

Assistência de Enfermagem ao binômio mãe-filho prematuro relacionada à amamentação

Nursing care to both mother and child related to breastfeeding premature

Nelio Fernandes Borrozzino¹; Andréa Garavatti¹; Natalia Ormanji¹; Ana Paula Guareschi²

Resumo: O aleitamento materno é um dos mais importantes benefícios que uma mãe pode dar ao recém-nascido prematuro, propicia a manutenção do vínculo, imunização, diminuição da incidência das doenças relacionadas a prematuridade, consequentemente, diminui o período de hospitalização e procedimentos invasivos. O objetivo do trabalho foi apresentar as intervenções de enfermagem descritas nos periódicos em relação à amamentação do prematuro. Propor as etapas do processo de enfermagem: diagnósticos de enfermagem, resultados e intervenções para assistência de enfermagem ao binômio mãe-filho no que se refere à amamentação. Foi realizada uma pesquisa em todas as bases de dados da BVS com os descritores: “prematuro” and “amamentação” and “enfermagem neonatal”, no período de 2005 a 2010, com critérios de inclusão e exclusão previamente definidos, foram analisados 8 artigos. Foram elencados sete diagnósticos de enfermagens, sendo descritas treze intervenções de enfermagem pertinentes. Observou-se que a equipe de enfermagem tem fundamental importância no processo de amamentação tanto para a mãe quanto para o filho e que a sistematização da assistência é necessária e deve ser individualizada a fim de nortear e melhorar a qualidade do cuidado.

Palavras-chave: Prematuro. Amamentação. Enfermagem neonatal.

Abstract: Breastfeeding is one of the most important benefits that a mother can give to premature infants because it helps overcome the disadvantages of a possible impairment of the immune system, length of hospitalization and invasive procedures. A systematic search in every database of BVS with the keywords “premature and breastfeeding” and “neonatal nursing” was performed from 2005 to 2010. The objective of this study was to present the nursing interventions mentioned in journals regarding the premature breastfeeding, propose the steps of the nursing process: nursing diagnoses, interventions and expected outcomes for the nursing care for both mother and child when it comes to breastfeeding. After exclusion criteria, eight items were analyzed, being found only thirteen interventions throughout the nursing process. It was observed that the nursing staff is of fundamental importance in the process of breastfeeding for both mother and the child and that the care system is necessary and should be individualized in order to guide and improve the quality of care.

Keywords: Premature. Breastfeeding. Neonatal nursing.

INTRODUÇÃO

O recém nascido pré-termo é classificado em três grupos, de acordo com a idade gestacional ao nascimento. A prematuridade limítrofe corresponde ao nascimento entre 35 a 36 semanas de gestação, essas crianças pesam entre 2.200 e 2.800 gramas. Aqueles considerados como prematuridade moderada são os prematuros nascidos com idade gestacional de 31 a 34 semanas, geralmente, esses bebês pesam mais de 2.000 gramas. Quando a idade gestacional ao nascimento é inferior a 30 semanas, denomina-se recém-nascido de prematuridade extrema, e costumam pesar menos de 1.500 gramas (MARCONDES, 2002).

As causas maternas fetais mais comuns, que podem implicar no nascimento de um recém-nascido prematuro, são: idade extrema e estado nutricional deficiente da mãe, pré-natal deficiente, doenças crônicas, anomalias uterinas, exposição a teratogênicos, trauma pré-parto, hipertensão gravídica e infecções ocorridas na gravidez, placenta prévia, ruptura prematura de membranas, gestação gemelar, entre outras intercorrências (KENNER, 2001).

Complicações maternas que podem acompanhar o nascimento prematuro podem afetar a amamentação, como por exemplo, trabalho de parto prematuro, hipertensão, perda sanguínea, e algumas medicações podem trazer efeitos negativos no suprimento de leite materno. Problemas na produção do leite materno podem ser transitórios ou continuar indefinidamente, afetando a capacidade de fornecer leite materno. Estresse, fadiga e dor podem diminuir a taxa de prolactina no corpo da mãe, afetando a produção de leite (ISAACSON, 2006).

Mulheres começam a produzir leite, na gestação (lactogênese I), por volta de 10 semanas de gravidez e mais tarde na 22ª semana. Em relação à quantidade de leite, muito pouco é produzido nas primeiras 48 horas pós-parto, sendo o recém-nascido termo ou pré-termo. A lactogênese II começa entre 24 e 102 horas após o nascimento, com uma média de 59 a 64 horas pós-parto. Este é o estágio mais crítico da lactação, e exige um acompanhamento pela equipe de enfermagem para assegurar o fornecimento adequado de leite materno para o recém-nascido (SPATZ, 2006).

¹Discente do curso de Enfermagem do Centro Universitário São Camilo (SP).

²Especialista e Mestre em Enfermagem Pediátrica pela UNIFESP. Docente da graduação e Pós-Graduação do Centro Universitário São Camilo (SP).

Contato: guareschi@uol.com.br

O aleitamento materno é um dos mais importantes benefícios que uma mãe pode dar ao recém-nascido prematuro. O leite materno oferece ao bebê aminoácidos e gorduras, propriedades imunológicas, suplementa enzimas que auxiliam na digestão, abaixa a taxa de solutos renais e aumenta os nutrientes. O leite materno para os recém-nascidos pré-termos propicia a manutenção do vínculo, imunização, diminuição da incidência das doenças relacionadas à prematuridade, consequentemente, diminui o período de hospitalização e procedimentos invasivos (ISAACSON, 2006).

O nascimento do prematuro e sua hospitalização criam ansiedade e incerteza nos pais, que associam a prematuridade ao risco de morte. A saúde mental materna, a sua capacidade de amamentar, e a sobrevivência de seu filho podem estar em questão. Isto influencia na decisão materna de prover aleitamento materno e/ou atrasa a iniciação do bombeamento. Algumas mulheres acreditam que não é possível amamentar o recém-nascido prematuro ou podem não entender no que isso implica (ISAACSON, 2006).

O nascimento de um bebê diferente do que foi esperado como o prematuro, pode causar na mãe um forte impacto psicológico. Ela poderá ter reações de luto, como pena pela fragilidade do filho, medo de seu óbito, sentimento de fracasso por não ter levado a gravidez a termo (BOWLBY, 2002).

A assistência prestada pelos profissionais que atuam na unidade neonatal visa à manutenção da lactação e sucesso no aleitamento. Nesse contexto, o enfermeiro exerce papel relevante nos momentos de promoção do cuidado ao binômio mãe-filho, precisando interagir com ambos para propor as intervenções necessárias para obter uma lactação efetiva e fortalecer o vínculo entre eles.

Os objetivos desse trabalho foram: (1) Identificar nos periódicos, as publicações com enfoque na enfermagem em relação à amamentação do prematuro; (2) Apresentar as intervenções de enfermagem descritas nos periódicos em relação à amamentação do prematuro; (3) Propor diagnósticos de enfermagem e intervenções para assistência de enfermagem ao binômio mãe-filho no que se refere à amamentação.

MÉTODO

O levantamento bibliográfico para o presente estudo foi realizado no banco de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), investigada as bases LILACS, IBICS, MEDLINE, SCIELO, Áreas especializadas (BDENF) e Organismos Internacionais, no período de 2005-2010, mediante o uso dos seguintes descritores: “prematuro” and “amamentação”. Nesta etapa a consulta à base de dados identificou 516 artigos. Como o enfoque do presente estudo é a assistência de enfermagem na amamentação do prematuro, um novo descritor passou a ser utilizado, sendo a pesquisa realizada com “prematuro”

and “amamentação” and “enfermagem neonatal”, totalizando 33 artigos.

Após a leitura dos títulos, resumos e, quando indicado, dos textos completos, procedeu-se a seleção dos artigos utilizando sete critérios de inclusão: (1) pertencerem às bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS); (2) terem sido publicados entre 2005-2010; (3) estarem nos idiomas inglês/espanhol/português; (4) terem como temática central a amamentação do prematuro; (5) terem como sujeito da pesquisa apenas em recém-nascidos prematuros; (6) estarem relacionados à assistência de enfermagem; (7) terem resumo. Com esses sete critérios básicos definiu-se o conjunto de trabalhos da revisão.

Dentre os 33 analisados, foram excluídos 24. Os critérios de exclusão dos 24 artigos foram: artigos que não foram publicados nos últimos 5 anos (17), por não terem como enfoque principal a amamentação do prematuro, e sim o método mãe-canguru e o cuidado em geral do prematuro pela equipe multidisciplinar (4), não tinha resumo (1), eram em francês e alemão (2). Desta forma, restaram 9 artigos que respondiam aos critérios de inclusão e foram analisados. Dentre estes, um não estava disponível na íntegra nos acervos da BVS e biblioteca da Escola de Enfermagem da USP. Assim, análise crítica do presente estudo foi realizada com os 8 artigos restantes.

RESULTADOS

Numa busca por ações de sistematização da assistência de enfermagem nestes estudos, percebemos que apenas estavam relatadas e descritas as intervenções de enfermagem, não englobando todas as etapas do processo. Desta forma, foram encontradas 13 diferentes intervenções (Quadro 1). Dos artigos analisados, em relação ao tipo de estudo, obtivemos uma pesquisa experimental, duas pesquisas qualitativas e cinco revisões de literatura.

DISCUSSÃO

O prematuro apresenta algumas dificuldades no processo de amamentação causadas pela sua imaturidade. Os indicadores sensíveis da capacidade da criança para lidar com a tensão de alimentar-se incluem: frequência cardíaca e respiratória, saturação de oxigênio, temperatura, estado de vigília-sono, digestão e sequenciamento chupar-engolir-respirar. O desafio de alimentar pode rapidamente provocar mudanças nestes indicadores. A criança deve ser cuidadosamente monitorada para evitar potenciais consequências graves de instabilidade (BERNAIX, 2006).

O leite materno é considerado a nutrição ideal para os recém-nascidos prematuros, sendo composto por nutrientes especialmente adaptados para atender às necessidades destes, levando ao desenvolvimento neurológico e físico, protegendo contra enterocolite necrotizante

Quadro 1: Intervenções de enfermagem relacionadas ao binômio aleitamento materno e prematuros publicados nas bases de dados consultadas no período de 2005 a 2010.

No.	Intervenção	Autor	Ano
(1)	Educação e suporte para as mães	NYE	2008
		SPATZ	2006
		ISAACSON	2006
		MENDES e AZEVEDO	2008
		SHAKER	2007
		WALKER	2008
		HURST	2007
		BERNAIX	2006
(2)	Intervenções durante o estado de alerta do RN	ISAACSON	2006
(3)	Amamentação precoce com mãe/RN estáveis	WALKER	2008
		BERNAIX	2006
(4)	Posicionamento do bebê e pega correta	WALKER	2008
		ISAACSON	2006
		NYE	2008
		BERNAIX	2006
(5)	Técnica de relactação	WALKER	2008
(6)	Leite materno via copo ou seringa	BERNAIX	2006
(7)	Ambiente favorável à amamentação	NYE	2008
(8)	Ordenha manual ou bomba mecânica	HURST	2007
		ISAACSON	2006
		NYE	2008
		SPATZ	2006
		WALKER	2008
		MENDES e AZEVEDO	2008
(9)	Leite materno por sonda em bolus intermitente	ISAACSON	2006
(10)	Contato físico mãe/filho	HURST	2007
		NYE	2008
		SPATZ	2006
		ISAACSON	2006
		BERNAIX	2006
(11)	Mãe-canguru	NYE	2008
		ISAACSON	2006
(12)	Estimulação oral precoce (sugar seio materno)	HURST	2007
(13)	Suplementação	WALKER	2008
		NYE	2008

e infecções hospitalares, reduzindo o tempo de internação hospitalar e diminuindo o risco para a retinopatia da prematuridade (BERNAIX, 2006; HURST, 2007; NYE, 2008). A quantidade de leite para um recém-nascido de muito baixo peso ao nascer é de 150-180 ml por dia. Uma meta ideal para recém-nascidos prematuros é de 750 a 800 ml de leite materno produzido a cada dia,

com uma frequência de 6-7 vezes por dia de bombeamento (HURST, 2007).

Devido a estes benefícios proporcionados pelo leite materno aos recém-nascidos prematuros, é essencial que a equipe de enfermagem tenha a função de informar as famílias sobre os benefícios e o valor do leite humano para os recém-nascidos prematuros e fornecer a educa-

ção necessária e suporte para facilitar o sucesso do aleitamento (SPATZ, 2006; AZEVEDO; MENDES, 2008).

A amamentação deve ser iniciada logo após o nascimento se o bebê e a mãe estiverem estáveis, no contato pele a pele no tórax materno, enquanto o bebê é seco e coberto com campos secos e aquecidos, a fim de manter o bebê aquecido, permitir livre demanda ao seio materno, prevenir hipoglicemia e estabilidade cardiorespiratória (WALKER 2008). Os passos para o sucesso da amamentação do prematuro progridem de acordo com o aumento da fase de maturidade (ISAACSON, 2006).

As intervenções relacionadas à amamentação devem ser individualizadas. Deve-se avaliar qual é o estado do comportamento do bebê, sendo que nem todos os estados são momentos apropriados para amamentação, o ideal é o estado de “alerta quieto”, onde o bebê tem a atenção voltada para o estímulo e olhos abertos. O bebê deve estar atento, focado, com as frequências cardíacas e respiratórias normais. Este estado de comportamento é difícil de ser alcançado pelo bebê na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, pelo posicionamento e interrupções do padrão de sono, que são dois dos agentes estressores do local (ISAACSON, 2006).

Para que bebê tenha uma alimentação eficaz é necessário que ele tenha um posicionamento correto para realizar a mamada, contato com familiares para se sentir protegido e apoiado e uma iluminação/sonorização adequada da sala (BERNAIX, 2006).

O posicionamento adequado para amamentar o recém-nascido prematuro deve evitar apneia, bradicardia ou dessaturação, pela redução do tônus muscular do prematuro, evitando flexão excessiva do pescoço para não obstruir vias aéreas. É importante que a mãe dê suporte à cabeça e mantenha vias aéreas abertas. Com a maturidade do bebê, outras posições podem ser tentadas. Alguns prematuros se cansam muito rápido, não conseguem sustentar a sucção nutritiva ou falta força necessária para manter o mamilo/aréola dentro da boca e gerar a pressão necessária de 60mmHg para segurar o mamilo no lugar correto (ISAACSON, 2006; WALKER 2008).

É de suma importância que a enfermeira oriente a mãe quanto à pega correta, posicionamento, avaliar a coordenação para sugar e engolir a fim de verificar se o bebê está fazendo uma sucção nutritiva (ISAACSON, 2006; NYE, 2008; WALKER, 2008).

Tipicamente, em torno de 32-34 semanas o bebê está pronto para sucção nutritiva. Aqueles que realizaram sucção não-nutritiva fazem a transição gradualmente. No início, a mãe deve continuar a realizar o bombeamento do seio, com a maturidade e o crescimento do bebê, ele estará mais apto a ter a coordenação de sucção-engolir-respirar, e a mãe irá diminuir gradualmente o bombeamento até que não terá mais necessidade de realizar o bombeamento (normalmente com 40 semanas). Um método que pode verificar se o bebê está

tendo a entrada de leite suficiente é pelo ganho de peso. Ele deve ser pesado antes de mamar e depois. O que ele ganhou em gramas é a quantidade de ml que ele ingeriu (ISAACSON, 2006).

Estudos observaram que prematuros com 28 semanas demonstraram pega areolar na amamentação nutritiva apresentando deglutição em 31 semanas. Os resultados destes estudos demonstram a estabilidade fisiológica do recém-nascido prematuro durante a amamentação e, portanto, quebra o mito da necessidade de adiar a amamentação até que a criança tenha demonstrado a capacidade de utilizar a mamadeira com êxito (HURST, 2007).

A amamentação deve ser feita com sucesso, mantendo um padrão contínuo de ganho de peso e com o bebê mantendo uma boa sucção, deglutição e respiração (SHAKER, 2007).

Se o bebê não conseguir obter adequadamente o colostro ou leite direto do seio com o uso de técnicas de alimentação baseada em evidências, pode ser necessária a suplementação. A suplementação deve ser feita com o bebê no seio materno sempre que possível (WALKER, 2008).

Antes que a amamentação ocorra, a mãe deve ter o suporte adequado de leite, que pode ser pelo bombeamento nas primeiras seis horas após o parto, que pode proporcionar altos níveis de hormônios circulantes responsáveis pela síntese e ejeção do leite (ISAACSON, 2006; HURST, 2007; NYE, 2008). A enfermeira deve promover a educação materna, iniciando pela explicação do processo de lactogênese para esclarecer a importância do bombeamento. Os equipamentos para o bombeamento devem ser fornecidos para a mãe, e ela deve ser instruída por escrito e verbalmente a respeito de seu uso (ISAACSON, 2006; HURST, 2007; AZEVEDO; MENDES, 2008).

As recomendações atuais sugerem que a estimulação da mama seja frequente, aproximadamente a cada 2-3 horas, por cerca de 15 minutos por sessão, durante todo o dia e a noite, imitando um padrão alimentar semelhante a um recém-nascido. Manter um registro escrito de frequência de bombeamento e volumes obtidos pode ser útil em fornecer um retrato da produção do leite materno por dia (HURST, 2007). Pode demorar vários dias até duas semanas para que a mãe estabeleça sua produção de leite (ou seja, comece a produzir entre 440 e 1220 ml diários), a estimulação da mama regular e frequente e o esvaziamento são fundamentais durante este período (SPATZ, 2006).

O uso inadequado de bombas de ordenha pode causar dor. Em tal situação, a execução correta do procedimento, com orientação dos profissionais (ajuste e pressão de sucção da bomba) e a continuidade do mesmo mostram-se fundamentais para a manutenção dos mecanismos de produção de leite (AZEVEDO; MENDES, 2008).

As políticas restritivas impedindo a interação ma-

terno-infantil podem resultar em um atraso ou mesmo falta de alcance em manter os níveis de volume de leite suficiente para atender às necessidades infantis. Permitir a ordenha mecânica na beira do leito em UTI neonatal e a proximidade com seu bebê, não só comportam a disposição do leite materno fresco para o bebê, mas também podem aumentar a estimulação de determinados hormônios lactogênicos que influenciam a produção de leite (HURST, 2007).

Quando o leite materno é produzido, ele pode ser dado por sonda em bolus intermitente no início, isto oferece oportunidade para incluir a mãe no cuidado de seu bebê, ela também pode colocá-lo no seio para promover experiência oral durante a oferta de leite (ISACSON, 2006).

Os prematuros também podem ser alimentados via copo ou seringa, sendo um método alternativo de fornecimento de alimentação sem a utilização de mamadeira ou sonda. Apesar da sociedade brasileira neonatal não endossar o uso de copos para alimentação de prematuros, esta prática continua sendo relatada em protocolos de pesquisa. Em comparação com bebês alimentados via mamadeira, os bebês alimentados via copo, tiveram diminuição dos episódios de dessaturação. Em outro estudo, foi relatado que bebês prematuros (23-33 semanas) que recebiam suplementação via copo aderiram à amamentação pós-alta em um percentual maior do que aqueles suplementados por mamadeira (NYE, 2008).

Outra intervenção realizada pela enfermagem são as sessões de estimulação oral precoce que incluem sugar o seio materno vazio que proporciona uma experiência segura e positiva para o recém-nascido prematuro (HURST, 2007). As chupetas não são recomendadas para crianças a termo, devido à relação entre o uso e a menor incidência de aleitamento materno exclusivo, no entanto no bebê prematuro ela costuma ser utilizada para reforçar a musculatura orofacial (NYE, 2008).

Um fator muito importante é a manutenção do vínculo e da lactação pelo contato físico entre mãe e filho.

O contato a pele a pele é um componente essencial da transição para a amamentação para as mães que iniciaram o bombeamento e expressam o desejo de amamentarem diretamente seus filhos. As mães que possuem a experiência do contato pele para a pele, apresentaram um aumento do volumes de leite pelo estímulo para melhorar a resposta hormonal favorável ao aleitamento. As enfermeiras devem garantir que a mãe tenha esta oportunidade e devem orientar quanto aos benefícios deste método e a importância do contato pele a pele para a progressão do aleitamento materno e a transição para o peito (SPATZ, 2006; HURST, 2007).

Uma técnica utilizada para manter este contato é o método mãe-canguru, que, além de promover um vínculo familiar com o recém-nascido está também relacionado ao sucesso no aleitamento materno e melhor produção do leite, melhora no padrão respiratório, sono

calmo e diminuição de choro (NYE, 2008).

Em relação ao ambiente hospitalar, a equipe de enfermagem deve criar um ambiente favorável para a puérpera, pois ser responsável por atender necessidades nutricionais de um bebê prematuro pode ser uma experiência difícil. Um dos objetivos principais da enfermagem é ter a confiança materna oferecendo informações consistentes e precisas às mães, fazendo com que as mães fiquem mais propensas a realizar com sucesso o seu plano para amamentar (NYE, 2008).

Mães que são estimuladas e orientadas quanto à amamentação aumentam em mais de cem por cento a probabilidade de oferecer o leite materno 12 semanas pós-parto do que aquelas mães que não receberam orientação (NYE, 2008).

A enfermagem fornece a orientação preventiva e reforça as intervenções apropriadas para ajudar a amamentação do bebê de forma segura e com êxito. O auxílio e a orientação das enfermeiras ajudam os pais a ganharem confiança e habilidade para os cuidados pós-alta do recém-nascido (SHAKER, 2007).

É necessário que os hospitais tenham uma política de amamentação, com a educação das mães pela equipe de enfermagem, sendo elas instruídas sobre o processo de amamentação, bombeamento e armazenamento do leite, não sendo oferecido ao recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, nem bicos artificiais (NYE, 2008).

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM.

A sistematização da assistência em enfermagem (SAE) nada mais é do que o planejamento das ações de enfermagem, que envolve o levantamento dos diagnósticos de enfermagem, os resultados esperados e suas devidas intervenções (NANDA, 2009). O planejamento em si é utilizado com bastante frequência, sendo este mencionado como importante nas seguintes situações: desenvolvimento de projetos, realização das atividades o assistir/cuidar, planejamento dos recursos humanos e materiais, nas situações de mudança, na implementação de programas na unidade, na sistematização da assistência de enfermagem, no desenvolvimento de pessoal e no estabelecimento de normas e rotinas.

Para Chiavenato (2000), o planejamento é a primeira função do processo administrativo, que determina antecipadamente quais os objetivos almejados e o que deve ser feito para atingi-los de maneira adequada.

Para que o planejamento seja bem aceito na instituição por parte de todos os níveis hierárquicos, ele deve ser comunicado a todos e discutido ao menos com um nível acima e um abaixo, devendo haver harmonia também entre os membros da equipe de enfermagem, interdisciplinar e clientes do setor. Para isso, faz-se necessária a implantação de três tipos de planejamento: estratégico, tático e operacional.

O planejamento estratégico inclui atividades que envolvem a definição da missão da organização, o estabelecimento de seus objetivos e o desenvolvimento de estratégias que possibilitem o sucesso das operações no seu ambiente, se diferenciando dos demais tipos de planejamento, pois há o envolvimento de decisões tomadas pela alta administração (KURCGANT, 2005). No caso desse trabalho em relação ao planejamento estratégico, temos como objetivo estabelecer um ambiente adequado para que haja vínculo mãe-prematuro e para que ocorra amamentação em livre demanda. Para alcançarmos tal objetivos devemos implementar as seguintes ações: Treinamento de recursos humanos para nova situação; Aquisição de componentes físicos para conforto materno (poltronas, travesseiros, cobertores); Alteração de planta física (proximidade com o leito/incubadora, chuveiro para acompanhantes); e Ofertar alimentação para acompanhantes.

O planejamento tático com o objetivo otimizar determinada área de resultado e não a empresa como um todo, trabalha com decomposições dos objetivos, estratégias e políticas estabelecidos no planejamento estratégico. O planejamento tático é desenvolvido por níveis organizacionais inferiores (KURCGANT, 2005).

Pensando dessa forma, em relação ao nosso assunto, quanto ao planejamento tático, temos como objetivo estabelecer o contato contínuo da mãe e seu filho prematuro a fim de estimular o vínculo e proporcionar os benefícios a serem atingidos com a amamentação em livre demanda, mesmo que este esteja na UTIN. Proporcionar também o vínculo da família com este binômio, para que haja interação entre estes e desenvolvimento contínuo para todos. Para que este seja alcançado devemos implementar as seguintes ações: proporcionar ambiente calmo e confortável para as mães (mobiliários adequados para o posicionamento e manutenção da postura adequada); proximidade entre o local que a mãe ficará e o berço/incubadora do seu filho; ofertar dieta adequada para a mãe, visto também que esta necessita de nutrientes adequados por estar em fase de lactogênese/lactação); estimular o vínculo mãe-filho incentivando a permanência desta, a amamentação, deixar que a mãe participe dos cuidados com o recém-nascido de maneira que o vínculo seja fortalecido e ela sinta-se necessária ali, esclarecer todas as dúvidas); oferecer auxílio e esclarecimentos a respeito de técnicas que podem ser necessárias, como a relactação e o bombeamento mecânico; e permitir visita dos familiares em horários pré-fixados e permitir a troca de acompanhante mãe pelo pai em alguns momentos.

Por último, temos o planejamento operacional que pode ser considerado como a formalização, principalmente através de documentos escritos, das metodologias de desenvolvimento e implantação estabelecidas (KURCGANT, 2005). Seguindo o planejamento operacional sob o conceito de nosso estudo, temos o objetivo

de atingir os resultados esperados com os diagnósticos propostos para cada paciente, utilizando intervenções adequadas para cada objetivo proposto a fim de alcançar os resultados esperados. De acordo com a SAE, formulamos o plano assistencial (Quadro 2).

CONCLUSÃO

A equipe de enfermagem é de suma importância no processo de amamentação do recém-nascido prematuro. É papel do enfermeiro, informar as famílias sobre os benefícios do leite materno e fornecer o suporte e orientações necessárias para favorecer o sucesso do aleitamento, promovendo o cuidado ao binômio mãe-filho, e propondo as intervenções para obter uma lactação efetiva e fortalecer o vínculo entre eles.

A sistematização da assistência de enfermagem é necessária e deve ser individualizada a fim de norrear e melhorar a qualidade do cuidado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AZEVEDO, M; MENDES, E.N.W. Manutenção da lactação: um desafio para mães de prematuros hospitalizados. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 68-75, mar. 2008.
- BERNAIX, L.W. *et al.* The NICU experience of lactation and its relationship to family management style. *Journal Article, USA*, v. 31, n. 2, p. 95-100, mar-abr. 2006.
- BOWLBY, J. Cuidados maternos e saúde mental. 3ª. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002. 225 p.
- CHIAVENATO, I. Iniciação a administração geral. 3ª ed. São Paulo: Makron Books, 2000. 74 p.
- CLASSIFICAÇÃO das Intervenções de Enfermagem NIC. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 610 p.
- CLASSIFICAÇÃO dos Resultados de Enfermagem NOC. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 639 p.
- HURST, N.M. The 3 M's of breast-feeding the preterm infant. *Journal Article; Review, USA*, v. 21, n. 3, p. 234-9, jul-set. 2007.
- ISAACSON, L.J. Steps successfully breastfeed the premature infant. *Journal Article; Review, USA*, v. 25, n.2, p. 77-86, mar-abr. 2006.
- KENNER, C. Enfermagem neonatal. 2ª ed. Rio de Janeiro: Reichman & Afonso, 2001. 375 p.
- KURCGANT, P. Gerenciamento em enfermagem. 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 198 p.
- MARCONDES, E. Pediatria básica. 9ª ed. São Paulo: Sarvier, 2002. 269 p.
- NORTH American Nursing Diagnosis Association, Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011 Organizado por North American Nursing Diagnosis Association, 1ª ed., Porto Alegre: Artmed, 2009.
- NYE, C. Transitioning premature infants from gavage to breast. *Journal Article; Review, USA*, v. 27, n.1, p. 7-13, jan-fev. 2008.
- SHAKER, C.S; WOIDA, A.M. An evidence-based approach to nipple feeding in a level III NICU: nurse autonomy, developmental care, ant teamwork. *Journal Article; Review, USA*, v. 26, n. 2, p. 77-83, mar-abr. 2007.
- SPATZ, D.L. State of the science: use of human milk and breast-feeding for vulnerable infants. *Journal Article; Review, USA*, v. 20, n. 1, p. 51-5, jan-mar. 2006.
- WALKER, M. Breastfeeding the late preterm infant. *Journal Article; Review, USA*, v. 37, n. 6, p. 692-701, nov-dez. 2008.

Quadro 2: Diagnósticos de enfermagem (NANDA 2009-11), com seus devidos resultados esperados (NOC- 2007) e as intervenções propostas para cada diagnóstico (NIC-2007)

Amamentação Ineficaz	Características Definidoras	Fator relacionado
	Ausência de sinais observáveis da liberação de ocitocina	Ansiedade materna
	Descontinuidade da sucção da mama	Prematuridade
	Esvaziamento insuficiente de cada mama após amamentação;	Reflexo de sucção da criança insatisfatório
	Incapacidade da criança de apreender a região areolar-mamilar corretamente	
	Oportunidade insuficiente de sugar o peito	
	Sinais observáveis de ingestão inadequada pela criança	
	Suprimento de leite inadequado	
	Intervenções	Resultados Esperados
	Aconselhar a mãe quanto ao processo de amamentação	Espera-se que a mãe consiga amamentar corretamente
	Estimular a sucção do bebê em seio materno no mínimo 1 vez por plantão	Espera-se que o bebê perca a dificuldade do processo da amamentação
	Aconselhar a mãe quanto à ordenha das mamas	
	Realizar controle de peso do bebê 1 vez por dia	
	Auxiliar a mãe no processo de amamentação	
	Orientar a respeito da lactogênese	
	Orientar e ensinar técnica de relactação	
Padrão ineficaz de alimentação do bebê	Características Definidoras	Fator relacionado
	Incapacidade de coordenar a sucção, deglutição e respiração	Prematuridade
	Incapacidade de iniciar uma sucção eficaz	
	Incapacidade de sustentar uma sucção eficaz	
	Intervenções	Resultados Esperados
	Estimular a sucção do bebê com o seio materno	Espera-se que o bebê obtenha reflexo de sucção e coordenação adequados para poder se alimentar
	Posicionar o bebê de modo que a língua penda para a base da boca	
	Orientar os pais sobre o uso da sucção não nutritiva	
Deglutição prejudicada	Características Definidoras	Fator relacionado
	Sucção fraca resultando em prensão insuficiente da região areolar-mamilar	Prematuridade
	Regurgitação de conteúdo gástrico	Hipotonia
	Sufocar antes da deglutição	Cardiopatas congênicas
	Intervenções	Resultados Esperados
	Encaminhar para fonoaudiologia e nutrição	Melhora da deglutição a fim de evitar complicações
	Espessamento da dieta (quando aleitamento misto)	
	Posicionamento do "cavaleiro" para amamentação	
	Monitorar balanço hídrico 1 vez por plantão	

Continua

Continuação

Nutrição Desequilibrada: Menos que as necessidades corporais	Características Definidoras	Fator relacionado
	Peso corporal abaixo do ideal para a idade	Prematuridade
	Incapacidade percebida de ingerir o alimento	Capacidade prejudicada de ingerir o alimento
	Intervenções	Resultados Esperados
	Realizar controle de glicemia diariamente	Esperado que não ocorra desequilíbrio hidroeletrolítico e alterações no desenvolvimento do bebê
	Realizar controle de Sinais vitais a cada 4 horas	
	Aumentar o estado de alerta do bebê, estimulando a sucção,	
Paternidade ou Maternidade prejudicada	Características Definidoras	Fator relacionado
	Declaração de incapacidade de satisfazer às necessidades do filho	Falta de orientação
	Déficit de interação mãe-filho; vínculo inadequado	Separação dos pais (UTI)
		Presença de estresse
		Prematuridade
	Intervenções	Resultados Esperados
	Avaliar o nível de habilidade dos pais	Desempenho do papel
	Encorajar a expressão dos sentimentos, tais como desesperança, raiva	Enfrentamento familiar
		Vínculo mãe-filho
	Reconhecer a dificuldade da situação e normalidade dos sentimentos	Autocontrole da ansiedade
Risco de vínculo prejudicado	Fatores de risco	Resultados Esperados
	Barreiras físicas (UTI, Incubadora, acessos)	Paternidade/maternidade: desempenho dos pais
	Falta de privacidade	Nível de estresse
	Recém-nascido prematuro que é incapaz de iniciar efetivamente	Conhecimento: paternidade/maternidade
	Contato com os pais devido à organização comportamental alterada	Vínculo pai/bebê
	Separação (UTI)	
	Intervenções	
	Avaliar interações pais e filhos	
	Avaliar capacidades dos pais para oferecer ambiente protetor, participar de relações com reciprocidade	
	Educar os pais quanto ao crescimento e desenvolvimento da criança voltando-se às percepções dos pais	
	Auxiliar os pais a modificar o ambiente para oferecer uma estimulação adequada	
	Envolver os pais em atividades com o bebê, que eles possam realizar com sucesso	
Risco de Volumes de líquidos deficientes	Fatores de risco	Resultados Esperados
	Desvios que afetam a ingestão de líquidos	Manter a amamentação
	Extremos de idade	Controle dos riscos
	Extremos de peso	Equilíbrio hídrico
		Termorregulação do RN
	Intervenções	Hidratação
	Monitorar o equilíbrio entre a ingestão e alimentação (I/E) (estar atento as perdas insensíveis)	
	Controle rigoroso do peso	
	Avaliar turgência da pele/mucosa oral	
	Revisar dados laboratoriais (EX: Hb/Hct, eletrólitos, NUS (nitrogênio da uréia do sangue) Creatinina)	