANHAMENTO LABORATORIAL	41
A.7 REGISTROS	42
A.8 ANEXO	42
APÊNDICE B - PROTOCOLO ASSISTENCIAL - TERAPIA IMUNOLÓGICA ORAL (COLOSTROTERAPIA)	47
B.1 DEFINIÇÃO	47
B.2 OBJETIVOS	47
B.3 INDICAÇÃO/ABRANGÊNCIA	47
B.4 CRITÉRIOS	47
B.4.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	47
B.4.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	48
B.5 DIAGNÓSTICO	48
B.6 CONDUTAS	48
B.7 REGISTROS	48
APÊNDICE C - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - ORDENHA MANUAL E ARMAZENAMENTO DO LEITE MATERNO	49

C.1 OBJETIVO	49
C.2 ABRANGÊNCIA	49
C.3 RESPONSABILIDADES	49
C.3.1 ENFERMEIRO.....	49
C.3.2 TÉCNICO DE ENFERMAGEM	49
C.4 CONCEITOS	50
C.4.1 SIGLAS	50
C.4.2 DEFINIÇÃO.....	50
C.5 PROCEDIMENTOS	50
C.5.1 RECURSOS	50
C.5.2 DESCRIÇÃO.....	50
C.5.3 CONSIDERAÇÕES GERAIS.....	51
APÊNDICE D - PROTOCOLO ASSISTENCIAL – MÉTODO CANGURU	53
D.1 DEFINIÇÃO	53
D.2 OBJETIVOS	53
D.3 INDICAÇÃO/ABRANGÊNCIA	54
D.4 CRITÉRIOS	54
D.4.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NA PRIMEIRA ETAPA.....	54
D.4.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DA PRIMEIRA ETAPA.....	54
D.4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NA SEGUNDA ETAPA (POSIÇÃO CANGURU) ...	54
D.4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DA SEGUNDA ETAPA (POSIÇÃO CANGURU) ..	55
D.5 DIAGNÓSTICO	55
D.6 CONDUTAS	55
D.6.1 PRIMEIRA ETAPA.....	55
D.6.1.1 POSIÇÃO CANGURU EM RN SOB SUPORTE VENTILATÓRIO	56
D.6.1.1.1 ANTES DA TRANSFERÊNCIA	56
D.6.1.1.2 TRANSFERÊNCIA DO RN DA INCUBADORA PARA A POSIÇÃO CANGURU	57
D.6.1.1.3 TRANSFERÊNCIA DO RN DA POSIÇÃO CANGURU PARA A INCUBADORA	58
D.6.1.2 ADEQUAÇÃO SENSORIAL NA UTI NEONATAL.....	58

D.6.2 SEGUNDA ETAPA.....	59
D.6.3. POSIÇÃO CANGURU	60
D.6.3.1 PREPARAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO.....	60
D.6.3.2 POSICIONANDO O RECÉM-NASCIDO	60
D.6.3.3 POSICIONANDO OS PAIS	61
D.6.3.4 ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE.....	61
D.6.3.5 CUIDADOS ESPECIAIS	62
D.6.3.5.1 TROCA DE FRALDA	62
D.7 REGISTROS	62
APÊNDICE E - PROTOCOLO ASSISTENCIAL - SUCCÃO NÃO NUTRITIVA E NUTRITIVA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL.....	63
E.1 DEFINIÇÃO	63
E.2 OBJETIVOS.....	63
E.3 INDICAÇÃO/ABRANGÊNCIA	64
E.4 CRITÉRIOS	64
E.4.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	64
E.4.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	65
E.5 DIAGNÓSTICO	65
E.6 CONDUTA	65
E.6.1 COMO REALIZAR A AVALIAÇÃO DA SUCCÃO NÃO-NUTRITIVA	65
E.6.2 COMO REALIZAR A AVALIAÇÃO DA SUCCÃO NUTRITIVA.....	66
E.7 REGISTROS	66
ANEXO A - 10 PASSOS PARA O SUCESSO DO ALEITAMENTO MATERNO	67
ANEXO B - PROGRAMA NACIONAL DE INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO	68

1 INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal destina-se ao atendimento de recém-nascidos (RN) em situações adversas que necessitarão de um atendimento especializado e de equipamentos próprios capazes de oferecer o suporte apropriado para suas condições críticas. Constitui-se em uma estrutura complexa, com vários dispositivos e aonde ocorrem frequentes procedimentos, que tem por objetivo final reduzir a morbimortalidade e sequelas nos recém-nascidos.

Ter um filho que logo ao nascer é internado em uma UTI Neonatal é uma situação de grande sofrimento e angústia para os pais que temem por ver seus bebês sendo submetidos a vários procedimentos, muitos deles dolorosos, e sem saber qual será o desfecho final.

Neste contexto surge o leite materno como um tesouro capaz de trazer imensos benefícios tanto para o recém-nascido como para a família.

Considerado o alimento mais completo que o recém-nascido pode receber por conter vitaminas, minerais, gorduras, açúcares e proteínas em composição apropriada para a faixa etária, o leite materno é a estratégia que isoladamente mais previne mortes em crianças menores de cinco anos (SECRETARIA DA SAÚDE DO PARANÁ, [s.d.]). Possui todos os nutrientes necessários ao adequado crescimento e desenvolvimento do recém-nascido, aliado à sua mais fácil digestão, bem como tem o potencial de diminuir o risco de diversas infecções comuns na infância, como diarreia e infecções respiratórias, por possuir anticorpos em sua constituição.

Se o leite materno já é perfeito para o bebê a termo e saudável poder se desenvolver com todo seu potencial, ainda mais importante é para o prematuro ou qualquer outro bebê, mais fragilizado, internado na UTI Neonatal. Contribui para a prevenção de retinopatia da prematuridade e displasia broncopulmonar que são doenças graves e frequentes nos prematuros e que podem ter desfechos bastante comprometedores para os pequenos pacientes.

Tão completo é que seus benefícios se estendem até a vida adulta protegendo contra doenças crônicas como hipertensão e diabetes.

O leite materno tem ainda o poder de influenciar o emocional da mãe enquanto o bebê está internado na UTI Neonatal. Ver seu leite sendo utilizado como alimento para o bebê permite

que essa mãe se sinta parte integrante do cuidado e responsável por fornecer um nutriente capaz de ajudar o seu filho a ter uma recuperação mais rápida e bem-sucedida.

Entretanto, grande parte dos bebês internados na UTI Neonatal não possui condições de receber a nutrição através da sucção ao seio materno e, em muitos casos, o alimento fornecido é a fórmula láctea, o que aumenta a angústia da mãe que já se encontra bem sofrida.

Assim, há a necessidade de uma grande dedicação da equipe atuante na UTI Neonatal, para que estimule a entrada dos pais na Unidade Neonatal e para que estes percebam que a presença deles é fundamental para o bom desempenho da criança. O incentivo à lactação deve ser considerado uma peça-chave no atendimento do bebê na UTI.

Portanto, o presente trabalho de conclusão de curso tem por objetivo promover medidas que estimulem a oferta de leite materno dentro da UTI Neonatal do Hospital Naval Marcílio Dias, no qual faço a rotina médica, minimizando o uso das fórmulas lácteas, de forma a possibilitar que as crianças possam receber o melhor alimento para seu pleno crescimento e desenvolvimento ao mesmo tempo em que o vínculo mãe/bebê se estabelece e fortalece, trazendo benefícios para toda a família e sociedade.

1.1 JUSTIFICATIVA

O Hospital Naval Marcílio Dias é um hospital terciário, de grande porte, e referência na assistência médica do Sistema de Saúde da Marinha. Dispõe de uma maternidade que atende gestantes de alto risco de todo o país o que gera, em consequência, um grande fluxo de entrada de pacientes na UTI Neonatal.

Analisando as dietas oferecidas para os recém-nascidos internados na UTI Neonatal foi constatada a taxa altíssima do uso de fórmula láctea. Sabedora dos benefícios do leite materno, esta constatação é considerada alarmante e que vai de encontro às várias recomendações do Ministério da Saúde e de sociedades que trabalham pelo sucesso do aleitamento materno como a Sociedade Brasileira de Pediatria.

Tal situação é preocupante pois, estimular o uso do leite materno imediatamente após o parto e manter a oferta, é fundamental para que a puérpera consiga manter sua produção

constante, de forma que o bebê receba alta hospitalar em seio materno, e a permitir o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida, conforme recomendação do Ministério da Saúde.

Ao ser utilizada muita fórmula láctea, já está comprovado que a produção materna de leite irá diminuir. Ao se estabelecer a hipogalactia muito dificilmente será possível reverter a situação restando realmente ao bebê apenas o uso do leite industrializado.

Como médica responsável pela rotina médica da UTI Neonatal do Hospital Naval Marcílio Dias, na tentativa de empreender esforços no sentido de promover medidas fortalecedoras do uso do leite materno e contribuir para a melhor qualidade de vida destas crianças, está sendo desenvolvido este trabalho para que a Unidade Neonatal seja um local de incentivo ao uso do leite materno, ao desenvolver na equipe a compreensão de que todos nós que atuamos no setor somos responsáveis por mudar este cenário.

Dessa forma, haverá uma grande contribuição para todo o Sistema de Saúde da Marinha pois espera-se que a taxa de mortalidade das crianças internadas na UTI Neonatal decresça e que o tempo de internação seja reduzido. Ao longo da infância serão crianças menos suscetíveis a infecções e alergias, contribuindo para a redução da mortalidade infantil, além de gerar um outro grande benefício que é o aumento do vínculo da criança com a família, tornando-a mais segura de si e capaz de criar e manter melhores relações em sociedade.

Os benefícios se estenderão até a vida adulta, quando então terão risco reduzido de doenças crônicas tal como diabetes e hipertensão.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Reduzir o oferecimento de fórmula láctea na UTI Neonatal do Hospital Naval Marcílio Dias.

1.2.2 Objetivos específicos

Criar Protocolos de: alimentação enteral (Apêndice A), colostroterapia (Apêndice B), método canguru (Apêndice D) e sucção nutritiva e não nutritiva (Apêndice E).

Revisar Procedimento Operacional Padrão de ordenha manual e armazenamento do leite materno (Apêndice C) na UTI Neonatal.

Treinar a equipe quanto à aplicação dos protocolos e procedimento operacional padrão estabelecidos.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O leite materno é o primeiro e o mais importante alimento. De fundamental importância para a saúde das crianças é considerado o padrão ouro da alimentação do recém-nascido e um alimento completo sendo recomendado, pelo Ministério da Saúde, seu uso exclusivo até 6 meses de idade não necessitando nenhuma complementação, nem mesmo chás e água. A partir dos seis meses são introduzidos os alimentos sólidos, mas ainda assim é preconizada sua oferta até pelo menos dois anos de idade.

Para reforçar sua importância, através da Lei nº 13.435 foi instituído o mês de agosto como o Mês do Aleitamento Materno (BRASIL, 2017a). Tal mês foi designado Agosto Dourado e simboliza a luta pelo incentivo à amamentação – a cor dourada está relacionada ao padrão ouro de qualidade do leite materno (SOUZA, 2021).

Dados do Ministério da Saúde indicam que a amamentação é capaz de reduzir em até 13% os índices de mortes de crianças menores de cinco anos por causas preveníveis (...). A proteção do leite materno contra mortes infantis é maior quanto menor é a criança. Assim, a mortalidade por doenças infecciosas é seis vezes maior em crianças menores de 2 meses não amamentadas, diminuindo à medida que a criança cresce, porém ainda é o dobro no segundo ano de vida (BRASIL, 2009, p.13).

O leite materno ainda protege as crianças de doenças comuns na infância de elevada mortalidade nesta faixa etária como infecção respiratória e diarreia, bem como protege contra alergias.

Reduz ainda o risco de doenças crônicas futuras como diabetes, hipertensão arterial sistêmica e obesidade com consequente queda dos riscos de doenças coronarianas, pois estas doenças crônicas constituem-se em grandes fatores de risco para eventos cardiovasculares.

A exposição precoce ao leite de vaca (antes dos quatro meses) é considerada um importante determinante do Diabetes Mellitus Tipo I, podendo aumentar o risco de seu

aparecimento em 50%. Estima-se que 30% dos casos poderiam ser prevenidos se 90% das crianças até três meses não recebessem leite de vaca (BRASIL, 2015).

A amamentação promove ainda uma melhor autorregulação de ingestão de alimentos participando no processo de “programação metabólica”, alterando, por exemplo, o número e/ou tamanho das células gordurosas ou induzindo o fenômeno de diferenciação metabólica contribuindo assim para redução no risco de sobrepeso/obesidade.

Gera também inúmeros benefícios para a mulher. Reduz o risco de desenvolvimento de alguns tipos de câncer de mama e de ovário e auxilia na involução uterina no pós-parto imediato reduzindo o sangramento materno, prevenindo a anemia, além de contribuir para o vínculo emocional entre mãe e filho (SOCIEDADE GOIANA DE PEDIATRIA, 2018).

Conforme aprendizado no Curso Nutrição do Recém-Nascido de Risco, do Instituto Fernandes Figueira, o aleitamento materno envolve diversos aspectos fisiológicos. A ocitocina, produzida pela neuro-hipófise, é o hormônio responsável pela ejeção do leite pelas células produtoras e provoca também contrações uterinas que retornam o útero ao tamanho normal. Algumas situações como tranquilidade, segurança, olhar ou ouvir o bebê e sentir o calor do bebê, facilitam a liberação da ocitocina. Entretanto, a ansiedade, tensão, dor, dúvidas, estresse e insegurança, inibem a liberação de ocitocina no sangue (IFF/FIOCRUZ, 2022).

A notícia da chegada de um bebê determina mudanças importantes nos diferentes membros da família. Surgem expectativas, planos e projetos junto a novas exigências de tarefas e de funções para cada uma dessas pessoas, provocando a reorganização desse grupo que possui os laços familiares como seu grande elo (BRASIL, 2011, p. 29).

Amamentar é muito mais do que nutrir a criança. É um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho, com repercussões no estado nutricional da criança, em sua habilidade de se defender de infecções, em sua fisiologia e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional, e em sua saúde no longo prazo, além de ter implicações na saúde física e psíquica da mãe (BRASIL, 2015, p.11).

Num estudo publicado na Revista de Enfermagem UFPE online foi buscado conhecer os sentimentos e expectativas de mães de recém-nascidos em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Ao receberem a notícia da internação na UTI Neonatal 77% referiram preocupação e angústia, 69% tristeza e desespero e 61,5% referiram ansiedade (MELO et al., 2010).

Acredita-se que a amamentação traga intimidade, troca de afeto e sentimentos de segurança e de proteção na criança e de autoconfiança e de realização na mulher. Amamentação é uma forma muito especial de comunicação entre a mãe filho e gera benefícios psicológicos para a criança e para a mãe.

Uma amamentação prazerosa, os olhos nos olhos e o contato contínuo entre mãe e filho certamente fortalecem os laços afetivos entre eles, oportunizando intimidade, troca de afeto e sentimentos de segurança e de proteção na criança e de autoconfiança e de realização na mulher. Amamentação é uma forma muito especial de comunicação entre a mãe e o bebê e uma oportunidade de a criança aprender muito cedo a se comunicar com afeto e confiança (BRASIL, 2015, p.23).

Outro benefício que podemos citar é de ordem econômica tendo em vista que o leite materno é gratuito indo direto da fonte para o consumidor. Não precisa ser comprado em farmácias ou supermercados e nem precisa de intermediário como bicos e mamadeiras. Desta forma, ajuda a preservar a renda familiar.

Romantizada na teoria, mas muitas vezes difícil de ser colocada em prática, a amamentação só será bem-sucedida se houver muita disposição da mãe, informação dos benefícios de tal prática, incentivo nas maternidades, rede de apoio e políticas públicas que a favoreçam.

Para atingir este objetivo várias organizações pelo mundo se dispuseram, ao longo dos anos, a estabelecer encontros para debater o assunto e assim vários programas foram desenvolvidos de forma a criar garantias legais e disseminar informações capazes de impulsionar a amamentação.

Em 1989, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (United Nations Children's Fund – UNICEF) publicaram os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno (Ten Steps to Successful Breastfeeding). Estes dez passos resumem um pacote de políticas e procedimentos que as instituições que prestam serviços de maternidade devem implementar para apoiar a amamentação (DE CASTRO, 2019).

Podemos destacar ainda, como incentivadora da amamentação, a Semana Mundial do Aleitamento Materno. Atualmente é o movimento social mais difundido em defesa do aleitamento materno. Conforme publicado na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde “A história da Semana Mundial de Aleitamento Materno teve início em 1990, num

encontro da Organização Mundial de Saúde com a UNICEF, momento em que foi gerado um documento conhecido como “Declaração de Innocenti”. Com o objetivo de cumprir o acordo firmado entre os países constante na referida Declaração foi fundada a Aliança Mundial de Ação Pró-Amamentação (WABA) em 1991. A WABA, em 1992, criou a Semana Mundial do Aleitamento Materno que anualmente realiza diversas atividades objetivando a promoção do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida e estendendo até ao menos os dois anos de idade. Conta com a participação de cerca de 120 países e o material produzido é traduzido para 14 idiomas (BRASIL, [s. d.]a).

Em 2022 o tema Semana Mundial do Aleitamento Materno foi “Fortalecer a amamentação, educando e apoiando”.

Já no Brasil a amamentação, no passado, tinha baixos índices de sucesso. Várias campanhas e estratégias foram propostas, a partir da década de 80, para aumentar as taxas de amamentação. Tais medidas surtiram efeito e hoje muitas crianças se beneficiam deste alimento, porém, podemos aumentar ainda mais nossos índices.

Dentre estas medidas podemos citar o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) que em 2021 comemorou 40 anos. Lançado em 1981, no Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), pelo Ministério da Saúde, foi responsável por impulsionar as políticas públicas brasileiras para o aperfeiçoamento de todas as práticas que favorecessem o uso do leite materno.

O PNIAM mudou completamente o cenário da amamentação em nosso país. Através dele foram planejadas campanhas publicitárias de promoção ao aleitamento materno, treinamento de profissionais de saúde, leis trabalhistas de proteção à amamentação como licença maternidade até seis meses de vida e controle do marketing. Tão bem-sucedido foi este Programa que se destacou, inclusive, internacionalmente pelo impacto que teve favorecendo a implantação de alojamento conjunto, bancos de leite e desenvolvimento do Método Canguru (MC).

A criação do alojamento conjunto foi um grande passo para o aleitamento materno ao garantir a permanência do filho ao lado da mãe, 24 horas por dia, tornando a amamentação mais fisiológica e natural e fortalecendo laços afetivos.

A Rede de Bancos de Leite Humano tem por objetivo a coleta, processamento e distribuição do leite humano para bebês prematuros ou de baixo peso cujas mães não podem alimentá-los, bem como visa orientar as mães que necessitam de apoio e auxílio à amamentação.

O Brasil tem um papel de destaque internacional tendo a maior e mais complexa rede de bancos de leite do mundo. Consiste em uma iniciativa do Ministério da Saúde, por meio do Instituto Fernandes Figueira- IFF/FIOCRUZ e integra a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança e Aleitamento Materno - PNAISC. Ao todo são 222 bancos de leite humano presentes em todos os estados brasileiros e, ainda, 217 postos de coleta (BRASIL, [s. d.]c).

Com vistas a mobilizar a população no sentido de doar o leite materno, no dia 19 de maio é comemorado o Dia Nacional de Doação de Leite Humano.

Outra ação do PNIAM foi a implantação do “Iniciativa Hospital Amigo da Criança” que teve início em março de 1992. Através da Portaria nº 1.153 do Ministério da Saúde foram redefinidos os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (BRASIL, 2014). Hoje o Brasil possui vários hospitais que integram esta iniciativa onde o lema é manter o aleitamento materno desestimulando tudo o que possa vir a prejudicá-lo, como bicos artificiais (chupetas e mamadeiras).

Com o sucesso das campanhas de incentivo ao aleitamento materno, mais crianças estão sendo alimentadas exclusivamente com este leite até os seis meses de vida, o que segundo a Organização Mundial da Saúde e o Fundo das Nações Unidas para a Infância é o responsável por salvar cerca de seis milhões de vidas, anualmente (BRASIL, [s. d.]b).

Segundo estudo realizado pelo Ministério da Saúde mais da metade das crianças brasileiras (53%) continua sendo amamentada no primeiro ano de vida e mais de 45% das menores de seis meses recebe aleitamento materno exclusivo. Em comparação com os últimos 34 anos é citado o aumento de quase 13 vezes no índice de amamentação exclusiva em menores de 4 meses e de cerca de 16 vezes nos menores de 6 meses (OLIVEIRA, 2020).



Gráfico 1 – Aleitamento materno aos 6 meses de vida no Brasil
 Fonte: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, 2021.

De fundamental importância para o bebê a termo, ainda mais importante é o leite materno para o bebê prematuro. “O melhor leite a ser oferecido para RN pré-termo é o leite da própria mãe (...) Manter a produção de leite de mães de RN pré-termo é um desafio a ser enfrentado pela equipe de saúde.” (BRASIL, 2012b).

“O Método Canguru é uma tecnologia de saúde que mudou o paradigma da assistência neonatal no Brasil, ampliando os cuidados prestados aos recém-nascidos” (LAMY et al., 2017, p.11). Revolucionou o atendimento neonatal, em especial, dos pacientes prematuros. Foi aprovado pela Portaria nº 1.683/GM/MS, de 12 de julho de 2007 (BRASIL, 2007). Por meio desta portaria foram estabelecidas as normas de orientação para a sua implantação.

O Método Canguru é um modelo de atenção perinatal voltado para a atenção qualificada e humanizada que reúne estratégias de intervenção biopsicossocial com uma ambiência que favoreça o cuidado ao recém-nascido e à sua família. Promove a participação dos pais e da família nos cuidados neonatais. Faz parte do Método o contato pele a pele, que começa de forma precoce e crescente desde o toque evoluindo até a posição canguru (BRASIL, 2017b, p.23).

Objetivando dar diretrizes para uma atenção integral e humanizada aos recém-nascidos graves ou potencialmente graves foi publicada a Portaria nº 930/GM/MS, de 10 de maio de 2012 (BRASIL, 2012a) que garante um maior protagonismo dos pais destes bebês aliados a um maior acesso e qualificação multiprofissional nos cuidados neonatais no âmbito do Sistema Único de Saúde.

O avanço do MC em nosso país favoreceu um olhar diferenciado para o paciente prematuro. Assim, precocemente passou-se a estabelecer formas de fazer com que este bebê possa receber o quanto antes o leite materno. Ao longo do tempo, vários estudos foram sendo realizados com vistas a melhor compreender o funcionamento do trato gastrointestinal dos prematuros, possibilitando a criação de protocolos de oferta do leite materno para estes pequenos pacientes. Além disso, outros estudos foram definindo a melhor forma de trabalhar a sucção destes bebês para que tão logo seja possível, possam obter tal alimento diretamente de sua mãe, sem intermediários.

O reflexo de sucção tem início aproximadamente na 17^a semana de vida intrauterina e é muito importante para os recém-nascidos porque além de proporcionar a obtenção do alimento ainda acalma o bebê.

A coordenação do mecanismo de sucção aparece entre a trigésima segunda e a trigésima quarta semanas de gestação, sendo que esta coordenação se encontra imatura ou ausente nos RNPT, aumentando significativamente os riscos de aspiração (PINHEIRO et al., 2010, p.6).

“O RNPT é neurologicamente desorganizado, podendo apresentar poucos sinais de fome e de sede, vedação labial inadequada e ausência de alguns reflexos” (RODRIGUES, 2007, p.14).

Possui sistema nervoso também imaturo, sendo neurologicamente desorganizado, o que se manifesta através da ausência de alguns reflexos como o da sucção ou através da incoordenação de respiração com sucção e deglutição.

A prática profissional mostra-nos que esses bebês não iniciam uma sucção eficiente de forma abrupta, havendo necessidade de um período de preparo e de treinamento para que os movimentos de sucção e deglutição sejam coordenados, sendo necessária, também, a observação da estabilidade clínica e maturidade individual.

O longo período de internação, o uso prolongado de sonda gástrica e a privação de estímulos sensoriais na região oral, dificultam a maturação oromotora do RN e a transição da dieta para via oral, retardando, assim, a alta hospitalar. Nesse momento, é necessária a intervenção de um fonoaudiólogo com terapia específica para auxiliar na maturação do sistema sensório motor oral” (CALADO; DE SOUZA, 2012, p.177).

São dois os tipos de sucção: a sucção não-nutritiva e a sucção nutritiva. A sucção não-nutritiva ocorre quando não há introdução de líquido na região intraoral e pode ser usada para

satisfazer a necessidade de sucção da criança, como técnica terapêutica para desenvolver um padrão de sucção adequado ou dar condições para que ela receba o alimento por via oral de forma efetiva. Por sua vez, sucção nutritiva diz respeito ao processo normal para se obter nutrição (seio ou mamadeira).

A literatura relata que os benefícios da estimulação da sucção não-nutritiva são a adequação da musculatura oral; a regulação dos estados de consciência do bebê; o ganho de peso, recebendo a mesma quantidade calórica; a alta precoce; a facilidade de digestão; a transição para alimentação por via oral mais rápida e mais fácil; entre outras.

“Como impacto dos programas de estimulação, houve alta hospitalar precoce e maior ganho de peso (CAETANO et al., 2003, p.1).³

Dessa forma, o objetivo de trabalhar neste tema consiste em proporcionar uma nutrição melhor aos recém-nascidos com vistas a garantir um crescimento adequado e prevenção de morbimortalidade relacionada à alimentação.

3 O PROJETO DE INTERVENÇÃO

Várias linhas de atuação foram traçadas neste trabalho, dentre elas, a instituição de um protocolo nutricional (Apêndice A), de colostroterapia (Apêndice B), um procedimento operacional padrão de ordenha e armazenamento do leite materno (Apêndice C), protocolo de posição canguru (Apêndice D) e sucção (Apêndice E).

Tendo em mente os benefícios do leite humano para a promoção da saúde na infância, com impacto importante na redução da mortalidade infantil ao diminuir o risco de infecções, e considerando ainda a baixa taxa de uso do leite materno na UTI Neonatal do Hospital Naval Marcílio Dias, foi percebida a necessidade de gerir processos capazes de promover a oferta deste rico nutriente aos recém-nascidos ali internados. Sendo rotina médica neste setor, de referência para a Marinha do Brasil para internação de pacientes críticos, objetivamos determinar os motivos pelos quais nossas taxas são tão baixas, com vistas a implementar medidas eficazes capazes de incentivar o uso do leite materno na Unidade Neonatal, de forma a garantir a estes pequenos pacientes o acesso a este alimento tão precioso.

3.1 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

Foi realizado um levantamento dos percentuais de dietas das crianças próximas à alta hospitalar da UTI Neonatal. Constatamos que a imensa maioria utilizava predominantemente fórmula láctea, o que vem de encontro a todos os estudos que demonstram os benefícios do leite materno. Assim, concluímos a importância de se realizar um planejamento com medidas impactantes para que esta realidade possa ser modificada.

3.1.1 Descrição da situação-problema

Situação-problema: elevada taxa de bebês que recebem alta da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Naval Marcílio Dias utilizando preferencialmente fórmula láctea ao invés de leite materno.

Descritor do problema: em 87,5 % das dietas dos recém-nascidos que estão próximos a receber alta da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Naval Marcílio Dias é ofertado predominantemente fórmula láctea.

3.1.2 Explicação ou análise da situação-problema

Possíveis causas do problema:

- 1) Desconhecimento materno sobre os benefícios do leite materno, o que desestimula as mães a ordenhar as mamas mesmo que seu bebê esteja em dieta zero ou com pouco volume, o que predispõe à diminuição na produção de leite. A ordenha é fundamental para que o leite continue sendo produzido. Portanto, esta mãe precisa ser bem orientada e incentivada a oferecer seu leite.
- 2) Problemas de saúde materno (excetuando-se os casos impeditivos ao aleitamento materno como o HIV, algumas dificuldades podem ser superadas como determinadas medicações que podem ser substituídas ou apenas a atenção pela equipe quanto ao risco dos efeitos colaterais das medicações maternas no bebê).
- 3) Medo (pela equipe e pela mãe) de colocar o bebê prematuro de baixo peso no peito. Há a falsa percepção de que o prematuro de baixo peso deve permanecer sempre dentro da incubadora, o que retarda a sucção não nutritiva e prejudica o vínculo do binômio mãe-bebê.

- 4) Falta de acolhimento da mãe pela equipe. A puérpera está num momento de fragilidade, com dores, assustada com o fato de seu bebê estar internado na UTI, sensibilizada com diversos procedimentos pelos quais passa seu filho, o que acaba por prejudicar a produção do leite.
- 5) Achar que o colostro não pode ser utilizado pelo fato de o bebê estar em dieta zero. Muitas mães desconhecem a riqueza nutricional do colostro e a importância para seu filho. Em consequência, elas não realizam a ordenha, o que prejudica a apojadura do leite. Sendo assim, a falta de um protocolo de colostroterapia implica num maior insucesso do aleitamento materno.
- 6) Horário fixo estipulado de entrada da mãe na UTI Neonatal. Devido à pandemia do covid-19, com vistas a reduzir a circulação de pessoas na UTI Neonatal houve o estabelecimento de um horário fixo, de apenas 2 horas por dia, de visita dos pais aos filhos internados. Com isso, as mães passaram a só poder ordenhar ou oferecer o seio materno neste único horário, restando para os outros horários o uso de fórmula láctea.
- 7) Ausência de cadeira ao lado do berço/incubadora para que a mãe possa ter maior conforto quando junto ao seu filho. É fundamental que as puérperas tenham pelo menos um mínimo grau de conforto para que possam ficar o maior tempo possível junto ao bebê até mesmo porque acabaram de ser submetidas ao procedimento (cesárea ou parto normal) e conseqüentemente com frequência estão com dores.
- 8) Mito do leite fraco. Muitas mães acreditam que o seu leite não é capaz de fornecer todos os nutrientes ao seu filho e com isso desistem de oferecê-lo. Entretanto, se o leite materno é de fundamental importância para bebês saudáveis, muito mais importante é para os bebês prematuros.
- 9) Depressão pós-parto que enfraquece os laços do binômio mãe-bebê. Assim, é fundamental que a puérpera seja amparada pela equipe e incentivada a fazer o vínculo com seu filho e a compreender o quão importante seu leite é para o bebê.

3.1.3 Causas críticas

- 1) Falta de protocolo nutricional, incluindo a colostroterapia, na UTI Neonatal.

- 2) Falta de incentivo pela equipe em estimular a ordenha e o oferecimento do leite materno.
- 3) Falta de protocolo de posição canguru e sucção não nutritiva para os prematuros.

3.2 PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES

Definida a situação problema, que é a elevada taxa de bebês que recebem alta da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Naval Marcílio Dias utilizando preferencialmente fórmula láctea ao invés de leite materno, foram elencadas diversas causas contribuintes para este resultado desfavorável. Dentre elas foram destacadas três causas críticas que eram a falta de protocolos diversos tais como: protocolo nutricional incluindo a colostroterapia, falta de incentivo pela equipe em estimular a ordenha do leite materno para posterior oferecimento ao recém-nascido, falta de protocolo de posição canguru e de sucção.

O protocolo nutricional na unidade neonatal é de fundamental importância. Quando começar a dieta, como progredir, quais situações devem alertar a equipe para algum sinal de complicação são aspectos que obrigatoriamente precisam estar definidos para aumentar a chance de sucesso nutricional. Tendo em vista a diversidade de peso de nascimento, idade gestacional e doenças presentes no neonato, o protocolo auxilia no manejo uniforme do paciente. Nele ainda estão presentes gráficos de crescimento, reconhecidos internacionalmente, e que nos possibilitam visualizar se os bebês estão se desenvolvendo dentro do esperado.

A colostroterapia, também chamada de terapia imunológica, vem ganhando grande espaço na neonatologia recentemente. Com foco primordial nos pacientes prematuros extremos e de extremo baixo peso ao nascimento, possibilita que crianças que até então levavam muitos dias para serem nutridas, possam começar a receber o leite materno de forma bem precoce. Tal medida permite que o leite materno, ao ser absorvido pela mucosa oral, estimule o sistema imune da criança e ainda faz com que a mãe ordenhe o leite o quanto antes e de forma frequente, garantindo assim o estímulo à produção láctea.

A equipe também tem sido bastante estimulada a incentivar as puérperas a amamentar seus bebês. O envolvimento da equipe é fundamental, pois é esta equipe que acolhe a mãe diariamente, que esclarece suas dúvidas e acolhe suas angústias. Esta mãe, fragilizada, ao se

sentir amparada pela equipe tem uma chance bem maior de vencer as dificuldades inerentes ao processo de amamentação.

O protocolo canguru também se constitui num dos principais facilitadores da amamentação. Ao dar suporte emocional à família, ao conscientizar a mãe da sua importância no desenvolvimento da criança, e ao incentivar o toque, o carinho e o colo, a busca pelo seio materno virá como consequência.

O estabelecimento do protocolo de sucção nutritiva e não-nutritiva visa estabelecer uma rotina que alerte a equipe quanto à necessidade de, ao atingir cada meta de peso e idade gestacional, iniciar o trabalho de estímulo à sucção. Este reflexo, embora presente em idade gestacional baixa, se não trabalhado adequadamente, pode vir a atrasar bastante a alta da criança e a inviabilizar a sucção ao seio materno.

Foram realizadas reuniões multidisciplinares com a equipe e estabelecidos protocolos assistenciais para padronizar as condutas e guiar a equipe no sentido de estimular a amamentação. Vários profissionais foram ouvidos, dentre eles: médicos, enfermeiros, fonoaudiólogos e fisioterapeutas. Cada um com um olhar baseado na sua prática, foi de fundamental importância para que este projeto pudesse ser discutido e protocolos criados para beneficiar nossos pequenos, mas tão importantes pacientes.

Todo este planejamento tem por objetivo final favorecer o vínculo mãe-bebê tornando a UTI Neonatal um lugar mais humanizado e permitir que nossos bebês sejam crianças mais saudáveis.

3.2.1 Matriz de Programação das Ações

Tabela 1 – Matriz de Programação de Ações

Problema a ser enfrentado:	Elevada taxa de bebês que recebem alta da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Naval Marcílio Dias utilizando preferencialmente fórmula láctea ao invés de leite materno.
Descritor:	Em 87,5% das dietas dos recém-nascidos que estão próximos a receber alta da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Naval Marcílio Dias é ofertado predominantemente fórmula láctea.

Indicador:	Percentual das dietas em que é ofertado predominantemente fórmula láctea aos recém-nascidos que estão próximos a receber alta da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Naval Marcílio Dias
Meta:	Reduzir para 62,5 % o percentual de bebês que recebem alta da UTI Neonatal utilizando prioritariamente fórmula láctea para nutrição no ano de 2022 e para 37,5 %, após término das restrições de horário de entrada das mães na UTI Neonatal, motivada pela pandemia COVID-19.
Resultado esperado:	Melhora do estado nutricional e do vínculo familiar dos recém-nascidos internados na UTI Neonatal do Hospital Naval Marcílio Dias e redução dos agravos à saúde que podem ser modificados com o uso do leite materno.

Tabela 2 – Causa Crítica 1

Causa crítica 1: Falta de protocolo nutricional, incluindo a colostroterapia, na UTI Neonatal				
Ações	Recursos necessários	Produtos a serem alcançados	Prazo de conclusão	Responsável
Realizar brainstorm com médicos da rotina da UTI Neonatal sobre prática nutricional atual e possíveis mudanças a serem implementadas no protocolo nutricional	Profissional médico	Realizada reunião de discussão sobre nutrição enteral e colostroterapia para recém-nascidos internados na UTI Neonatal para confecção de protocolo nutricional	Setembro 2022	CC (Md) Giovanna 1T (Md) Andressa 1T (Md) Siebra 1T (Md) Taís Gava 1T (Md) Carolina Brandão
Elaborar protocolo nutricional de início e progressão de dieta enteral, incluindo colostroterapia.	Profissional médico, sala, computador	Elaborado protocolo nutricional de início e progressão de dieta enteral, incluindo colostroterapia, para ser aplicado aos recém-nascidos internados na UTI Neonatal	Outubro 2022	CC (Md) Giovanna 1T (Md) Andressa 1T (Md) Siebra 1T (Md) Taís Gava 1T (Md) Carolina Brandão

Causa crítica 1: Falta de protocolo nutricional, incluindo a colostroterapia, na UTI Neonatal				
Ações	Recursos necessários	Produtos a serem alcançados	Prazo de conclusão	Responsável
Realizar palestra para implementação de protocolo nutricional de início e progressão de dieta enteral, incluindo colostroterapia	Profissional médico	Treinamento realizado	Novembro 2022	CC (Md) Giovanna 1T (Md) Andressa 1T (Md) Siebra 1T (Md) Taís Gava CT (S) Fernanda Tavares
Implementar protocolo clínico de início e progressão de dieta enteral, bem como de colostroterapia, nos recém-nascidos internados na UTI Neonatal	Profissionais médicos e de enfermagem	Protocolo clínico de início e progressão de dieta enteral, bem como de colostroterapia, nos recém-nascidos internados na UTI Neonatal, implementado.	Novembro 2022	CC (Md) Giovanna 1T (Md) Andressa 1T (Md) Siebra 1T (Md) Taís Gava 1T (Md) Carolina Brandão CT (S) Fernanda Tavares

Tabela 3 – Causa Crítica 2

Causa crítica 2: Falta de incentivo pela equipe em estimular a ordenha e o oferecimento do leite materno.				
Ações	Recursos necessários	Produtos a serem alcançados	Prazo de conclusão	Responsável
Avaliar se existe protocolo de ordenha de leite materno na UTI Neonatal	Profissional médico e de enfermagem, sala, computador	Realizada avaliação quanto à existência ou não de protocolo de ordenha de leite materno na UTI Neonatal	Agosto 2022	CC (Md) Giovanna CT (S) Fernanda Tavares
Elaborar/Rever protocolo de ordenha de leite materno	Profissional médico e de enfermagem, sala, computador	Elaborado/Revisado protocolo de ordenha de leite materno	Setembro 2022	CC (Md) Giovanna CT (S) Fernanda Tavares
Treinar equipe para estimular ordenha e o oferecimento de leite materno.	Profissional médico e de enfermagem	Equipe treinada	Outubro 2022	CC (Md) Giovanna CT (S) Fernanda Tavares

Causa crítica 2: Falta de incentivo pela equipe em estimular a ordenha e o oferecimento do leite materno.				
Ações	Recursos necessários	Produtos a serem alcançados	Prazo de conclusão	Responsável
Implementar protocolo para estimular ordenha e o oferecimento de leite materno.	Profissional médico e de enfermagem	Protocolo de estímulo à ordenha e oferecimento de leite materno implementado	Novembro 2022	CC (Md) Giovanna CT (S) Fernanda Tavares

Tabela 4 – Causa Crítica 3

Causa crítica 3: Falta de protocolo de posição canguru e sucção não nutritiva para os prematuros.				
Ações	Recursos necessários	Produtos a serem alcançados	Prazo de conclusão	Responsável
Realizar reunião com a equipe médica, de enfermagem e de fonoaudiologia sobre momento ideal para início de posição canguru e sucção não nutritiva	Profissional médico, de enfermagem e de fonoaudiologia	Realizada reunião de discussão sobre momento ideal de início de posição canguru e sucção não nutritiva na UTI Neonatal para confecção de protocolo clínico.	Agosto 2022	CC (Md) Giovanna 1T (Md) Andressa 1T (Md) Siebra 1T (Md) Taís Gava 1T (Md) Carolina Brandão CT (S) Fernanda Tavares 1T (S) Dayane
Criar protocolo clínico para colocação dos bebês em posição canguru e sucção não nutritiva	Profissional médico, de enfermagem e de fonoaudiologia, sala, computador	Criado protocolo clínico de colocação em posição canguru e sucção não nutritiva dos recém-nascidos internados na UTI Neonatal	Setembro 2022	CC (Md) Giovanna 1T (Md) Andressa 1T (Md) Siebra 1T (Md) Taís Gava 1T (Md) Carolina Brandão CT (S) Fernanda Tavares 1T (S) Dayane

Causa crítica 3: Falta de protocolo de posição canguru e sucção não nutritiva para os prematuros.				
Ações	Recursos necessários	Produtos a serem alcançados	Prazo de conclusão	Responsável
Realizar palestra para equipe da UTI Neonatal sobre protocolo criado para colocação dos recém-nascidos em posição canguru e sucção não nutritiva	Profissionais médicos, de enfermagem e fonoaudiologia	Palestra realizada entre profissionais médicos, de enfermagem e fonoaudiologia para aprendizado sobre posição canguru e sucção não nutritiva na UTI Neonatal	Outubro 2022	CC (Md) Giovanna 1T (Md) Andressa 1T (Md) Siebra 1T (Md) Taís Gava 1T (Md) Carolina Brandão CT (S) Fernanda Tavares 1T (S) Dayane
Implementar protocolo clínico para colocação dos bebês em posição canguru e sucção não nutritiva	Profissionais médicos, de enfermagem e de fonoaudiologia	Implementado protocolo clínico para colocação dos bebês em posição canguru e sucção não nutritiva	Novembro 2022	CC (Md) Giovanna 1T (Md) Andressa 1T (Md) Siebra 1T (Md) Taís Gava 1T (Md) Carolina Brandão CT (S) Fernanda Tavares 1T (S) Dayane

3.3 GESTÃO DO PROJETO

Ao longo dos meses conseguimos, em equipe, discutir as diversas causas críticas e elaborar protocolos assistenciais que já começaram a ser implementados na UTI Neonatal. Os prematuros já recebem nos casos selecionados a colostroterapia, o que constitui uma ação muito importante para que esta mãe consiga estimular sua produção de leite o mais cedo possível.

Inclusive, já temos um bebê prematuro extremo de 27 semanas, que ficou apenas dois horários em dieta zero nas primeiras 24 horas de vida (o que já demonstra uma melhora significativa do processo, pois antes estas crianças só iniciavam a dieta com no mínimo 24 horas de vida).

Além disso, o bebê recebeu nessas primeiras 24 horas de vida sete dietas com leite materno ordenhado (num total de nove dietas ofertadas) o que já demonstra o esforço da equipe em prescrever a dieta precocemente, como orienta o protocolo, e evidencia também o esforço da equipe em estimular a mãe a proceder com a ordenha.

Portanto, estamos começando a implementar os protocolos e o procedimento operacional padrão na UTI Neonatal. Aos poucos já estamos modificando nossas condutas e procurando recorrer aos documentos criados para que as condutas fiquem unificadas.

Com o passar do tempo, à medida que as condutas forem ficando sedimentadas entre os membros da equipe, planejamos verificar se nosso percentual de uso de fórmula láctea na alta hospitalar da Unidade Neonatal está decrescendo, que é o nosso objetivo. Para isso, avaliaremos em quantas dietas por dia foram utilizadas fórmulas.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os protocolos foram criados e as informações disseminadas. A partir de agora serão trabalhados com afinco de forma a criar uma rotina que ajude na observância das informações estabelecidas. Com a prática, as informações irão cada vez ficando mais sedimentadas.

Atingir o objetivo deste trabalho, que é favorecer o leite materno na UTI Neonatal do Hospital Naval Marcílio Dias, contribuirá bastante para a saúde de nossas crianças. Quanto mais os bebês receberem alta sugando seio materno maior a chance de que não venham a apresentar na infância, pelo menos com gravidade, doenças como diarreia, pneumonia e alergias bem como estaremos dando condições para que venham a ser adultos mais saudáveis com menor risco de doenças crônicas, tais como hipertensão e diabetes.

Este projeto trouxe uma imensa satisfação pessoal. Como profissional de saúde, rotina da Unidade Neonatal e sabedora dos benefícios do leite materno, poder contribuir para a melhoria deste processo foi extremamente gratificante.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Lei nº 13.435. Institui o mês de agosto como o Mês do Aleitamento Materno. Brasília, DF, 12 abr. 2017. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 72, p. 1, 13 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. Mês do Aleitamento Materno no Brasil e Semana Mundial da Amamentação, [s. d.]. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/mes-do-aleitamento-materno-no-brasil-e-semana-mundial-da-amamentacao/>. Acesso em: 1 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. Ministério da Saúde lança campanha para incentivar doação de leite aos prematuros, [s. d.]. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/ministerio-da-saude-lanca-campanha-para-incentivar-doacao-de-leite-aos-prematuros/#:~:text=Boletins%20Tem%C3%A1ticos-.Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde%20lan%C3%A7a%20campanha%20para%20incentivar%20do%C3%A7%C3%A3o%20de%20leite.incentivar%20o%20ato%20da%20do%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em: 1 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.683/GM/MS, de 12 de julho de 2007. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, n. 134, p. 84, 12 jul. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 930/GM/MS, de 10 de maio de 2012. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, n. 91, p. 138, 11 mai. 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html. Acesso em: 1º out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.153/GM/MS, DE 22 de maio de 2014 - Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, n. 100, p. 43, 28 mai. 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153_22_05_2014.html. Acesso em: 1 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso: Método Canguru. 2. ed. Brasília, DF: MS; 2011. (Série A - Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Banco de Leite Humano, [s. d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/banco-de-leite-humano>. Acesso em: 1 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: cuidados com o recém-nascido pré-termo / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.- 2.ed. – Brasília, DF, 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_profissionais_v4.pdf. Acesso em: 1 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru:

manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_manual_3ed.pdf. Acesso em: 1 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. *Cadernos de Atenção Básica*, n. 23, 1.ed., Brasília, DF, 2009. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf. Acesso em: 1 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. *Cadernos de Atenção Básica*, n. 23, 2.ed., Brasília, DF, 2015. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf. Acesso em: 1 out. 2022.

CAETANO, L. C. et al. Sucção não nutritiva em bebês prematuros: estudo bibliográfico. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, v. 11, n. 2, p. 232-236, mar.-abr., 2003. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/JtZSphssgrJmrvNnvpB5WkH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 1 out. 2022.

CALADO, D. F. B., DE SOUZA, R. intervenção fonoaudiológica em recém-nascido pré-termo: estimulação oromotora e sucção não-nutritiva. *Revista CEFAC*, v. 14, n. 1, p.176-181, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/G9XwWRJZML7X8VwJBR3v9pk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 1 out. 2022.

DE CASTRO, R. E. V. Hospital Amigo da Criança e os dez passos para o sucesso do aleitamento materno. *Portal PEBMED*, 8 ago. 2019. Disponível em: https://pebmed.com.br/hospital-amigo-da-crianca-e-os-dez-passos-para-o-sucesso-do-aleitamento-materno/?utm_source=artigoportal&utm_medium=copytext. Acesso em: 1 out. 2022.

IFF/FIOCRUZ. Nutrição do recém-nascido de risco: 40 anos do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno: desafios e potencialidades. Curso online de atualização autoinstrucional. 2022.

LAMY, Z. C., MORSCH, D. S., MARBA, S. T. M., LAMY Filho, F. O método canguru nos dias atuais. In: Sociedade Brasileira de Pediatria; PROCIANOY R.S. (org.), LEONE C.R., (org.). *PRORN Programa de Atualização em Neonatologia: Ciclo 14*. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2017. p. 11-41. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v.3).

MELO, C. R. M. et al. Conhecendo os sentimentos e expectativas de mães de recém-nascido em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Revista de Enfermagem da UFPE On Line*, v. 4, n.2, p. 739-748, abr.-jun., 2010. Universidade Federal de Pernambuco. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistaenfermagem/article/download/6211/5459>. Acesso em: 1 out. 2022.

OLIVEIRA, T. Pesquisa inédita revela que índices de amamentação cresceram no Brasil. *Canal Saúde*, Fundação Oswaldo Cruz, 5 ago. 2020. Disponível em: <https://www.canalsaude.fiocruz.br/noticias/noticiaAberta/pesquisa-inedita-revela-que-indices-de-amamentacao-cresceram-no-brasil05082020>. Acesso em: 1 out. 2022.

PINHEIRO, L. et al. Procedimentos fonoaudiológicos em recém-nascidos de alto risco. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Fortaleza, CE, v. 23, n. 2, p. 175-180, abr.-jun., 2010. Universidade Federal do Ceará. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/408/40816970011.pdf>. Acesso em: 1 out. 2022.

RODRIGUES, G. *Sucção nutritiva e não-nutritiva em recém-nascidos pré-termo: ritmo e taxa de sucção*. 2007. Monografia (Curso de Especialização do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2007. Disponível em: http://jararaca.ufsm.br/websites/ppgdch/download/mono-2007/Gisele_R-MONO.pdf. Acesso em: 1º out. 2022.

SOCIEDADE GOIANA DE PEDIATRIA. Amamentação traz benefícios para o bebê e a mãe. *Notícias SGP*, Goiânia, GO, 28 ago. 2018. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/filiada/goias/noticias/noticia/nid/amamentacao-traz-beneficios-para-o-bebe-e-a-mae/>. Acesso em: 1 out. 2022.

SOUZA, L. Agosto Dourado: amamentação previne doenças da infância. Agência Brasil, Empresa Brasil de Comunicação, 15 ago. 2021. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-08/agosto-dourado-amamentacao-previne-doencas-da-infancia>. Acesso em: 1 out. 2022.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Aleitamento materno: Prevalência e práticas de aleitamento materno em crianças brasileiras menores de 2 anos. ENANI 2019. – Documento eletrônico. – Rio de Janeiro, RJ: UFRJ, 2021. (108 p.) KAC, G. (coord.). Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>. Acesso em: 1 out. 2022.

VILLAR, J. et al. International Fetal and Newborn Growth Consortium for the 21st Century (INTERGROWTH-21st). Postnatal growth standards for preterm infants: the Preterm Postnatal Follow-up Study of the INTERGROWTH-21st Project. *Lancet Global Health*, v. 3, n. 11, p.681-691, nov. 2015.

APÊNDICE A - PROTOCOLO ASSISTENCIAL – ALIMENTAÇÃO ENTERAL

A.1 DEFINIÇÃO

A nutrição do recém-nascido, principalmente do prematuro, é um dos principais desafios na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Uma adequada nutrição é fundamental para que o recém-nascido desenvolva todo o seu potencial. Um crescimento inadequado no período neonatal está relacionado a piores desfechos no desenvolvimento neuropsicomotor, sendo, portanto, uma emergência nutricional. Assim, tão logo seja possível, a dieta enteral deve ser iniciada.

A.2 OBJETIVOS

Orientar a conduta de início e progressão de dieta enteral nos bebês internados na UTI Neonatal, em especial os prematuros, de forma a padronizar a oferta de nutrientes que serão fundamentais para o pleno desenvolvimento dos recém-nascidos, maximizando os benefícios do leite materno dentre eles as propriedades imunológicas e o vínculo do binômio mãe/bebê.

A.3 INDICAÇÃO/ABRANGÊNCIA

Será utilizado por todos os médicos plantonistas da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

A.4 CRITÉRIOS

A.4.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Todos os pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

A.4.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes com malformações do sistema digestório que estejam impossibilitados de fazer uso de dieta enteral até que seus defeitos abdominais sejam corrigidos cirurgicamente, por exemplo, gastrosquise e onfalocele.

A.5. DIAGNÓSTICO

A.5.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Não se aplica.

A.5.2 DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

Não se aplica.

A.6 CONDUTAS

A alimentação enteral deve começar o quanto antes, preferencialmente nas primeiras 24 horas de vida, excetuando os pacientes que possuam malformações intestinais ou instáveis hemodinamicamente. O atraso no início da dieta enteral predispõe à atrofia da mucosa gastrointestinal, diminuição do muco protetor, diminuição da capacidade regenerativa e disfunção gastrointestinal aumentando o risco de intolerância alimentar e enterocolite necrotizante.

A.6.1 CONDUTAS FARMACOLÓGICAS

Não se aplica

A.6.2 CONDUTAS NÃO FARMACOLÓGICAS

A.6.2.1 Início da dieta enteral

Iniciar preferencialmente a dieta enteral nas primeiras 24 horas de vida, assim, que houver estabilidade hemodinâmica. Aminas vasoativas não são contraindicação para início e progressão de dieta.

Benefícios da dieta enteral precoce:

- Estimula a motilidade do trato gastrointestinal;
- Reduz a disbiose;
- Promove maior tolerância alimentar.

A.6.2.2 Qual leite oferecer?

1ª opção: leite materno. Verificar sempre antes se existe contraindicação ao leite materno.
Ex: mãe com sorologia positiva para CMV em prematuros < 34 semanas, HIV e HTLV.

2ª opção: fórmula de prematuro para recém-nascidos < 37 semanas de idade gestacional corrigida e fórmula específica para termo em bebês \geq 37 semanas.

Não utilizar fórmula extensamente hidrolisada de rotina por conter pouca quantidade de proteína, cálcio, fósforo e caloria que irão comprometer o estado nutricional do recém-nascido.

Benefícios do leite materno:

Curto prazo:

- Redução do risco de sepse;
- Redução de enterocolite necrotizante;
- Melhor tolerância alimentar;
- Nutrição enteral plena mais rápida.

Longo prazo:

- Melhor desenvolvimento neuropsicomotor;
- Redução de retinopatia da prematuridade;
- Redução de síndrome plurimetabólica.

A.6.2.3 Via preferencial de oferta da dieta

- 1) Recém-nascidos \geq 34 semanas, em ar ambiente: avaliar possibilidade de sucção. Caso não haja, a via preferencial de oferta da dieta será a sonda orogástrica.
- 2) Recém-nascido < 34 semanas e/ou com suporte respiratório e/ou sucção débil: sonda orogástrica.
- 3) Caso o bebê não tolere a gavagem, avaliar a oferta de dieta por sonda enteral em 1 hora (evitar em prematuro).

A.6.2.4 Colostroterapia

- Redução em 3,5 dias para atingir dieta enteral plena.
- Redução no tempo de nutrição parenteral.
- Redução no tempo de cateter central.

Tabela A.1 - Manejo da dieta enteral

	RN < 1000g	1000g a 1500g	RN ≥ 1500g
Leite de escolha	Leite materno	Leite materno	Leite materno
Colostroterapia	Sim (até atingir taxa hídrica enteral 100 ml/kg/dia)	Sim, se peso ≤ 1500g ou RN < 32 semanas ou se não houver previsão de início de dieta nas primeiras 48 horas. Até atingir taxa hídrica enteral 100 ml/kg/dia	Não. A não ser que não haja previsão de início de dieta nas primeiras 48 horas de vida.
Início da dieta	24 a 48 horas de vida	6 a 48 horas de vida	Nas primeiras 24 horas de vida a não ser em pacientes muito instáveis.
Volume de início	20 ml/kg/dia	20 ml/kg/dia	20 ml/kg/dia
Duração do volume inicial	3 dias	1 a 3 dias	24 horas
Intervalo da dieta	2/2 horas	2/2 horas	3/3 horas
Velocidade de progressão	20 ml/kg/dia após o 3º dia	20 ml/kg/dia	20 ml/kg/dia. Avaliar caso a caso aumentos mais rápidos (até 30 ml/kg/dia)
Fortificação do leite materno	Iniciar quando TH ≥ 100 ml/kg/dia	Iniciar quando TH ≥ 100 ml/kg/dia em RN < 1500g ou IG < 32 sem	Não, a não ser que o gráfico de peso demonstre ganho nutricional inadequado.
Taxa calórica plena	120-139 kcal/kg/dia	120-139 kcal/kg/dia	120-139 kcal/kg/dia

Fonte: Elaboração da Autora (Adaptado do Curso de Atualização de Boas Práticas Clínicas em Neonatologia da Santa Casa de São Paulo).

A.6.2.5 Sinais de alerta

Gastrointestinais

- Vômitos;
- Distensão abdominal (CPAP/VNI podem distender abdome);
- Abdome doloroso;
- Alças abdominais visíveis;
- Enterorragia (descartar fissura anal);
- Sinais sistêmicos;
- Apneia;
- Bradicardia;
- Perfusão periférica lentificada;
- Instabilidade hemodinâmica.

A.6.2.6 Resíduo gástrico

Não aferir de rotina. Porém, aferir caso haja algum sinal de intolerância alimentar.

Quando valorizar o resíduo gástrico:

- Volume > 4 ml/kg;
- Volume $\geq 50\%$ da dieta anterior;
- Aspecto bilioso;
- Resíduo gástrico sanguinolento.

Se sinais de intolerância alimentar:

- “Rodelar” uma dieta ou zerar dieta enteral (avaliar individualmente)
- Deixar sonda orogástrica aberta (se optar por manter em dieta zero)
- Coleta de rastreio infeccioso (se optar por manter em dieta zero)
- Raio X de abdome

Realimentar o mais breve possível.

A.6.3 REABILITAÇÃO

Não se aplica

A.6.4 ACOMPANHAMENTO CLÍNICO

Monitorização do crescimento (baseado no Intergrowth-21st)

A.6.4.1 Peso

- Pesar diariamente;
- Colocar o peso semanalmente no gráfico às 5^a feiras;
- A perda de peso nos primeiros 3 a 5 dias varia de 7% a 10% do peso de nascimento;
- O peso do nascimento deve ser recuperado entre 7 a 14 dias de vida;
- Após recuperar o peso de nascimento o ganho ponderal deve ser ≥ 20 g/kg/dia.

A.6.4.2 Comprimento

- Mensurar às 4^a feiras;
- Colocar no gráfico semanalmente às 5^a feiras;
- O aumento esperado é de 0,9 a 1,1 cm/semana.

A.6.4.3 Perímetro cefálico

- Mensura às 4^a feiras;
- Colocar no gráfico semanalmente às 5^a feiras;
- O aumento esperado é de aproximadamente 0,9 cm/semana;
- Em caso de microcefalia ou macrocefalia medir com mais frequência.

A.6.5 ACOMPANHAMENTO LABORATORIAL

Duas semanas após atingir a dieta enteral plena, deve-se realizar o controle laboratorial para osteopenia da prematuridade através da coleta de cálcio, fósforo e fosfatase alcalina nos recém-nascidos prematuros ou nos que possuem fator de risco para osteopenia, como os que fazem uso de leite hidrolizado.

Na Doença Metabólica Óssea da Prematuridade habitualmente verificamos:

Tabela A.2 - Doença Metabólica Óssea (DMO)

	Resultado na DMO
Cálcio	Normal ou aumentado
Fósforo	Normal ou diminuído
Fosfatase Alcalina	Aumentada

Fonte: Elaboração da Autora.

Embora não haja um consenso na literatura podemos utilizar como parâmetros de normalidade no prematuro:

- Cálcio sérico: 9,0 -11 mg/dl;
- Fósforo inorgânico sérico: 4,0 – 8,5 mg/dl;
- Fosfatase alcalina: < 500 UI/l

A.7 REGISTROS

O protocolo estará disponível impresso em pasta própria para documentação da rotina do setor e também estará disponível em arquivo digital nos computadores da Unidade Neonatal.

Os registros clínicos deverão constar no prontuário do paciente e na folha de cuidados do paciente.

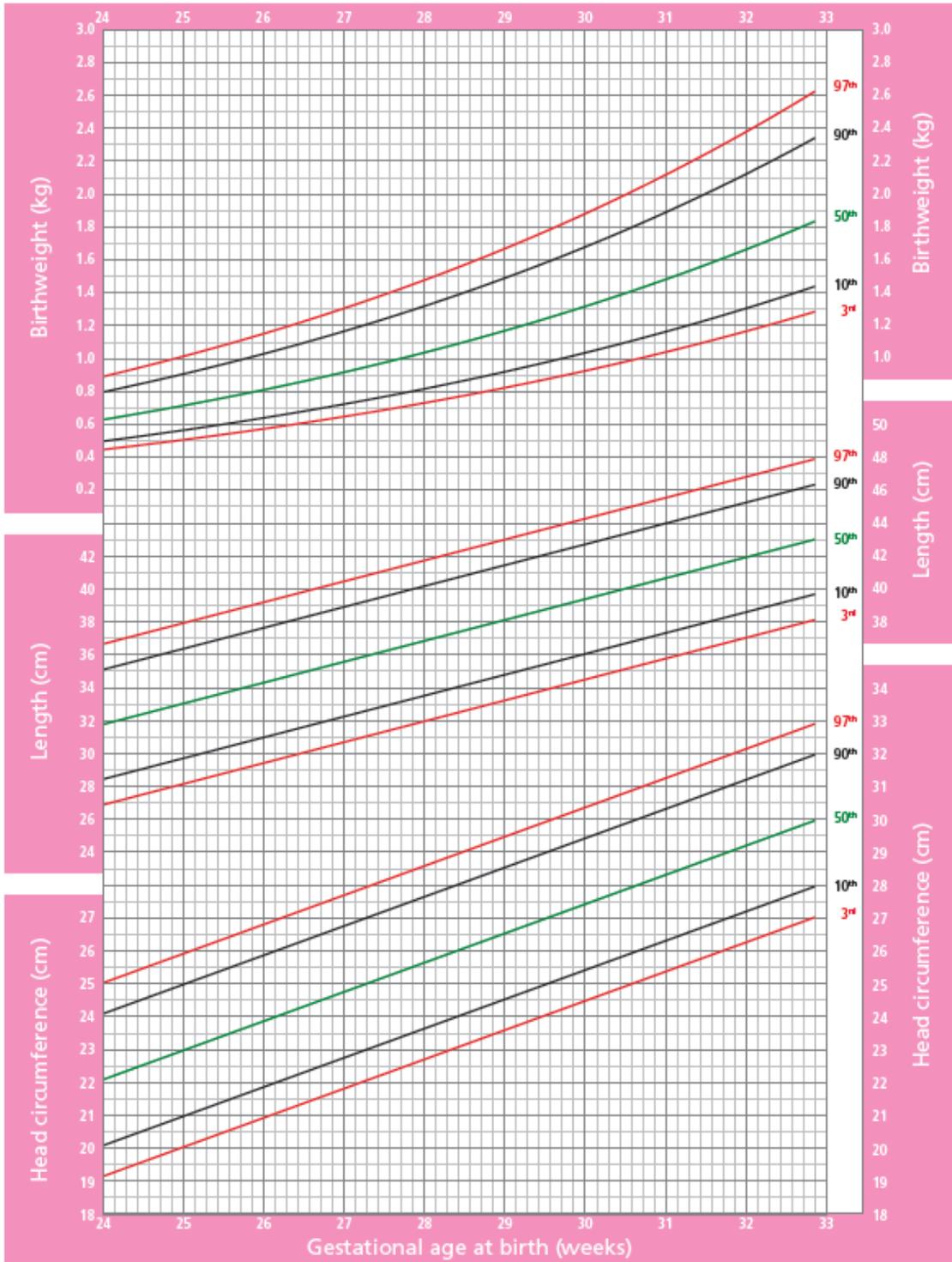
A.8 ANEXO

Gráficos de crescimento Intergrowth-21st

ANEXO - Gráficos de crescimento Intergrowth-21st



International Newborn Size Reference Charts for Very Preterm Infants (Girls)



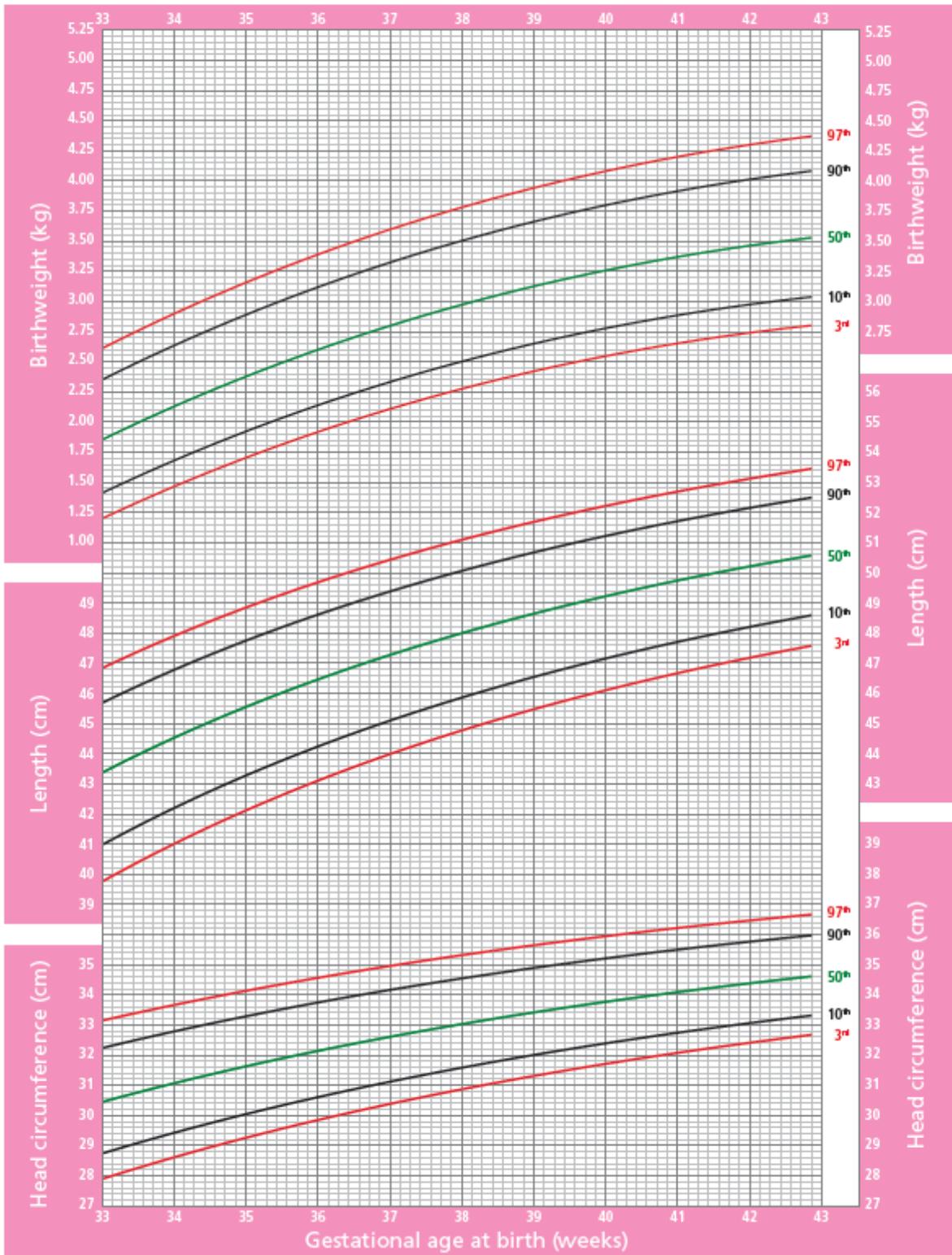
© University of Oxford

Villar et al. Lancet 2016;387:844-5

Gráfico A.1 – Curvas internacionais de crescimento para crianças nascidas pré-termo (meninas)
 Fonte: VILLAR et al., 2015.



International Newborn Size Standards (Girls)



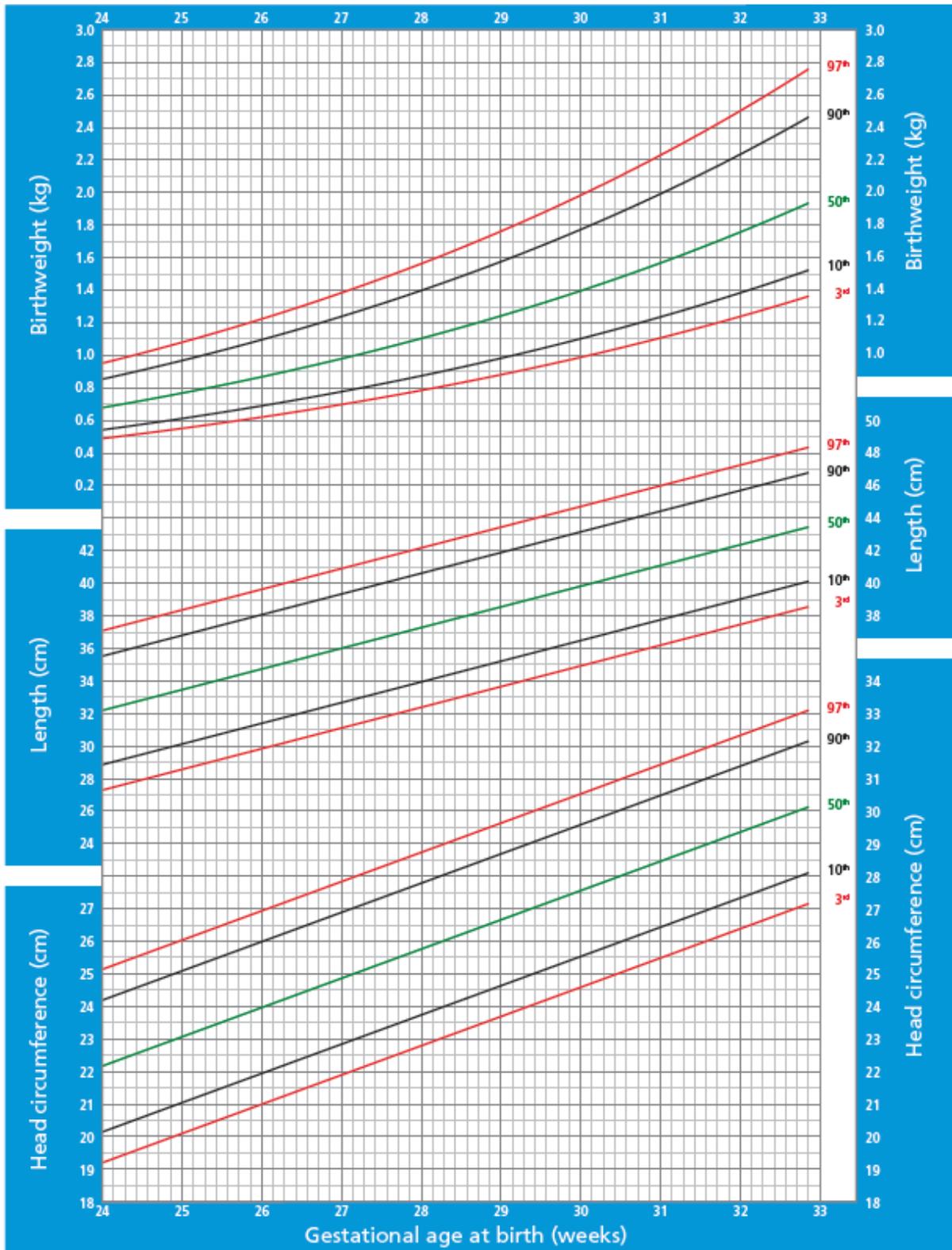
© University of Oxford

Villar et al. *Lancet* 2014;384:857-68

Gráfico A.2 – Curvas internacionais de crescimento para crianças nascidas pré-termo (meninas), cont.
 Fonte: VILLAR et al., 2015.



International Newborn Size Reference Charts for Very Preterm Infants (Boys)



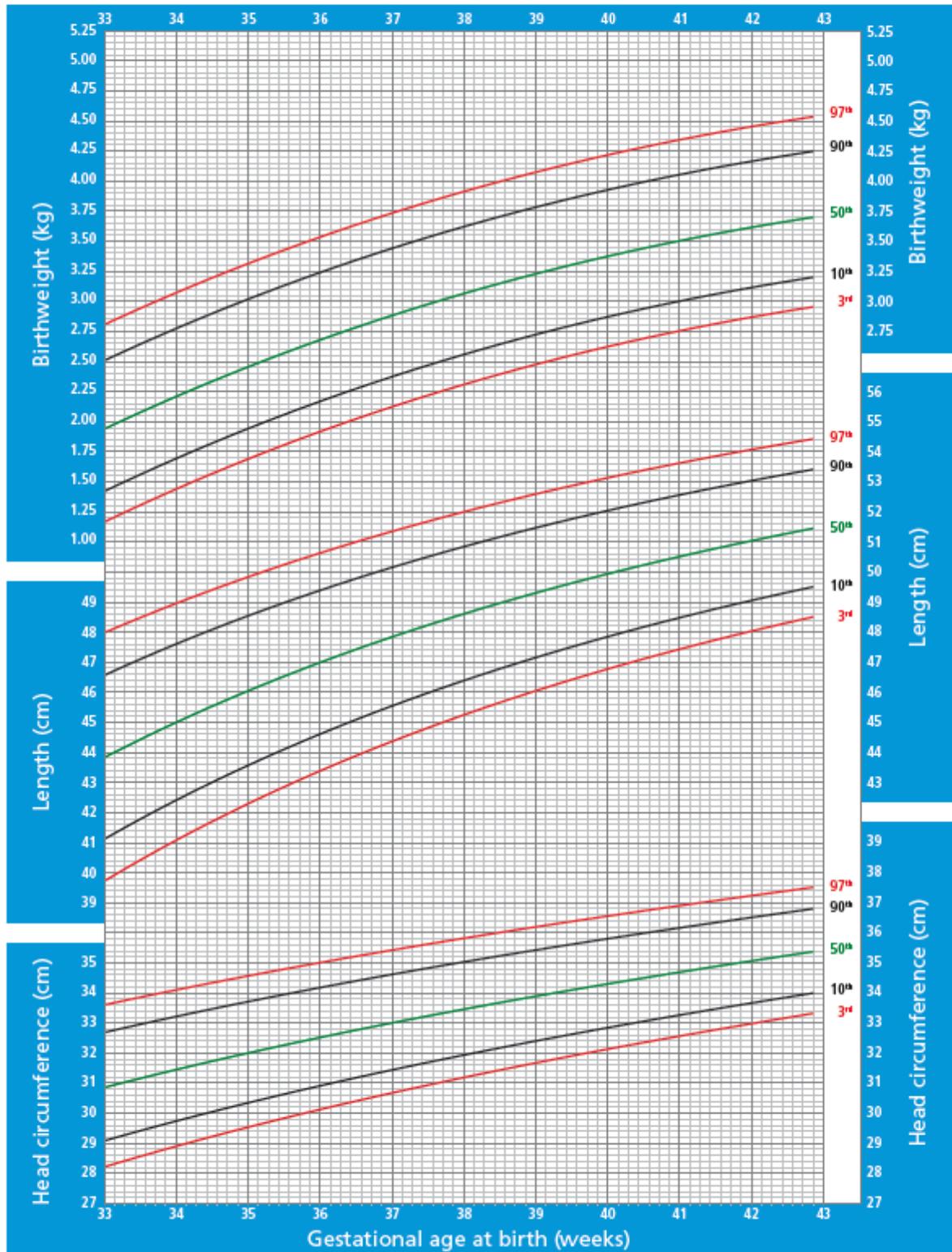
© University of Oxford

Villar et al. Lancet 2016;387:844-5

Gráfico A.3 – Curvas internacionais de crescimento para crianças nascidas pré-termo (meninos)
 Fonte: VILLAR et al., 2015.



International Newborn Size Standards (Boys)



© University of Oxford

Villar et al. *Lancet* 2014;384:857-68

Gráfico A.4 – Curvas internacionais de crescimento para crianças nascidas pré-termo (meninos), cont.
Fonte: VILLAR et al., 2015.

APÊNDICE B - PROTOCOLO ASSISTENCIAL - TERAPIA IMUNOLÓGICA ORAL (COLOSTROTERAPIA)

B.1 DEFINIÇÃO

O período neonatal é uma das fases mais suscetíveis à infecção, principalmente, nos bebês prematuros extremos. A dieta é um dos grandes fatores protetores contra infecção, porém, muitos destes bebês não possuem condições clínicas de iniciá-la precocemente. Surge, assim, a colostroterapia como uma alternativa importante na proteção destes pacientes, ao expor a mucosa do recém-nascido a fatores biológicos protetores presentes no leite materno, funcionando como uma imunoterapia. Além de fortalecer o sistema imunológico, a colostroterapia também traz outro grande benefício ao estimular a amamentação precoce e promover o vínculo mãe/bebê.

B.2 OBJETIVOS

Uniformizar, junto à equipe da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neonatal), a técnica de colostroterapia e quais pacientes serão eleitos para recebê-la, como forma de oferecer fatores biológicos protetores a recém-nascidos que ainda não tenham condições clínicas de dieta enteral ou que a estejam utilizando em pequena quantidade.

B.3 INDICAÇÃO/ABRANGÊNCIA

Toda equipe médica e de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

B.4 CRITÉRIOS

B.4.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Prematuros \leq 1.500 g;
- Prematuros \leq 32 semanas de idade gestacional ao nascimento;
- Pacientes asfíxicos com indicação de hipotermia terapêutica;
- Pacientes sem previsão de dieta nas primeiras 48 h de vida.

B.4.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Pacientes com previsão de dieta nas próximas 48 horas.
- Mãe com doenças que contraindicam a amamentação como: HIV, HTLV, recém-nascido prematuro < 34 semanas de mãe positiva para CMV.

Atenção: hepatite B e C, embora não sejam contraindicação ao aleitamento materno, dependem de um diálogo com a mãe, orientação quanto aos riscos, para que a mesma possa decidir pela oferta ou não do leite materno para o recém-nascido.

B.5 DIAGNÓSTICO

Não se aplica.

B.6 CONDUTAS

Deverá estar prescrito pelo médico da UTI Neonatal.

Técnica:

- Introduzir uma seringa na lateral direita da boca do recém-nascido (face interna da bochecha direita) e administrar 0,1 ml de colostro da própria mãe. Em seguida, fazer o mesmo procedimento do lado esquerdo.
- O objetivo não é a deglutição do leite, mas sim o contato com a mucosa oral.
- Iniciar o procedimento com 24 horas de vida e repeti-lo a cada 3 horas.
- Quando iniciada a dieta, ajustar a imunoterapia com colostro para que coincida com o horário da mesma, de forma a reduzir a manipulação do paciente. Portanto, a colostroterapia independe da administração da dieta enteral, podendo ainda ser mantida até que se atinja taxa hídrica da dieta de 100 ml/kg/dia.

B.7 REGISTROS

O protocolo estará disponível impresso em pasta própria para documentação da rotina do setor e também estará disponível em arquivo digital nos computadores da Unidade Neonatal. Os registros clínicos deverão constar no prontuário do paciente.

APÊNDICE C - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - ORDENHA MANUAL E ARMAZENAMENTO DO LEITE MATERNO

C.1 OBJETIVO

Descrever o procedimento de ordenha manual do leite materno e seu adequado armazenamento.

C.2 ABRANGÊNCIA

Seção de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Infantil.

C.3 RESPONSABILIDADES

C.3.1 ENFERMEIRO

- Supervisionar a cadeia de frio a fim de oferecer a condição adequada de conservação do Leite Humano Ordenhado (LHO);
- Realizar o controle e registrar as variações de temperatura, ambos em impresso próprio e específico, fixado no refrigerador (Termômetro e Mapa de Temperatura);
- Assegurar refrigerador exclusivo para LHO;
- Solicitar para a mãe a retirada de qualquer tipo de adorno;
- Orientar a lavagem das mãos;
- Orientar e retirar todas as dúvidas acerca da ordenha manual e do armazenamento do LHO.

C.3.2 TÉCNICO DE ENFERMAGEM

- Solicitar para a mãe a retirada de qualquer tipo de adorno;
- Orientar a lavagem das mãos;
- Orientar e retirar dúvidas acerca da ordenha manual e do armazenamento do LHO.

C.4 CONCEITOS

C.4.1 SIGLAS

HNMD – Hospital Naval Marcílio Dias;

LH – Leite Humano;

LHO – Leite Humano Ordenhado;

RN – Recém-nascido; e

UTI – Unidade de Terapia Intensiva.

C.4.2 DEFINIÇÃO

Ordenha manual – consiste na técnica de retirada do leite materno, sem uso de qualquer dispositivo, com objetivo de captar e armazenar o leite para ser administrado para o bebê.

C.5 PROCEDIMENTOS

C.5.1 RECURSOS

- Touca
- Máscara cirúrgica
- Mesa de apoio
- Cadeira ou poltrona
- Biombo
- Gaze estéril
- Ampola de água destilada
- Papel toalha
- Frasco para coleta e armazenamento do LHO
- Geladeira

C.5.2 DESCRIÇÃO

- Remover adornos: anéis, pulseiras, brincos, correntes e relógio;
- Colocar touca e máscara, na mãe e no profissional que auxiliar a mãe;

- Higienizar as mãos e antebraços com água e sabão;
- Preparar o local onde será realizada a ordenha: forrar a mesa de apoio com papel toalha, posicionar um biombo, se necessário, disponibilizar pacote de gaze estéril e uma ampola de água destilada;
- Pegar o frasco para coleta, esterilizado na geladeira, colocar na mesa de apoio;
- Higienizar novamente as mãos com álcool gel;
- Abrir o frasco, deixando a tampa virada para cima e coberta por uma gaze estéril sobre a mesa de apoio;
- Limpar a mama com água destilada;
- Massagear as mamas com a mão espalmada, com movimentos circulares no sentido aréola-tórax e sempre apoiando a mama;
- Posicionar o dedo polegar na borda superior da aréola e os demais dedos na borda inferior, comprimindo a aréola para trás e para frente, fazendo o leite sair;
- Realizar movimentos suaves e ritmados;
- Evitar deslizar os dedos na pele para não causar ferimento e nunca comprimir o mamilo;
- Mudar a posição dos dedos regularmente;
- Desprezar os primeiros jatos em uma gaze, a ser descartada, e após posicionar o frasco coletor próximo ao mamilo para receber o leite;
- Trocar o frasco coletor sempre que o volume coletado for equivalente ao prescrito para cada administração;
- Retirar todo o leite até esvaziar as mamas;
- Ao término da ordenha, passar um pouco de leite nos mamilos;
- Identificar o frasco utilizando fita crepe com seguintes Informações: NOME COMPLETO DA MÃE, NIP, DATA E HORA DA ORDENHA;
- Armazenar o leite identificado em refrigerador próprio.

C.5.3 CONSIDERAÇÕES GERAIS

- A ordenha sempre será manual, não está autorizado nenhum tipo de dispositivo para retirada de leite (ex: bombas de extração de leite, extrator coletor de leite, etc.);
- O local de retirada do leite será na sala de ordenha e/ou beira leito se necessário e autorizado pela enfermeira de plantão;

- A mãe deve chegar na unidade pelo menos meia hora antes do horário da dieta para retirar o LH;
- Um profissional de enfermagem deverá orientar a mãe quanto a técnica de ordenha manual o mais precocemente possível, para garantir a estimulação das mamas e produção adequadas;
- A temperatura da geladeira de armazenamento do LHO deve permanecer entre 2 e 5°C;
- LHO deve permanecer refrigerado por no máximo 12 horas após a coleta, após esse período, deve ser desprezado.

APÊNDICE D - PROTOCOLO ASSISTENCIAL – MÉTODO CANGURU

D.1 DEFINIÇÃO

A posição canguru está inserida numa política muito mais ampla denominada “Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso - Método Canguru”. Este método é uma evolução do cuidado neonatal favorecendo a humanização dentro da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neonatal). É uma estratégia do Ministério da Saúde com vistas a melhorar a qualidade do atendimento neonatal, observando a individualidade de cada criança e cada família, mudando consideravelmente o paradigma da assistência neonatal no Brasil. Esclarece que o sucesso do tratamento na UTI não é determinado apenas pela sobrevivência do bebê, mas pela construção de vínculos afetivos familiares, através do contato pele a pele entre o recém-nascido (RN) e seus pais (principalmente a mãe), o mais cedo possível. Começa de forma precoce com o primeiro toque da mãe em seu filho evoluindo até a posição canguru.

D.2 OBJETIVOS

O protocolo visa uniformizar a prática assistencial nos cuidados com o recém-nascido internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Constitui-se em uma nova forma de cuidar em que o objetivo final é uma maior humanização e aumento do vínculo mãe-bebê tendo por consequência o aumento nas taxas de aleitamento materno. Assim, temos por objetivos da posição canguru:

- Favorecimento do aleitamento materno;
- Estreitamento do vínculo mãe/pai-bebê;
- Controle térmico;
- Diminuição do estresse e da dor;
- Auxílio na capacitação do cuidado do bebê pelos pais;
- Diminuição do risco de infecção hospitalar;
- Melhora no desenvolvimento neuropsicomotor;
- Melhor relacionamento da família com a equipe de saúde.

D.3 INDICAÇÃO/ABRANGÊNCIA

Será multiprofissional e desenvolvido por toda a equipe presente na UTI Neonatal, de acordo com cada função, desde a secretária na recepção aos pais, até a equipe médica, de enfermagem, fisioterapia e fonoaudiologia.

D.4 CRITÉRIOS

D.4.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NA PRIMEIRA ETAPA

A inclusão no Método Canguru de todos os bebês internados na UTI Neonatal deve ser buscada com empenho pela equipe da Unidade. Para os mais graves, ao menos o toque dos pais, deve ser incentivado o quanto antes, a não ser que sua condição clínica não permita, como no caso de hipertensão pulmonar. Ainda assim, nestes casos, o apoio aos pais e os cuidados ao recém-nascido, permitem que todos os recém-nascidos participem do Método Canguru nesta etapa.

D.4.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DA PRIMEIRA ETAPA

Não há. Por ser um Método que envolve questões de acolhimento todos os bebês estarão incluídos nestes cuidados.

D.4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NA SEGUNDA ETAPA (POSIÇÃO CANGURU)

- Estabilidade clínica;
- Nutrição enteral plena (seio materno, sonda gástrica, copo ou chucha);
- Peso mínimo de 1.250 gramas;
- Consenso entre mãe/pai e profissionais da unidade;
- Vontade materna em participar;
- Pais capazes de reconhecer os sinais de estresse e as situações de risco do RN;
- Conhecimento e habilidade dos pais para manejar o RN em posição canguru;
- A posição canguru foi originalmente pensada para o RN prematuro ou de baixo peso.

Contudo, não há impedimento para que RN a termo, com peso normal de nascimento, sejam colocados em posição canguru.

D.4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DA SEGUNDA ETAPA (POSIÇÃO CANGURU)

Em RN com peso < 1.250 g, em hidratação venosa, aminos, nutrição parenteral, cateter umbilical arterial e/ou venoso, punção venosa profunda e cateter central de inserção periférica e/ou suporte ventilatório não será permitido colocar o bebê no colo. Nestas situações, a posição canguru será avaliada o mais precoce possível, caso a caso, excepcionalmente, discutindo antes com a equipe médica e sob vigilância permanente da equipe de enfermagem.

Mesmo havendo permissão médica, nestes casos o RN apenas deverá permanecer na posição canguru uma vez ao dia.

D.5 DIAGNÓSTICO

Não se aplica.

D.6 CONDUTAS

D.6.1 PRIMEIRA ETAPA

A primeira etapa se inicia no pré-natal de alto risco e se estende até a internação do recém-nascido na UTI Neonatal. Abrange as seguintes ações:

- 1) Detecção das gestantes de risco para parto prematuro cujos filhos poderão vir a necessitar de cuidados intensivos neonatais;
- 2) Oferecer a estas mulheres e a seus acompanhantes orientações básicas sobre o percurso do recém-nascido na UTI Neonatal;
- 3) Apoiar a presença de um acompanhante no momento do parto;
- 4) Permitir que o acompanhante da mãe acompanhe a transferência do recém-nascido do centro obstétrico até a unidade neonatal para receber os esclarecimentos iniciais da internação da criança;

- 5) Manter a mãe informada sobre a situação do recém-nascido enquanto ela estiver impossibilitada de comparecer à UTI Neonatal;
- 6) Estimular a presença dos pais junto à criança;
- 7) Valorizar a visita dos pais à UTI Neonatal, principalmente a primeira. Devem ser bem recebidos, acolhidos, as informações clínicas do seu bebê devem ser transmitidas de forma clara e atenciosa bem como as rotinas de funcionamento da unidade e os cuidados dispensados;
- 8) Todos os passos devem ser estimulados pela equipe como o tocar o bebê, falar com ele, ficar perto, ordenhar o leite, trocar fralda e participar dos cuidados;
- 9) Iniciar o contato pele a pele assim que a família esteja disposta e o bebê apresente condições clínicas;
- 10) Orientar e estimular o aleitamento materno;
- 11) Comunicar aos pais as peculiaridades de seu filho e estimular as competências dos pais nos cuidados com seu filho;
- 12) Valorizar as observações da mãe quando esta detectar sinais de alerta emitidos pelo seu filho como: hipotermia, refluxo gastroesofágico, letargia, mudanças comportamentais, variação dos sinais vitais na monitorização;
- 13) Diminuir os estímulos ambientais adversos na unidade neonatal como ruídos, odores, luzes. Orientar a equipe a não utilizar rádio, celulares e televisores na unidade.

Nesta etapa os pais permanecem em pé ou sentados, em posição confortável, ao lado da incubadora e com o bebê monitorizado. Em geral será autorizado apenas o toque no bebê.

D.6.1.1 Posição canguru em RN sob suporte ventilatório

D.6.1.1.1 Antes da transferência

- 1) Assegurar que a posição canguru foi autorizada pela equipe médica;

- 2) Anotar os parâmetros ventilatórios do RN (VNI/CPAP/IMV,PIP, PEEP, FiO₂), hemodinâmicos (FR,FC,SO₂) e valores de temperatura axilar. Essas mensurações devem ser cuidadosamente monitoradas durante a posição canguru para avaliar a tolerância do RN durante essa intervenção;
- 3) Posicionar o RN em decúbito dorsal na incubadora, avaliar procedimentos necessários, como ausculta torácica, aspiração de tubo ou troca de fralda e registrar qualquer mudança significativa;
- 4) Verificar se o sensor de oximetria está funcionando de forma adequada;
- 5) Esperar o tempo necessário para permitir uma adaptação fisiológica após os procedimentos realizados. A adaptação é definida como sendo o retorno dos parâmetros fisiológicos à linha de base e a permanência desses valores por 3 minutos. Se a adaptação não ocorrer, o recém-nascido provavelmente ainda não estará estável o suficiente para realizar a posição canguru;
- 6) Utilizar uma coberta para proteger o recém-nascido na transferência para evitar perda de calor;
- 7) Posicionar e preparar a cadeira ou poltrona ao lado da incubadora.

D.6.1.1.2 Transferência do RN da incubadora para a posição canguru

- 1) Transferir o RN com apoio de duas ou três pessoas;
- 2) Preparar a mãe ou o pai ao lado da incubadora;
- 3) Verificar todos os acessos, cabos e circuitos e os organizar para garantir a segurança da transferência;
- 4) Desconectar o tubo do circuito enquanto outra pessoa segura o recém-nascido coberto para evitar perda de calor;
- 5) Colocar o recém-nascido contra o peito da mãe ou pai, dentro do top e reconectar o circuito ao tubo imediatamente. Se a opção for a faixa, usá-la neste momento;

- 6) Certificar-se que o recém-nascido está em posição levemente fletida e confortável;
- 7) Colocar o circuito conectado ao tubo endotraqueal sobre o ombro da mãe ou pai de maneira que o tubo não fique tracionado ou introduzido em excesso;
- 8) Posicionar o pai ou a mãe, confortavelmente, na cadeira ou poltrona previamente preparada;
- 9) Reposicionar o circuito do ventilador de forma segura;
- 10) Monitorar o recém-nascido durante todo o tempo que estiver em posição canguru;
- 11) Manter a posição canguru por no mínimo 1 hora ou avaliando individualmente, desde que o recém-nascido permaneça estável, tempo necessário para sua reorganização.

D.6.1.1.3 Transferência do RN da posição canguru para a incubadora

- 1) Certificar-se que todos os acessos, cabos e circuitos conectados ao RN estejam posicionados de maneira a não prejudicar a transferência;
- 2) Desconectar o tubo do circuito enquanto outro profissional segura o RN e o recoloca de volta à incubadora;
- 3) Reconectar o tubo imediatamente ao circuito e certificar-se de que ficou bem posicionado;
- 4) Posicionar o RN de maneira organizada;
- 5) Anotar os parâmetros ventilatórios (SIMV/IMV, PIP, PEEP, FiO₂), hemodinâmicos (FR, FC, SpO₂) e valores de temperatura axilar.

D.6.1.2 Adequação sensorial na UTI Neonatal

- 1) Proporcionar contenção adequada para todo o corpo do recém-nascido: cabeça, tronco, quadril e membros, fornecendo assim limites e suporte para o seu corpo;

- 2) Evitar o toque intermitente e leve (tipo cócegas), pois o recém-nascido geralmente reage negativamente a ele;
- 3) Utilizar a contenção manual, que consiste na colocação das mãos paradas, sem pressão excessiva cedendo aos movimentos do RN e depois retornando. Isso pode ser feito na cabeça, tronco, tórax e membros da criança;
- 4) Orientar os pais quanto ao manuseio da criança;
- 5) Convidar os pais para participar na organização do RN antes de procedimentos técnicos;
- 6) Focar na garantia da estabilidade e organização da criança;
- 7) Suspender a intervenção caso o RN demonstre sinais de desorganização;
- 8) Falar baixo e evitar conversas desnecessárias;
- 9) Utilizar o cheiro do leite da própria mãe do RN para estimular os sistemas olfativo e gustativo da criança;
- 10) Evitar o uso de substâncias com odores fortes ou aversivos por parte da equipe e família, como perfumes fortes;
- 11) Possibilitar diminuição da iluminação para que o RN possa interagir melhor com os pais e o ambiente;

D.6.2 SEGUNDA ETAPA

O bebê e sua mãe e/ou pai podem permanecer juntos o maior tempo possível.

Na segunda etapa o apoio oferecido pela enfermagem é menor do que o anterior com a mãe assumindo a maior parte dos cuidados. A mãe pode ficar o tempo que desejar com o bebê no colo.

A utilização de medicações orais, intramusculares ou endovenosas intermitentes não contraindicam a permanência na segunda etapa (a não ser em caso de cateter central, que via de

regra não será autorizada posição canguru. Excepcionalmente, após autorização médica, será autorizado).

D.6.3. POSIÇÃO CANGURU

D.6.3.1 Preparação do recém-nascido

1) Avaliar a estabilidade clínica do recém-nascido pois a manipulação necessária para colocá-lo em posição canguru pode levar à taquicardia e a uma pequena queda de saturação. Apenas colocar nesta posição bebês estáveis;

2) Verificar a temperatura do bebê e caso dentro da normalidade proceder à retirada de roupas da criança deixando-a apenas de fralda. Meias e toucas podem ser utilizadas, principalmente, em recém-nascidos de muito baixo peso e em locais frios;

3) Transferir o recém-nascido da incubadora/berço aquecido ou berço comum para a posição canguru envolvido em coberta;

4) A posição canguru somente deve ser realizada pelo pai ou mãe da criança.

D.6.3.2 Posicionando o recém-nascido

1) Colocar o RN em decúbito prono, posição vertical, em contato pele a pele com o peito do pai ou da mãe, com a cabeça lateralizada, membros superiores e inferiores flexionados e abduzidos;

2) Evitar hiperflexão e hiperextensão do pescoço e abdução exagerada do quadril;

3) Envolver a díade com uma malha ou faixa confortável (importantes para a segurança) e respeitando a temperatura ambiente;

4) Utilizar a própria roupa dos pais ou avental hospitalar sobre a faixa se assim preferirem;

5) Em ambientes frios ou no caso de recém-nascidos muito pequenos pode ser necessário o uso de um cobertor;

6) O tempo de permanência na posição canguru depende do desejo e conforto da díade pai ou mãe/RN e pode ser variável. Recomenda-se, porém, o maior tempo possível ou, pelo menos, duas horas de permanência, não devendo ser inferior a uma hora.

D.6.3.3 Posicionando os pais

- 1) Garantir a segurança e o conforto para os pais e o RN;
- 2) Disponibilizar poltrona com suporte para os braços. Os pais devem ficar confortavelmente sentados ou recostados com cabeceira elevada a 45 graus;
- 3) Estimular os pais com o recém-nascido em posição canguru a conversar e fazer movimentos que não ofereçam risco à criança.

D.6.3.4 Atribuições da equipe

- Incentivar o aleitamento materno;
- Orientar a mãe quanto à higiene do recém-nascido, troca de fralda, banho, posicionamento do bebê na posição canguru ou no berço;
- Oferecer suporte emocional aos pais;
- Orientar a mãe/ pai em todas as visitas ao seu filho;
- Estimular o contato da mãe/pai com o recém-nascido;
- Treinamento constante da equipe para garantir a qualidade da assistência;
- Garantir o posicionamento seguro do bebê no colo materno/paterno, bem como a integridade dos dispositivos tais como acesso venoso, interface de suporte ventilatório, sensores de monitorização, etc.;
- Garantir o assento adequado para permanência junto ao bebê;
- Realizar exame físico, controle dos sinais vitais e peso diário do recém-nascido;
- Orientar a família no momento da alta hospitalar.

D.6.3.5 Cuidados especiais

D.6.3.5.1 Troca de fralda

- 1) Orientar os pais quanto à troca de fralda com técnica adequada para evitar complicações clínicas durante este procedimento;
- 2) Providenciar todo o material necessário, água morna, algodão, fralda, antes de começar o procedimento;
- 3) Trocar a fralda antes da dieta;
- 4) Colocar o RN em decúbito dorsal;
- 5) Abrir a fralda suavemente, evitando o barulho do velcro. Proteger a parte adesiva para evitar o contato com a pele;
- 6) Colocar o RN em decúbito lateral, dobrar ou retirar a fralda suja. Realizar a higiene de forma suave, sem erguer as pernas, virar suavemente para o lado contralateral e concluir a higiene;
- 7) Colocar a fralda limpa sem erguer as pernas, rolando o RN em decúbito lateral;
- 8) Fechar a fralda suavemente deixando-a folgada para evitar o aumento da pressão abdominal;
- 9) Utilizar fralda de tamanho adequado para evitar postura errônea do quadril.

D.7 REGISTROS

O protocolo estará disponível impresso em pasta própria para documentação da rotina do setor e também estará disponível em arquivo digital nos computadores da Unidade Neonatal.

Os registros clínicos deverão constar no prontuário do paciente, na folha de cuidados do paciente e na folha de assistência multiprofissional que serão anexadas ao prontuário físico do paciente.

APÊNDICE E - PROTOCOLO ASSISTENCIAL - SUCÇÃO NÃO NUTRITIVA E NUTRITIVA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

E.1 DEFINIÇÃO

A terapia nutricional é de fundamental importância para a evolução satisfatória do recém-nascido, contribuindo para a redução da morbidade e mortalidade no período neonatal com implicações inclusive na vida adulta. Portanto, o adequado manejo nutricional constitui-se em uma das ações determinantes para que se atinja bons resultados neonatais que se estenderão por toda a vida do indivíduo.

O recém-nascido (RN) prematuro ou o RN a termo doente muitas vezes não apresenta condições clínicas para alimentar-se através da sucção, necessitando do uso de sonda orogástrica/nasogástrica para receber sua dieta. Com a melhora clínica, torna-se necessário um período de treinamento para que este bebê possa receber sua dieta através da sucção iniciando, assim, um período de transição da sonda para o seio materno.

A sucção não nutritiva tem por objetivo desencadear o reflexo de busca e favorecer o início da sucção nos recém-nascidos que ainda não estão em condições de sugar efetivamente para garantir sua nutrição.

A sucção nutritiva consiste em utilizar a sucção para garantir o leite necessário para manter um adequado estado nutricional permitindo um crescimento e desenvolvimento satisfatórios. Constitui-se em um período de preparo e de treinamento para que os movimentos de sucção, deglutição e respiração sejam coordenados com a finalidade de substituir a via alternativa de alimentação (sonda oro/nasogástrica) por via oral, preferencialmente no seio materno.

E.2 OBJETIVOS

O protocolo visa uniformizar e estimular o início da sucção, seja ela nutritiva ou não nutritiva, nos recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neonatal) do Hospital Naval Marcílio Dias.

Tem por objetivo auxiliar a promoção do aleitamento materno ao permitir a retirada da sonda o mais precoce possível assegurando que os bebês recebam o leite de suas mães o quanto antes.

E.3 INDICAÇÃO/ABRANGÊNCIA

Este protocolo é multiassistencial abrangendo a Clínica de Pediatria, o Serviço de Fonoaudiologia e de Enfermagem atuantes na UTI Neonatal do Hospital Naval Marcílio Dias.

E.4 CRITÉRIOS

Será destinado aos recém-nascidos internados na UTI Neonatal.

A sucção não nutritiva será realizada pela equipe de fonoaudiologia na sua forma mais completa de incentivo à precocidade da sucção nutritiva. Também será efetivada pela equipe de enfermagem e médica, com vistas a reduzir sinais de estresse durante procedimentos dolorosos, como medida não farmacológica de controle da dor ao favorecer a liberação de serotonina.

A sucção nutritiva será realizada, após a avaliação da fonoaudiologia, evidenciando que o recém-nascido está apto para garantir seu alimento através da sucção ou após percepção da equipe médica e de enfermagem da prontidão do recém-nascido em garantir a ingestão adequada de leite por sucção.

E.4.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Critérios gerais para sucção não-nutritiva e sucção nutritiva:

- Estabilidade clínica e hemodinâmica determinada pelo neonatologista;
- Nível de alerta adequado;
- Ausência de suporte de ventilação com pressão positiva;
- Aguardar 24 horas após a extubação orotraqueal;
- Pós-operatório de traqueostomia acima de 48 horas.
- Manutenção estável de saturação de oxigênio e frequência cardíaca;
- Condições cardioventilatórias estáveis, com neonato eupneico ou dispneico/taquipneico leve.

- Especificadamente, como critério da sucção não-nutritiva:
 - Idade gestacional ≥ 32 semanas
 - Dieta plena
- E, particularmente como critério da sucção nutritiva:
 - Idade gestacional ≥ 34 semanas
 - Peso ≥ 1700 g

E.4.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes com instabilidade clínica ou que não se incluam nas faixas de peso e idade gestacional constantes nos “Critérios de Inclusão”.

E.5 DIAGNÓSTICO

Não se aplica

E.6 CONDUTA

A equipe de fonoaudiologia será solicitada pela equipe médica da UTI Neonatal, via parecer no prontuário eletrônico, quando os recém-nascidos apresentarem condições clínicas de sucção nutritiva/ não nutritiva. Após avaliação do paciente pela profissional de fonoaudiologia a mesma informará a equipe médica se o paciente possui ou não condições de ser atendido após considerar:

- condições clínicas gerais (sinais vitais, peso, idade gestacional);
- avaliação comportamental (estado de consciência, postura global);
- avaliação estrutural (postura oral, mobilidade e tônus);
- avaliação de reflexos orais.

E.6.1 COMO REALIZAR A AVALIAÇÃO DA SUCÇÃO NÃO-NUTRITIVA

1) É realizada introduzindo-se o dedo enluvado, embebido em leite, na boca do RN inicialmente com toques ao redor da boca e lábio inferior e em seguida pressionando o palato com a polpa do dedo para estimular o reflexo de sucção;

- 2) Estimulação da sucção não-nutritiva na mama vazia. A mãe é orientada a esvaziar completamente a mama e, em seguida, oferecê-la ao bebê.

E.6.2 COMO REALIZAR A AVALIAÇÃO DA SUCCÃO NUTRITIVA

- 1) Levar em consideração a individualidade e a competência de cada RN, e não somente critérios clínicos como peso e a idade gestacional;
- 2) A transição da alimentação deve ser realizada em RN clinicamente estáveis que apresentem sucção ritmada, coordenada com as funções de deglutição e respiração, sendo realizada preferencialmente por profissionais habilitados (fonoaudiólogos);
- 3) Observar o tempo de mamada e o número de episódios de sucção;
- 4) Reduzir o volume da complementação por gavagem de acordo com a aceitação e o ganho de peso;
- 5) Supervisionar as mamadas, observando sinais de desorganização e estresse (alterações respiratórias, diminuição da saturação, cianose, aumento da frequência cardíaca, hipotonia, desorganização global, tremores de língua e mandíbula, entre outras);
- 6) Manter o RN em posição canguru após a mamada;
- 7) Registrar as observações.

E.7 REGISTROS

O protocolo estará disponível impresso em pasta própria para documentação da rotina do setor e também estará disponível em arquivo digital nos computadores da Unidade Neonatal.

Os registros clínicos deverão constar no prontuário eletrônico do paciente, na folha de cuidados do paciente e na folha de assistência multiprofissional que serão anexadas ao prontuário físico do paciente.

ANEXO A - 10 PASSOS PARA O SUCESSO DO ALEITAMENTO MATERNO

1. Ter uma norma escrita quanto à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno que deverá ser rotineiramente transmitida a toda a equipe da unidade de saúde.
2. Treinar toda a equipe da unidade de saúde, capacitando-a para implementar esta norma.
3. Orientar as gestantes e mães sobre seus direitos e as vantagens do aleitamento materno, promovendo a amamentação exclusiva até os 6 meses e complementada até os 2 anos de vida ou mais.
4. Escutar as preocupações, vivências e dúvidas das gestantes e mães sobre a prática de amamentar, apoiando-as e fortalecendo sua autoconfiança.
5. Orientar as gestantes sobre a importância de iniciar a amamentação na primeira hora após o parto e de ficar com o bebê em alojamento conjunto.
6. Mostrar às gestantes e mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.
7. Orientar as nutrizes sobre o método da amenorreia lactacional e outros métodos contraceptivos adequados à amamentação.
8. Encorajar a amamentação sob livre demanda.
9. Orientar gestantes e mães sobre os riscos do uso de fórmulas infantis, mamadeiras e chupetas, não permitindo propaganda e doações destes produtos na unidade de saúde.
10. Implementar grupos de apoio à amamentação acessíveis a todas as gestantes e mães, procurando envolver os familiares.

ANEXO B - PROGRAMA NACIONAL DE INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO

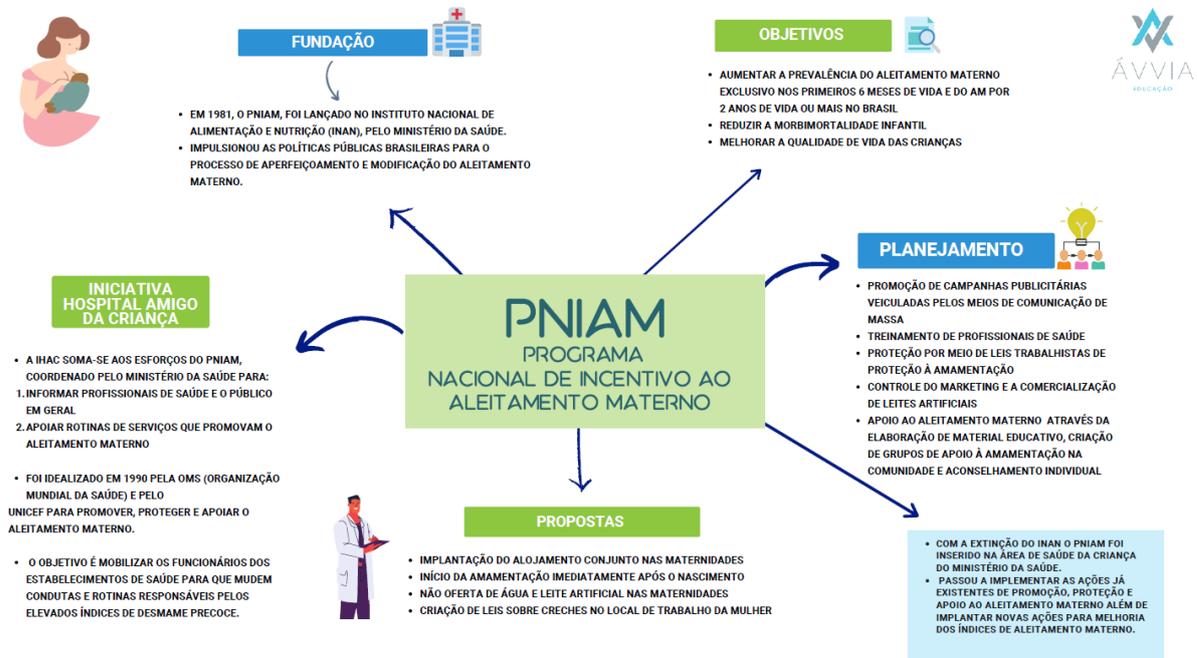


Figura B-1 – PNIA M – Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno

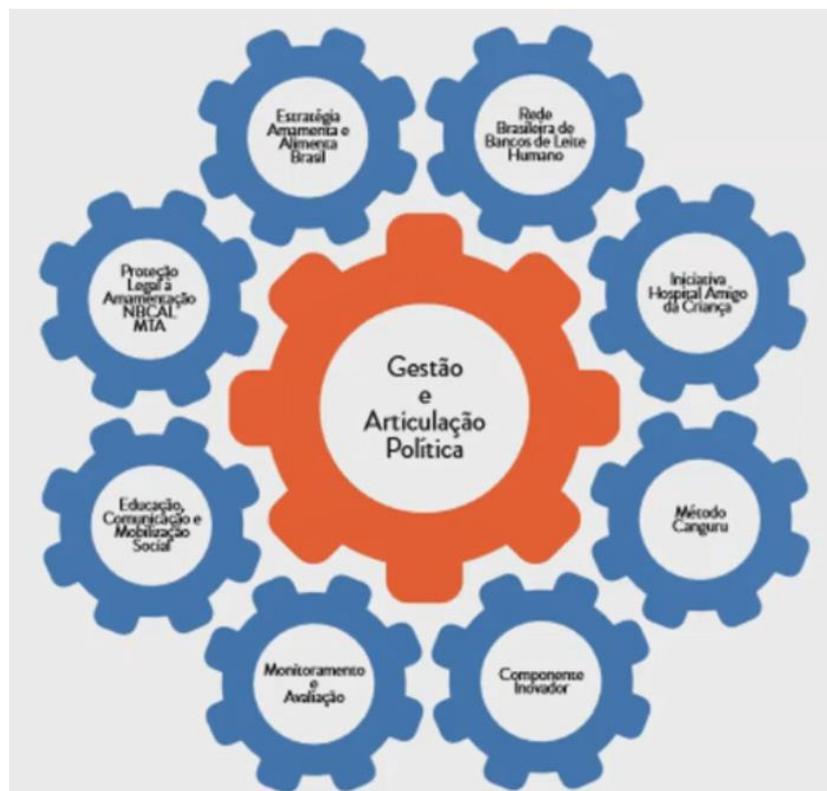


Figura B-2 – Componentes da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno
Fonte: IFF/FIOCRUZ, 2022.