



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

**Relação Precoce Mãe-filho. Revisão dos
Indicadores Pós-Parto do Projeto Maternidade
com Qualidade no CHBM-EPE**

ELSA MARIANA FERREIRA GUERRA

Orientação: Professora Doutora Margarida Sim-Sim

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Relatório de Estágio

Évora, 2016



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

**Relação Precoce Mãe-filho. Revisão dos
Indicadores Pós-Parto do Projeto Maternidade
com Qualidade no CHBM-EPE**

ELSA MARIANA FERREIRA GUERRA

Orientação: Professora Doutora Margarida Sim-Sim

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Relatório de Estágio

Évora, 2016

AGRADECIMENTOS

A área dedicada aos agradecimentos, seguramente, não me permite recompensar, como devia, a todas as pessoas que, ao longo deste trabalho me ajudaram, direta ou indiretamente, a executar os meus objetivos e a concretizar mais esta etapa da minha formação académica.

Desta forma, deixo apenas algumas poucas palavras, mas com profundo reconhecimento às pessoas que não sei como agradecer.

Em primeiro lugar, ao Zé, ao Zé Miguel e ao João Miguel pelo estímulo, motivação e pela convicção de que era capaz.

Em segundo e com um carinho especial à minha orientadora, Professora Doutora Margarida Sim-Sim, sem ela de certeza este trabalho não se concretizaria. As notas influentes da sua orientação, a utilidade das suas observações e a afabilidade com que sempre me recebeu e escutou. Eternamente grata.

Às colegas de mestrado pela colaboração e o apoio e compreensão demonstrados.

E agora, um especial agradecimento à Ana Ferrão (Aninhas), à Sandrinha, à Susana, à Nádia, à Enilda e por último, mas não menos importante à Ana Rita por tolerarem os momentos menos bons, mas mesmo assim motivarem e me incentivarem a continuar, o meu eterno agradecimento.

Por último, mas não menos importante ao meu pai e a minha mãe.

“Aprender é a única coisa de que a mente nunca se cansa, nunca tem medo e nunca se arrepende.”

Leonardo Da Vinci

RESUMO

O aleitamento materno exclusivo é uma recomendação universal e o contacto pele-a-pele mãe/recém-nascido é fator de desenvolvimento para a díade. O trabalho académico desenvolvido centra-se nos indicadores de medida e evidência - amamentação na 1ª hora de vida & contacto pele a pele entre a díade. Tal enraíza-se no projeto Maternidade com Qualidade, da Ordem dos Enfermeiros Portugueses e em curso no Centro Hospitalar Barreiro-Montijo EPE. O projeto iniciou-se em setembro de 2015, seguindo-se os procedimentos que se relatam no atual documento. No diagnóstico de situação recolheu-se o estado dos indicadores. A vertente de investigação considerou como amostras profissionais e utentes do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo e recolheu dados. A intervenção realizada produziu evolução positiva nos indicadores. O *bonding* em período sensível é reconhecido pelos profissionais como um elemento relevante nos cuidados. Com a implementação deste projeto contribuiu-se para a melhoria da qualidade dos cuidados na área de saúde materna.

Descritores DeCS: Aleitamento materno; alojamento conjunto; período pós-parto; parto humanizado; recém-nascido

**Mother-Child early relationship. Evaluating postpartum indicators from the Project
Maternity with Quality at CHBM-EPE**

ABSTRACT

Exclusive breastfeeding is a universal recommendation and skin-to-skin mother / newborn is a development factor for the dyad. The academic work focuses on the measurement indicators and evidence - breastfeeding within the 1st hour of life & skin-to-skin between the dyad. This is rooted in the Maternity design with quality, of the Portuguese Nurses and ongoing in-Hospital Center Barreiro Montijo EPE. The project began in September 2015, following the procedures that are reported in the current document. In the situation analysis was collected status indicators. The research strand considers sample practitioners and users Barreiro-Montijo Hospital Center and collects data. The intervention performed produced positive results for these indicators. The bonding in the sensitive period is recognized by professionals as an important element in the care. With the implementation of this project contributed to improving the quality of care in maternal health.

Descriptors DeCS: Breast feeding; rooming-in care; postpartum period; humanizing delivery newborn

RESUMEN

La lactancia materna exclusiva es una recomendación universal y madre de piel a piel / recién nacido es un factor de desarrollo para la díada. El trabajo académico se centra en los indicadores de medición y pruebas - la lactancia materna dentro de la 1ra hora de vida y de piel a piel entre la díada. Esto se basa en el diseño de maternidad con la calidad, de las enfermeras portuguesas y en curso en el Centro Hospitalario Barreiro Montijo EPE. El proyecto comenzó en septiembre de 2015, siguiendo los procedimientos que se informa en el documento actual. En el análisis de la situación se recogió indicadores de estado. La línea de investigación considera que los profesionales de la muestra y los usuarios Barreiro Montijo-Hospital de centro y recoge datos. La intervención realizada producido resultados positivos para estos indicadores. La unión en el período sensible es reconocido por los profesionales como un elemento importante en el cuidado. Con la implementación de este proyecto ha contribuido a mejorar la calidad de la atención en salud materna.

Descriptores DeCS: la lactancia materna; el alojamiento conjunto; puerperio; parto humanizado; recién nacido

INDICE

1. INTRODUÇÃO	11
2. ANÁLISE DO CONTEXTO	15
2.1. CARATERIZAÇÃO DA ESTRUTURA FÍSICA DO SERVIÇO DE URGÊNCIA OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA	20
2.2. CONTEXTO ESPECIFICO DO ATUAL PROJETO	24
2.3. DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	26
3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES	29
3.1. CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO	29
3.1.1. <i>Caracterização do grupo alvo das EESMO</i>	29
3.1.2. <i>Caracterização do grupo alvo – parturientes</i>	32
3.2. NECESSIDADES/PERCEÇÃO DA POPULAÇÃO ALVO	33
3.2.1. <i>Necessidades específicas do grupo alvo do EESMO</i>	34
3.2.2. <i>Necessidades das puérperas</i>	38
3.3. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DA AMOSTRA	41
3.4. ESTUDOS SOBRE ATUAÇÃO COM A POPULAÇÃO ALVO	41
4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS	44
4.1. OBJETIVOS DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL	44
5. ANALISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES	45
5.1. FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES.....	45
5.2. METODOLOGIAS	47
5.2.1. <i>Estratégias Pessoais de Desenvolvimento de Competências</i>	47
5.2.2. <i>Recolha de dados sobre os conhecimentos em aleitamento materno dos EESMO</i> -...	47
5.2.3. <i>Formação aos EESMO</i>	50
5.2.4. <i>Contributo para o Serviço</i>	51
5.3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACIONADAS	51
5.4. RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS	51
5.5. CONTATOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS.....	52
5.6. ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL	52
5.7. CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA	52
6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO	53
6.1. AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS	53
6.2. AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA	54
6.3. DESCRIÇÃO DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO INTERMÉDIA E MEDIDAS CORRETIVAS INTRODUZIDAS	55
7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS	56
8. CONCLUSÃO	58
9. REFERÊNCIAS	60
APÊNDICES	68

APÊNDICE A	69
PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO CHBM-EPE PARA APLICAÇÃO DO PROJETO.....	
APÊNDICE B.....	71
AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA APLICAÇÃO DO PROJETO DO CHBM-EPE	71
APÊNDICE C.....	73
QUESTIONÁRIO DAS EESMO	73
APÊNDICE D	78
CONSENTIMENTO INFORMADO DAS EESMO	78
APÊNDICE E.....	80
CONSENTIMENTO INFORMADO DAS PARTURIENTES	80
APÊNDICE F	82
QUESTIONÁRIO DAS PARTURIENTES.....	82
APÊNDICE G	85
QUADRO DA REVISÃO LITERÁRIA.....	85
APÊNDICE H	90
DIVULGAÇÃO DO PROJETO NO SITE DO CHBM-EPE	90
APÊNDICE I.....	92
JANELA POP-UP.....	92
APÊNDICE J.....	94
FILME ALUSIVO AO AM E CONTACTO PELE-A-PELE.....	94
APÊNDICE K	97
FORMAÇÃO DE APRESENTAÇÃO DO PROJETO Á EQUIPA	97
APÊNDICE L.....	104
FORMAÇÃO DE APRESENTAÇÃO DOS DADOS DOS QUESTIONÁRIOS DAS EESMO.....	104

INDICE DE FIGURAS

FIGURE 1 - CONCELHOS DO BARREIRO, MONTIJO, ALCOCHETE E MOITA.....	21
FIGURE 2 – FREQUÊNCIA DE PARTOS NOS ÚLTIMOS 6 ANOS.....	25
FIGURE 5 - GRAU ACADÉMICO DOS EESMO	31
FIGURE 6 FORMAÇÃO CONTINUA DOS EESMO NO CAMPO DA SAUDE MATERNA	32
FIGURE 7 CLASSIFICAÇÃO DAS PARTURIENTES SEGUNDO O GRUPO ÉTNICO (%).....	33
FIGURE 8 - HABILITAÇÕES LITERÁRIAS DAS PARTICIPANTES-PARTURIENTES (%)	33
FIGURE 9 - ILUSTRAÇÃO DO QUESTIONÁRIO APLICADO VIA LIME SURVEY.....	34
FIGURE 10 – BENEFÍCIOS SISTÉMICOS DO CONTACTO PELE-A-PELE (%)	35
FIGURE 11 - BENEFÍCIOS FUNCIONAIS DO CONTACTO PELE-A-PELE (%)	35
FIGURE 12 - OPINIÕES SOBRE FACTOS RELACIONADOS COM O CONTACTO PELE-A-PELE (%).....	36
FIGURE 13 - RAZÕES QUE DIFICULTAM O AM NA 1ª HORA DE VIDA (%).....	37
FIGURE 14 - RAZÕES QUE DIFICULTAM O CONTACTO PELE-A-PELE NA 1ª HORA DE VIDA (%)	37
FIGURE 15 - TEMPO DE PERMANÊNCIA NO CONTACTO PELE-A-PELE (%)	38
FIGURE 16 - BENEFÍCIOS NO CONTACTO PELE A PELE (%)	38
FIGURE 17 OPINIÃO DAS PARTURIENTES QUANTO AO APOIO DAS EESMO NO AM (%)	39
FIGURE 18 - IMPORTÂNCIA DO CONTACTO PELE-A-PELE PARA AS PUÉRPERAS (%).....	39
FIGURE 19 - ENSINO SOBRE O CONTACTO PELE-A-PELE (%)	40
FIGURE 20 - NECESSIDADE DE FORMAÇÃO SOBRE O CONTACTO PELE-A-PELE (%)	40
FIGURE 21 DIAGRAMA DE INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS DA REVISÃO DE LITERATURA	43
FIGURE 22 FORMAÇÃO ACADÉMICA DAS PUÉRPERAS (%)	49
FIGURE 23 - PREVISÃO DAS PUÉRPERAS QUANTO AO APOIO AO AM NO REGRESSO AO TRABALHO (%)	50
FIGURE 24 - CRONOGRAMA DAS TAREFAS.....	52
FIGURE 25 - EVOLUÇÃO DA DURAÇÃO MEDIA DA AMAMENTAÇÃO E DO CONTACTO PELE-A-PELE DE JANEIRO A JUNHO 2016.....	54

1. INTRODUÇÃO

O nascimento de uma criança, além do evento biológico, constitui também um evento antrope-sociopsicológico, já que surge para a espécie, na família em determinada cultura, implicando parentescos, responsabilidades e papéis. Em Portugal a maior parte dos nascimentos ocorre nos hospitais. No ano 2014, de 82367 nados-vivos, 98.88% nasceram em hospital (n=81450) face a 0.85% (n=704) em casa (INE, 2015). Do total em solo português, ocorreram em 2014, no Centro Hospitalar Barreiro-Montijo – Entidade Publica Empresarial (CHBM-EPE), 1446 partos. Ou seja, o (re)contar da experiência do parto e da história de vida das pessoas que à data eram os 1446 recém-nascidos do ano 2014 e as respetivas mães, terá sempre um laço à instituição, o que quer dizer aos profissionais que cuidaram.

Na escolha da instituição ou do local para o nascimento de um filho, a imagem social do serviço, transporta expectativas de assistência, num imaginado perfil dos profissionais cuidadores. Por outro lado, a disponibilidade institucional de serviços, promete a potenciais utilizadores, modelos de assistência. Assim, parturientes na qualidade de clientes, encetam uma relação com instituições, as quais na posição de prestadores de serviços, oferecem os cuidados. Ambos, no ciclo gravídico-puerperal, estarão em consonância de esforços em favor de um dos mais importantes momentos da vida. É nesta fase que a mulher se depara com o recém-nascido real, iniciando-se um laço emocionalmente profundo, expresso na relação precoce.

A vulnerabilidade da mulher em trabalho de parto (TP) e a necessidade de ajuda pós-parto condicionam a oportunidade de iniciar por si mesma, por sua iniciativa própria, a relação precoce. Assim, o envolvente dos cuidados pode fomentar ou impedir as práticas que alimentam a relação precoce, nomeadamente o contacto pele-a-pele, a amamentação na primeira hora de vida e o alojamento conjunto.

Os conceitos de contacto pele-a-pele utilizados pela Ordem dos Enfermeiros em Portugal referem-se a: 1) colocação do bebé despido sobre o peito ou abdómen da mãe (ou do pai) em decúbito ventral (Ordem dos Enfermeiros, 2012) e a 2) colocação do recém-nascido (RN) despido ou só com fralda sobre o tórax materno e coberto com um cobertor aquecido nas duas horas imediatamente após o nascimento (Ordem dos Enfermeiros, 2014).

Importa fundamentalmente que a mãe e o recém-nascido estejam em contacto ventral-ventral pele-a-pele e a criança se mantenha quente e seca (Anderson, Moore, Hepworth, &

Bergman, 2003; Moore, Anderson, Bergman, & Dowswell, 2012). O contacto pele-a-pele possui benefícios e as enfermeiras reconhecem-lhe vantagens (Nahidi, Tavafian, Haidarzade, & Hajizadeh, 2014).

O alojamento conjunto, na designação em língua inglesa *rooming in*, consiste na permanência do recém-nascido junto da mãe, nas 24h do dia, até à alta hospitalar. É prática corrente nos hospitais europeus e em Portugal está contemplado em documento legal ("Despacho nº 20729/08 de 7 de agosto da Ministra da Saúde," 2008). Consta nos 10 passos da Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés (Levy & Bértolo, 2012) que fomentam o aleitamento materno (AM). Em Portugal existem 11 Hospitais Amigos dos Bebés, um dos quais o CHBM-EPE, certificado no ano de 2012 pelo Comité Português do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).

O aleitamento materno exclusivo (AME) é um comportamento fortemente recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) qualquer que seja a localização geográfica (WHO, 2015). A OMS e a UNICEF (2001) propõem o AME, desde o nascimento até aos 6 meses de idade (WHO, 2015). A amamentação é uma prática natural, distinguindo os mamíferos das outras espécies, exatamente por esta forma de alimentação da cria. Nos humanos, os organismos maternos e do RN estão particularmente apetrechados para o sucesso da amamentação. Na parturiente a temperatura mais elevada do mamilo, o seu pH mais elevado, os odores que se elevam das glândulas sebáceas e apócrinas produzindo sinais químicos (Zanardo and Straface, 2015) e no RN, os reflexos primitivos de reptação, prensão e apurado cheiro, facilitam a exibição do *breast crawl*. A amamentação não é inteiramente instintiva, dependendo em parte da aquisição de competências e do incentivo (Australian Breastfeeding Association, 2012). Torna-se assim imprescindível que o incentivo seja estabelecido precocemente após o parto. Deste modo, o contacto pele-a-pele entre a mãe e o RN passou a ser foco de atenção e está relacionado com a iniciação da AM na 1ª hora de vida.

O CHBM-EPE, criado em outubro de 2009 ("Decreto-Lei nº 280/2009 de 6 de outubro do Conselho de Ministros, 2009) tem vindo a criar vias de comunicação com os clientes (i.e. Boletim periódico "O Centro em Notícia"), a publicar relatório anual de atividades e a aderir a políticas de saúde centradas no cliente. Iniciou-se em 2009 um processo de acreditação através da *Joint Commission International*, que centra a filosofia de cuidados no doente/utente/cliente, ou seja, no sentido da participação como agente ativo na gestão da sua

saúde (Monteiro, 2009). Na área da Saúde Materno-Infantil, o CHBM-EPE aderiu, desde 1 de janeiro 2014, ao Projeto Maternidade com Qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2012), implementando medidas relacionadas com a melhoria da qualidade dos cuidados prestados nesta área de atuação. O alojamento conjunto pratica-se no CHBM-EPE desde 1985, ano em que o hospital começou a funcionar no novo edifício. No âmbito da relação precoce, por ter aderido ao Projeto Maternidade com Qualidade, desenvolveu as medidas, que preconizam:

- 1) contacto pele-a-pele entre a díade,
- 2) AM na 1ª hora de vida do RN.

Passados quase dois anos de implementação, é tempo de reavaliar o projeto.

A proteção, promoção e apoio ao AM é uma prioridade para a saúde pública em toda a Europa (EU, 2008) e constitui um dos focos do Core de Indicadores de Enfermagem do Resumo Mínimo de Dados para o Repositório Central de Dados de Saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2007). Face a estas considerações, enquanto Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO), enquadrada numa equipa empenhada e estando motivada para esta prática clínica, considero imprescindível a avaliação de indicadores e seu desenvolvimento tendo em vista a segurança e a qualidade dos cuidados.

Relativamente aos indicadores sob interesse (i.e., amamentação; contato pele-a-pele) existe perceção e preocupação sobre o seu declínio na instituição, facto que sublinha a necessidade de estratégias que visem a melhoria. É então oportuno realizar uma avaliação e introduzir alterações. Tal foi também o entendimento dos dirigentes locais, tendo validado como útil para o serviço, a ideia fundamental desenvolvida no atual projeto académico.

O projeto atual, relativamente ao qual se lavra o presente relatório, teve como objetivo geral melhorar os indicadores da relação precoce nas parturientes do CHBM-EPE.

Na vertente de diagnóstico, teve como objetivos específicos:

- 1) Avaliar a frequência de contacto pele-a-pele e amamentação na 1ª hora de vida nas parturientes com parto vaginal realizado pelas EESMO;
- 2) Descrever as atitudes das atuais EESMO relativamente ao contacto pele-a-pele e amamentação na 1ª hora de vida;
- 3) Descrever o conhecimento das atuais EESMO relativamente ao contacto pele-a-pele e amamentação na 1ª hora de vida,

Na vertente de execução, teve como objetivos específicos:

- 1) Realização de ações de formação sobre contacto pele-a-pele e amamentação na 1ª hora de vida
- 2) Construção de materiais promotores de contacto pele-a-pele e amamentação na 1ª hora de vida
- 3) Registo da evolução do contacto pele-a-pele e AM de janeiro-julho 2016
Na vertente de avaliação, teve como objetivos específicos
 - 1) Avaliar a evolução dos indicadores contacto pele-a-pele e amamentação na 1ª hora de vida através dos registos dos indicadores
 - 2) Descrever a perceção das parturientes sobre as práticas das EESMO relativamente ao contacto pele-a-pele e amamentação na 1ª hora de vida.

Os procedimentos metodológicos foram consentâneos com os objetivos, tendo-se realizado a recolha de dados diagnósticos da situação, a elaboração de materiais e a de momentos de formação em serviço e ainda, na vertente de avaliação, a recolha de dados posterior.

Para colocar em execução o projeto foi solicitado à instituição hospitalar parecer sobre o interesse do estudo atual, com a resposta positiva, conforme Apêndice A. O projeto foi submetido à Comissão de Ética do CHBM-EPE, conforme Apêndice B.

O Relatório respeita as normas da American Psychological Association (APA) para trabalhos escritos conforme o Regulamento do Estágio de Natureza Profissional e Relatório Final do Mestrado em Enfermagem de acordo com a Ordem de Serviço n.º 18/2010, bem como com o Regulamento do ciclo de estudos conducente com o grau de Mestre pela Universidade de Évora conforme Ordem de Serviço n.º 14/2013, ambos da Universidade de Évora. Para melhor documentar o relato produzido, refiram-se ainda os Apêndices que acompanham o documento atual. O relatório respeita o acordo ortográfico da língua portuguesa, tal como determinação reitoral da Universidade de Évora na circular 4/2001 de 5 de dezembro. O encadeamento das secções e subsecções respeita o Regulamento do Estágio de Natureza Profissional e Relatório Final de Mestrado em Enfermagem (Ordem de Serviço n.º18/2010; Ordem de Serviço n.º14/2012).

2. ANÁLISE DO CONTEXTO

O adquirir de competências na amamentação depende das orientações e ensinamentos realizados por não ser algo totalmente inato ao ser humano.

A OMS e a UNICEF (2001) propõem o AM exclusivo, desde o nascimento até aos 6 meses de idade e até aos 2 anos de vida, como complemento de outros alimentos. Deste modo, o contacto pele-a-pele entre a mãe e o RN passou a ser foco de atenção. Para Newman (2005), esse contacto encontra-se diretamente relacionado com a iniciação do AM na 1ª hora de vida e com o sucesso e manutenção da amamentação como modo de alimentação exclusiva do bebé. Entendem-se assim os efeitos positivos de uma primeira mamada com sucesso, dos quais se salientam, segundo alguns autores (Mannel, Martens & Walther, 2011):

- Para o RN, ao nível físico e emocional, contém os nutrientes adequados, é de fácil digestão, favorece o sistema imunitário e promove a vinculação afetiva entre mãe e filho.

- Para a mãe, ao nível físico e psicológico promove a involução uterina, previne a osteoporose, o cancro uterino e diminui a probabilidade de cancro da mama.

Enquanto EESMO, pertencendo a uma equipa que tem observado/participado na prática clínica no que concerne ao contacto pele-a-pele/ amamentação na 1ª hora de vida é minha motivação a humanização dos cuidados à puérpera, RN e família assim como a melhoria da qualidade dos mesmos, indo de encontro ao preconizado pela DGS (2011) em que o seu objetivo é a proteção, promoção e suporte ao AM são uma prioridade para a saúde pública em toda a Europa.

Em 1992 a OMS e a UNICEF lançaram um programa mundial de promoção do AM intitulado Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés, internacionalmente conhecido como Baby Friendly Hospital Initiative. Esta iniciativa tem como objetivo a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno através da mobilização dos serviços obstétricos e pediátricos dos hospitais, mediante a adoção das “Dez medidas para ser considerado Hospital Amigo dos Bebés”. Esse código de conduta surgiu na sequência da “Declaração Innocenti” a 1 de agosto de 1990, durante um encontro entre formuladores de políticas de saúde de governos, agências bilaterais e organismos internacionais (WHO/UNICEF,1991).

A mulher em trabalho de parto e no período pós-parto encontra-se mais suscetível e debilitada, pelo que este facto pode condicionar a sua iniciativa no estabelecimento da relação precoce. Assim o envolvente dos cuidados pode fomentar ou impedir as práticas que

alimentam a relação precoce, nomeadamente o contacto pele-a-pele, a amamentação na primeira hora de vida e o alojamento conjunto.

Na organização Cochrane Library, o conceito de contacto pele-a-pele está definido em três categorias:

1) “contacto pele-a-pele ao nascer” se a criança é colocada em pronação, sobre o peito ou abdómen da mãe, durante o primeiro minuto pós-parto;

2) “contacto pele-a-pele muito precoce” inicia-se aproximadamente 30 a 40 minutos após o nascimento. A criança nua, com ou sem touca, é colocada em pronação sobre o peito desnudado da mãe;

3) “contacto pele-a-pele precoce” pode começar em qualquer momento após o parto depois da primeira hora de vida e até às 24 horas. A criança nua (com ou sem fralda ou touca) é colocada em pronação sobre o peito desnudado da mãe e entre as duas mamas. Importa fundamentalmente que a mãe e o RN estejam em contacto ventral-ventral pele-a-pele e a criança se mantenha quente e seca (Anderson, Moore, Hepworth, & Bergman, 2003; Moore, Anderson, Bergman, & Dowswell, 2012). O contacto pele-a-pele possui benefícios e as enfermeiras reconhecem-lhe vantagens (Nahidi, Tavafian, Haidarzade, & Hajizadeh, 2014).

O alojamento conjunto, na designação em língua inglesa *rooming in*, consiste na permanência do recém-nascido junto da mãe, nas 24h do dia, até à alta hospitalar. É prática corrente nos hospitais europeus e em Portugal está contemplado em documento legal ("Despacho nº 20729/08 de 7 de agosto da Ministra da Saúde," 2008). Consta nos 10 passos da Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés (Levy & Bértolo, 2012) que fomentam o aleitamento materno (AM). Em Portugal existem 11 Hospitais Amigos dos Bebés, um dos quais o CHBM-EPE, certificado no ano de 2012 pelo Comité Português do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).

Portugal possui atualmente uma elevada taxa de partos realizados em instituições hospitalares, pelo que AM se inicia habitualmente no próprio hospital. Os profissionais de saúde e particularmente os enfermeiros, porque têm um maior contacto com as mães, têm assim a responsabilidade de apoiar e ajudar as mães a iniciarem o AM e a ultrapassarem as primeiras dificuldades, é o enfermeiro o profissional mais direcionado neste âmbito porque é ele que ajuda a pessoa nas transições na saúde/doença, como refere Meleis (Tomey e

Alligood, 2004), neste caso a mulher/casal na transição para a parentalidade, nomeadamente na instituição efetiva do aleitamento materno.

O TP e o nascimento são acontecimentos aparentemente simples na gravidez, mas envolvem uma enorme complexidade. De facto, o acontecimento físico de dar à luz é tremendo, inesquecível e frequentemente mais intenso que o esperado (Colman; Colman, 1994). Num momento da sua vida, a mulher vivencia uma das mudanças mais profundas, por isso a intervenção de enfermagem ajuda a mulher e o seu companheiro, na evolução dos seus papéis de parentalidade (Lowdermilk, Perry & Bobak, 2002).

Nas primeiras duas horas após o parto, mãe e RN adaptam-se à nova realidade. Neste período, a primeira meia hora de vida privilegia o início da amamentação, pois o RN apresenta reflexos de sucção e deglutição habitualmente vigorosos e a mãe deseja estabelecer contacto físico com o seu filho (Lowdermilk; Perry & Bobak, 2002; OMS, 1989). Encorajar o contacto pele a pele entre mãe e RN após o nascimento, ajuda a estabelecer laços afetivos/emocionais entre ambos, bem como o início da amamentação. Ao promover este contato pele-a-pele, pode-se realizar a avaliação sumária do RN, avaliando o seu bem-estar e despiste de algumas malformações físicas aparentes. Administrar vitamina K, pesar e vestir o RN, poderão ser prorrogados.

Segundo a OMS (1989), “*as experiências de uma mulher durante o trabalho de parto afetam a sua motivação em relação ao aleitamento e facilidade com que o inicia*” (pp.17). O uso de sedativos, analgésicos e anestésicos deverá ser ponderado durante o TP, pois embora sejam necessários para diminuir o desconforto da parturiente, poderão diminuir a capacidade para um parto normal, induzir sonolência e diminuir a capacidade de sucção do RN (OMS, 1989).

O AM é um ato de amor que exige carinho, atenção, paciência e disponibilidade da mãe para o RN. É um compromisso da mãe com seu filho, tornando o vínculo mãe e filho mais forte. Desenvolve também estímulos sensoriais auditivos, táteis, visuais e emocionais. As primeiras duas semanas de amamentação podem ser uma fase muito difícil, principalmente para as mães que estão a amamentar pela primeira vez. Com isso surgem os problemas iniciais, que podem ser prevenidos se se der às mães a orientação adequada nos primeiros dias King (2001). O sucesso da amamentação depende muito da vontade da mãe em amamentar o RN. As diretrizes de enfermagem fornecidas durante toda a gravidez, envolvendo os aspetos da amamentação, são de extrema importância para esse momento. É

importante que a puérpera esteja ciente das modificações que ocorrem quando amamenta, assegurando o bom desenvolvimento do RN, Santos (2009).

Dos horários rígidos para amamentar, atualmente passou-se para a prática de um horário livre, ou seja, o bebê é alimentado quando tem fome. De acordo com o Manual do AM (2008) *“O horário não é o mais importante; o bebê deve ser alimentado quando tem fome – chama-se a isto o regime livre –, não se devendo impor ao bebê um regime rígido. Quando um bebê tem fome acorda para comer, e este alerta é importante para uma melhor ingestão de leite materno”*. (pp.16). Outros termos que se encontram para designar este método são “livre demanda”, “a pedido”.

Aparentemente simples, esta orientação técnica pode, no entanto, causar insegurança nas mães que necessitam de um padrão orientador, é por isso importante que toda a equipa que colabora na prestação de cuidados desta díade não disponibilize informações antagónicas que aumentem a insegurança das mães Galvão (2001). Assim as orientações sobre AM existentes nos serviços, devem permitir aos profissionais de saúde elevada facilidade na sua consulta, bem como constituir um meio acessível na integração de novos elementos na equipa.

A intervenção dos enfermeiros da área da saúde materna, junto das mães e familiares, tem um papel decisivo no sucesso da amamentação. Ressalva-se assim, a importância dos profissionais adquirirem formação específica sobre AM, tendo em vista o apoio necessário a dar a estas mães. De facto, mostram alguns estudos que a formação é um elemento promotor de melhores cuidados e deve ser promovida (Galvão, 2011). As formações internacionalmente mais conhecidas são a 1) Certified Lactation Counselors (CLCs) e a b) International Board Certified Lactation Consultants (IBCLCs), que possuem algumas diferenças nas credenciais.

Em Portugal existem alguns cursos de formação na área de AM, como os cursos de Conselheiros em Aleitamento Materno constituídos por 140h distribuídas da seguinte forma: 20h promotoras; 40h conselheiras; 80h formação de formadores. Ao facultar este apoio deve-se planear os cuidados a prestar, tendo em vista as características da mulher e RN com que os profissionais se deparam. O apoio constante, dado pela equipa de saúde, favorece a autoconfiança da mãe e proporciona uma experiência de amamentação satisfatória e bem-sucedida (Lowdermilk, Perry & Bobak, 2002).

Aos profissionais de saúde e nomeadamente aos enfermeiros compete defender a sua prática: informando, orientando, aconselhando e ajudando mães e famílias, para que a mesma resulte numa conduta promotora de saúde e bem-estar para a díade.

A OMS e a UNICEF, fundamentam esta prática através de ações para promover o AM e suplantar os problemas que o possam desmoralizar. Uma dessas ações é a implementação da Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés (IHAB). Para dar resposta a esta ação, Portugal formou a Comissão Nacional, em maio de 1992, integrando a mesma um Coordenador Nacional, um representante da OMS e uma representante do Comité Português para a UNICEF, designado por Comité Nacional de AM.

Esta iniciativa baseia-se em dez medidas consideradas determinantes para o sucesso do AM. Os principais objetivos da IHAB são ajustar as rotinas dos serviços de saúde materno infantil em prol do AM através da implementação dos Dez Passos e debelar a prática das empresas de distribuição gratuita de substitutos do leite materno nos hospitais e maternidades certificados, ou seja, a adesão ao Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno (2009).

As Dez Medidas/Dez Passos são:

1. Ter uma política escrita de promoção do AM, afixada, a transmitir regularmente a toda a equipa de cuidados de saúde.
2. Dar formação à equipa de cuidados de saúde para que seja implementada esta política;
3. Informar todas as grávidas sobre as vantagens e a prática do AM.
4. Ajudar as mães a iniciarem o AM na primeira meia hora após o nascimento.
5. Mostrar às mães como manter a lactação, mesmo que tenham de ser separadas dos seus filhos temporariamente.
6. Não dar ao RN nenhum outro tipo de alimento ou líquido além do leite materno, a não ser que seja segundo indicação médica.
7. Praticar o alojamento conjunto: permitir que as, mães e bebés estejam juntos 24 horas por dia.

8. Dar de mamar sempre que o bebé queira.

9. Não dar tetinas ou chupetas às crianças amamentadas, até que esteja bem estabelecida a amamentação.

10. Encorajar a criação de grupos de apoio ao AM, encaminhando as mães para estes, após a alta do hospital ou da maternidade.

Face às diferenças identificadas nos documentos apoiados na OMS (i.e. https://www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento_2012.pdf) do Comité Português para a Unicef/Comissão Nacional Iniciativa dos Hospitais Amigos dos Bebés (Levy & Bertolo, 2012) que recomendam o AM na primeira meia hora de vida, versus as indicações no site da OMS (i.e. <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/facts/en/>) que recomenda a amamentação na 1ª hora de vida, versus o documento da Ordem dos Enfermeiros, respeitantes à “Maternidade com Qualidade” (i.e. http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICA_DOR_PeleaPeleAmamentacao_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf), assumiu-se este ultimo, dado o enquadramento dos indicadores em revisão no CHBM-EPE.

Em Portugal existe legislação que apoia e protege a implementação do aleitamento materno (Legislação: artigos 35º, nº 1 i), 47º, 48º e 65º da Lei 7/2009 de 12.02). A referida legislação defende o direito da mãe que se encontra a amamentar o filho a ter dispensa diária de 2h distintas ao longo do seu período laboral, até o filho perfazer um ano de idade, não se repercutindo de forma alguma nos seus direitos e considerando-se como prestação efetiva de trabalho (artigo 65º, nº2). No caso de gémeos, a mãe pode usufruir de mais 30 minutos por cada gémeo além do primeiro.

2.1. CARATERIZAÇÃO DA ESTRUTURA FÍSICA DO SERVIÇO DE URGÊNCIA OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA

O CHBM-EPE constituído pelo Hospital Nossa Senhora do Rosário, no Barreiro, e pelo Hospital do Montijo, tendo sido criado em 2009, resultando da fusão destes dois hospitais. O Hospital Nossa Senhora do Rosário teve início em 1959, cujo atual edifício foi inaugurado em 1985. Este centro hospitalar abrange uma população de cerca de 213000

habitantes, nas áreas de influência geográfica dos concelhos do Barreiro, Moita, Montijo e Alcochete.

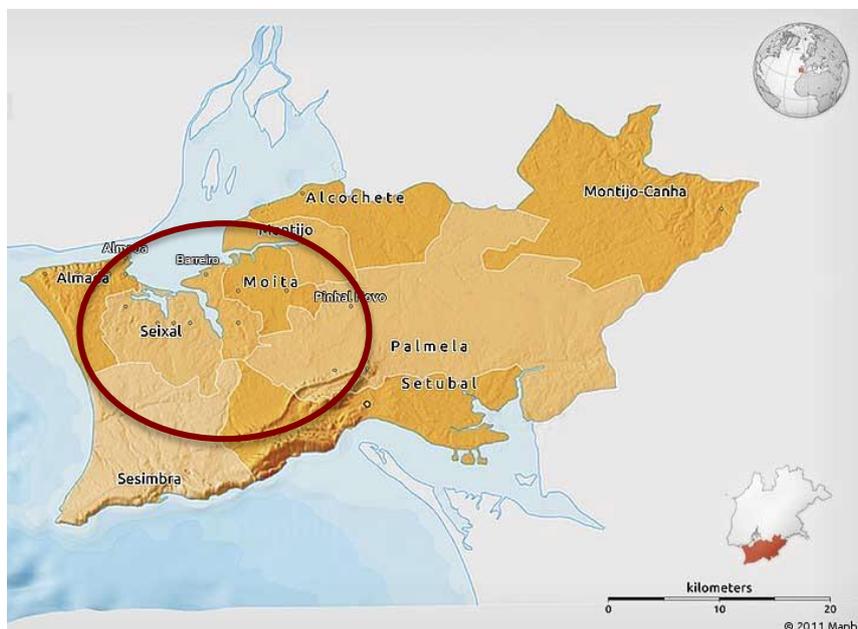


Figure 1 - Concelhos do Barreiro, Montijo, Alcochete e Moita

Fonte: <http://aiset.pt/peninsula-de-setubal/>

A Unidade de Saúde da Mulher localiza-se no edifício do CHBM-EPE, repartindo-se os seus serviços respetivamente pelos pisos 1 e 5. Esta unidade integra os serviços de Obstetrícia, Ginecologia, Consulta de Obstetrícia e a Urgência Obstétrica e Ginecológica no qual está inserido o espaço físico do bloco de partos.

O Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG) dispõe de uma sala de espera na qual as utentes aguardam chamada após realização da inscrição (efetuada junto das administrativas da Urgência Pediátrica nos dias úteis até as 00h00, e na Urgência Geral aos fins de semana, feriados e período noturno a partir das 00h00. Existem três sanitários, um dos quais com duche (integrado na sala de triagem) e os restantes dois no corredor da urgência e na sala de espera. Dispõe também de um gabinete de triagem, no qual o EESMO realiza a triagem da utente, efetuando a observação física da mulher, avaliação do bem-estar fetal (quando aplicável) e de sinais vitais. Relativamente à afluência de mulheres ao referido serviço de urgência, são observadas diariamente cerca de 30 mulheres, cujo motivo mais

frequente de recorrência refere-se à contratilidade dolorosa, perdas hemáticas via vaginal e início de trabalho de parto.

Posteriormente, todos os registos são realizados no programa informático (SIRIU – Sistema Integrado de Informação de Registo de Informação para Urgências), atribuindo uma cor conforme o tipo de urgência (Não compatível com o serviço de urgência – Branco; Não urgente – azul; Pouco urgente – verde; Urgente – amarelo; Muito urgente – laranja; Emergente – vermelho). Efetuada a observação e inserção dos respetivos registos, este sistema encaminha a utente diretamente para o sistema do obstetra/ginecologista, e a utente é observada num dos dois gabinetes médicos. No caso das utentes que necessitam de permanecer em observação, existem três macas no corredor, devidamente protegidas com cortina, para esta mesma finalidade. Enquanto parte desta primeira área do serviço, existe ainda uma sala para realização de ecografia, e cardiocografia, com capacidade para uma e duas utentes, respetivamente.

Após esta primeira área, inicia-se a Sala de Partos, com a capacidade total para sete grávidas em TP, em quartos individuais e duas utentes na sala de recobro. Todos estes espaços são climatizados e com iluminação natural, com exceção das salas 1, 4 e 5, que não dispõem de janela. Em cada uma das sete salas existe uma cama de parto, um monitor de cardiocografia, um reanimador de recém-nascido, e todo o material/medicação necessários à realização de um parto por via baixa. Está ainda para possível implementação, em breve, a instalação de uma central de monitorização cardiocográfica.

O facto de existirem quartos individuais na sala de partos vem possibilitar a permanência da pessoa significativa junto da grávida durante todo TP e parto, bem como do puerpério imediato, o qual se realiza no mesmo espaço sempre que possível, de modo a promover a privacidade da mulher e o acompanhamento pela pessoa que lhe é significativa pelo maior tempo possível, de acordo com a vontade manifestada pela utente.

Além destes sete quartos, existem duas salas operatórias, a primeira, de maior dimensão e habitualmente utilizada para a realização de cesarianas e a segunda destinada à realização de intervenções ginecológicas ou cesarianas emergentes, quando a primeira está a ser utilizada. Todas as mulheres submetidas a cesariana realizam o puerpério imediato no recobro, que se situa numa sala entre as salas de partos 4 e 5, tendo capacidade para duas utentes, conforme já foi anteriormente referido, e existindo igualmente a possibilidade da permanência da pessoa significativa na sala de recobro, mediante a situação clínica

particular de cada utente. O número cesariano respetivamente no ano de 2015 foi de 409 em 1417 partos.

A presença da pessoa significativa na cesariana, está ainda pendente atualmente da aprovação dos procedimentos sectoriais já devidamente submetidos, de modo a que possa ter início de acordo com o Despacho n.º 5344-A/2016, de 19 de abril. Este despacho clarifica o direito de acompanhamento da mulher grávida durante todas as fases do trabalho de parto e estabelecer as medidas e os procedimentos necessários do ponto de vista da segurança da grávida e da criança para que o pai, ou outra pessoa significativa, possa estar presente num bloco operatório para assistir ao nascimento de uma criança por cesariana.

Enquanto parte integrante da SUOG, o bloco operatório, constituído pelas duas salas operatórias, está dotado de todo o material necessário à realização das intervenções cirúrgicas. A sala operatória 1 dispõe de reanimador de RN e balança para avaliação do peso do bebé. A sala operatória 2 dispõe de todo o material que é mais frequentemente utilizado em intervenções ginecológicas. Na proximidade do bloco operatório e em comum com as salas de parto, existe também um berçário, destinado à prestação de cuidados ao RN em situações emergentes, que dispõe de todo o material necessário à prestação de cuidados ao mesmo. Além destes espaços físicos existem ainda salas de apoio a todas as valências do serviço.

No que diz respeito ao método de distribuição de trabalho utilizado neste serviço é o método individual de trabalho, aproximando-se da metodologia *one-to-one*, preconizada pelo International Confederation of Midwives (ICM, 2014). Assim o enfermeiro possui a responsabilidade de prestar cuidados de enfermagem globais e especializados. Tal engloba a presença física do EESMO, os registos inerentes à evolução, utilização de instrumentos. Considere-se o exemplo dos instrumentos recomendados pela OMS desde 1996, tal como é exemplo o partograma, plano de parto e folha sistemática de avaliação do nível de dor, entre outros (WHO, 1996).

Este serviço, bem como os serviços de Obstetrícia e Neonatologia, está dotado de um sistema de segurança de pulseiras eletrónicas para RNs, ligadas a um sistema informático centralizado, implementado desde 2007. Cada pulseira eletrónica é colocada ao RN no momento do nascimento na presença da mãe, removida no momento da alta pela enfermeira responsável. Esta pulseira é detetada a cerca de 5 metros de distância do sensor de alarme. A

equipa de enfermagem é a única com acesso a este sistema informático, responsáveis pelo controlo do mesmo.

Relativamente aos recursos humanos da equipa de enfermagem, perfaz um total de 22 enfermeiras. Deste total uma é EESMO e coordenadora, 20 são EESMO e uma é enfermeira generalista. A enfermeira coordenadora e outra enfermeira especialista encontram-se de horário fixo, esta última assegura a coordenação do serviço, quando da ausência da enfermeira coordenadora e assume, para além da prestação de cuidados, funções de gestão, incluindo os pedidos de farmácia e recursos materiais, através do sistema E-Kamban. Os restantes elementos da equipa de enfermagem prestam cuidados em regime de roulement.

A equipa de assistentes operacionais perfaz um total de dez elementos e a equipa médica é constituída por elementos da instituição e elementos externos, que habitualmente encontram-se no serviço três médicos obstetras/ginecologistas por turno. O SUOG tem ainda o apoio de médicos pediatras e outros profissionais, entre outros, como nutricionista, assistente social e psicóloga, quando necessário.

2.2. CONTEXTO ESPECIFICO DO ATUAL PROJETO

Na área da Saúde Materno-Infantil o CHBM-EPE aderiu desde 1 janeiro 2014 ao Projeto Maternidade com Qualidade, implementando medidas. O alojamento conjunto pratica-se desde 1985, ano em que o Hospital de Nossa Senhora do Rosário começou a funcionar no novo edifício. No âmbito da relação precoce, por ter aderido ao Projeto Maternidade com Qualidade, desenvolveu as medidas:

- 1) contacto pele-a-pele e
- 2) AM na 1ª hora de vida.

O CHBM-EPE, enquanto Hospital amigo dos bebés desde 2012, obteve no presente ano um processo de reacreditação com resultado favorável, tendo ainda alguns projetos em curso para promoção do parto natural, entre os quais, a promoção da deambulação e posições não supinas durante o trabalho de parto, a utilização da bola de pilates, a ingestão de líquidos, a musicoterapia, as técnicas de relaxamento, o contacto pele a pele e promoção do início do aleitamento materno na primeira hora de vida. Além destes, é também oferecido as grávidas no decurso da gravidez e maioritariamente integradas nos cursos de preparação

para o nascimento, a possibilidade de visitarem as instalações do bloco de partos e obstetrícia.

Existe ainda um cantinho da amamentação, com espaço físico no serviço de Obstetrícia no 5º piso, que presta apoio ao bloco de partos no atendimento das puérperas que recorram ao UFUOG.

De acordo com a estatística do CHBM-EPE, ao longo dos seis últimos anos, tem-se verificado um decréscimo na taxa de nascimentos, o que acompanha a realidade da maior parte das maternidades do nosso país (figura nº 2).

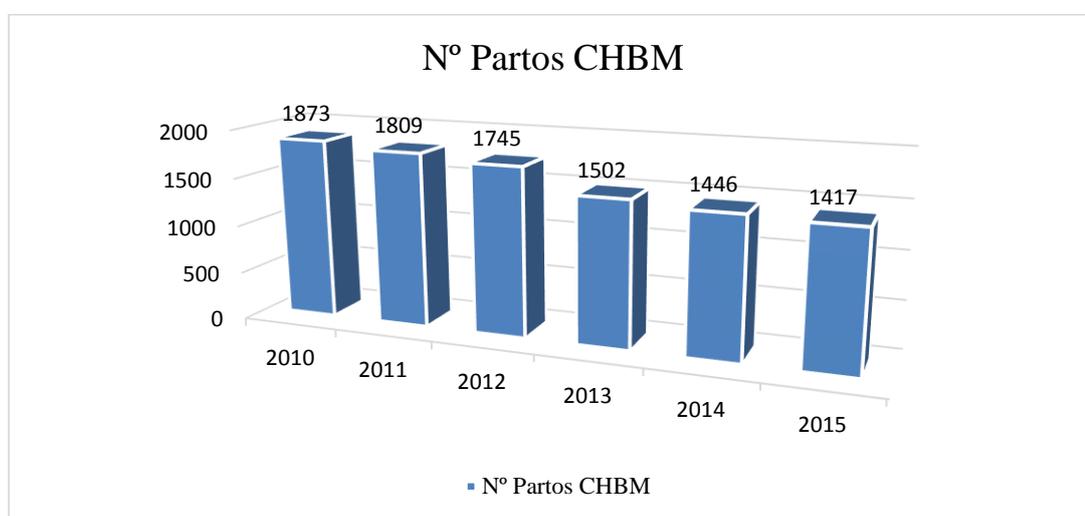


Figure 2 – Frequência de partos nos últimos 6 anos

Fonte: Estatística publicada pelo serviço de estatística do CHBM

Desde a implementação do projeto Maternidade com Qualidade, entre os anos de 2014 e 2015, verificaram-se taxas de promoção da amamentação na 1ª hora de vida do RN, tal como se pode verificar na figura nº3, bem como do contacto pele a pele entre a díade, tal como se observa na figura nº4, atingindo valores percentuais superiores a 80%, no entanto torna-se pertinente validar as práticas dos enfermeiros para a correta avaliação das mesmas

Contacto pele a pele entre a díade na 1ª hora de vida do RN

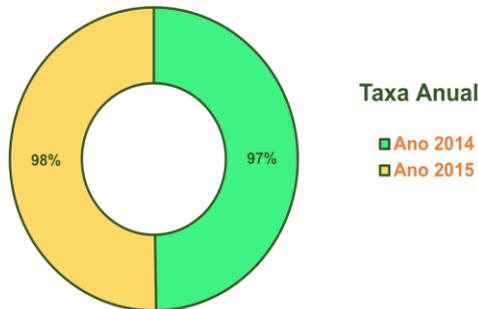


Figure 3 Taxa de contacto pele-a-pele na 1ª hora de vida

Fonte: Estatística do projeto maternidade com qualidade

Amamentação na 1ª hora de vida do RN

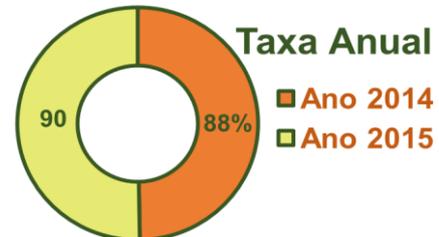


Figure 4 Taxa de amamentação na 1ª hora de vida

Dos 1417 partos ocorridos no SUOG do CHBM-EPE em 2015, 57 RN transferidos para a Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais, não realizando *roming-in* por esse motivo, é de ressaltar que a maioria dos RN eram prematuros.

2.3. DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

A Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde. Ajudando os mesmos a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (REPE Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei n.º 104/98 de 21 de abril).

ICN define ainda enfermagem como:

“Nursing encompasses autonomous and collaborative care of individuals of all ages, families, groups and communities, sick or well and in all settings. Nursing includes the promotion of health, prevention of illness, and the care of ill, disabled and dying people.

Advocacy, promotion of a safe environment, research, participation in shaping health policy and in patient and health systems management, and education are also key nursing roles.” (ICN, 2002).

A formação, consolida-se através da experiência profissional adquirida em contexto de trabalho e em momentos de aprendizagem formal. A profissão de enfermagem encontra-se dotada de responsabilidades éticas e sociais abrangendo uma panóplia de funções consideradas particularidades de uma profissão. O papel do enfermeiro envolve a partilha do saber mediante a garantia da segurança e bem-estar dos utentes (Couto,2003). No processo de aquisição de competências há que considerar o conteúdo a desenvolver, perspetivando a pro-eficiência enquanto EESMO, principalmente ao assunto do AM, há que ter em conta ainda o ambiente envolvente relativamente à equipa e à qualidade dos cuidados oferecidos pela própria instituição.

Desta forma, podemos aferir as seguintes considerações: a implementação dos passos 4 e 5 da IHAB pretendem servir de base para a uniformização da informação que orienta a conduta dos profissionais nos momentos de educação para a saúde no que diz respeito ao AM. Assim proporcionaram-se, as condições adequadas à candidatura do CHBM - EPE a IHAB, o que contribuiu para o comprimento das orientações consensuais e indiscutíveis das vantagens da amamentação para a díade, como a vigência do Plano Nacional de Saúde 2004-2010, que refere “será dado destaque ao aleitamento materno, como um critério de qualidade dos cuidados de saúde perinatais” (DGS, 2004; pp.29).

Pode dizer-se que existem interesses mútuos na implementação do atual projeto. Na realidade, é competência específica do EESMO promover a saúde da mulher ao longo de todas as fases do ciclo da vida. Relativamente ao tema da AM, são competências do EESMO: promover a saúde da mulher em trabalho de parto, otimizar a adaptação do RN à vida extrauterina e promover a saúde da mulher e do RN na fase pós-natal (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

O puerpério é uma fase de alguma instabilidade emocional, em que as mães necessitam de apoio, enquanto as crianças dependem totalmente das mães nas suas atividades mais básicas, o que leva muitas vezes as puérperas a sentir-se inseguras e com medo de incompetência (Pereira, Pereira, Silva & Cavalcante, 2007). Este receio relaciona-se com experiências anteriores negativas ou até com a ausência de experiência, o que leva a diminuição da autoeficácia no AM (Sarmiento & Setúbal, 2003). Os padrões de qualidade

dos cuidados de Enfermagem Especializada em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica têm como objetivo a promoção da reflexão sobre o exercício profissional dos enfermeiros, assim como garantir a melhoria dos cuidados de enfermagem a prestar aos utentes. Assim, os padrões de qualidade possibilitam a construção e implementação de programas impulsionadores de uma melhoria contínua. No que concerne à promoção da saúde da mulher e do RN os Padrões de Qualidade permitem coordenar, implementar e avaliar projetos de intervenção que facultem a promoção da amamentação e uma atitude favorável à amamentação a longo prazo (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Para a realização deste projeto existiram 2 momentos de recolha de dados, primeiro através da aplicação de um questionário às enfermeiras, de onde foi recolhido dados que permitiram fazer um diagnóstico da situação, o que permitiu delinear ações /intervenções tendo em vista a melhoria dos cuidados prestados á mulher e RN na amamentação.

Após a execução das atividades que me propus avaliei se as mesmas foram de encontro ao que se propunha.

3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES

Uma fase anterior à amostragem é a definição da população, que permitirá obter a amostra. Assim, segundo Tuckman (2000), a população de um estudo define-se como o grupo sobre o qual o investigador recolhe informação e extrai conclusões. O mesmo autor refere ainda que a população alvo é formada pelos sujeitos que obedecem aos critérios de seleção previamente definidos e para os quais o investigador deseja fazer generalizações.

3.1. CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO

A população deste estudo inclui as EESMO do SUOG do CHBM, EPE (prestadoras de cuidados) e as utentes no SUOG do CHBM, EPE. Desta população constituíram-se duas amostras, ambas não probabilísticas e de conveniência, ou seja, de indivíduos facilmente acessíveis à investigadora e que aceitaram participar no estudo, segundo Fortin (1999). A primeira amostra foi composta pelas EESMO do SUOG do CHBM, EPE que aceitaram participar no estudo e a segunda foi composta por puérperas acessíveis à investigadora no período de colheita de dados que decorreu entre janeiro e julho.

3.1.1. Caracterização do grupo alvo das EESMO

O sucesso da amamentação depende muito da vontade, da informação que possui sobre o assunto, da segurança que sente, do apoio e do tipo de parto ou seja de todo o percurso e o que ocorre até ao momento do nascimento do seu filho. (Dashti, Scott, Edwards & Al-Sughaver, 2010).

As diretrizes de enfermagem fornecidas durante toda a gravidez, envolvendo os aspetos da amamentação, são de extrema importância para esse momento. É importante que a puérpera esteja ciente das modificações que ocorrem quando amamenta, assegurando o bom desenvolvimento do recém-nascido (Santos, 2009). O AM é possível e recomendável para a grande maioria das mulheres. Os casos de impossibilidade de acordo com o organismo americano Centers for Disease Control (CDC, 2016) estão definidos. Contudo, por razões de recursos alguns destes critérios não são tomados em absoluto, conforme o define a OMS no caso da mãe infetada com VIH (WHO, 2016). Assim, a norma padrão recomendada é amamentar em regime exclusivo até aos 6 meses e não alimentar por fórmula de leite artificial.

Nas primeiras duas horas após o parto, mãe e RN adaptam-se à nova realidade. Neste período, a primeira meia hora de vida privilegia o início da amamentação, pois o RN apresenta reflexos de sucção e deglutição habitualmente vigorosos e a mãe deseja estabelecer contacto físico com o seu filho (Lowdermilk, Perry & Bobak, 2002; OMS, 1989). De facto, o estímulo das contrações sobre o feto e o stress do nascimento provocam uma subida de adrenalina no feto, motivo pelo qual estará desperto, ativo e aberto à sucção. Esta fase dura aproximadamente 45-60 m e assim se justifica a necessidade e oportunidade de colocar a criança a mamar (Simkin & Ancheta, 2011). Passado este período, em resposta a adrenalina, a criança entra em adormecimento.

São inúmeros os benefícios do contato pele a pele. Encorajar este contacto entre mãe e RN após o nascimento, ajuda a estabelecer laços afetivos/emocionais entre ambos, bem como o início da amamentação. Os profissionais de saúde têm papel importante no estabelecimento destes laços emocionais para o auxílio do início da amamentação, para tal, é preciso deter competências técnicas para orientar as mães no sucesso do AM através de um investimento na sua formação. Segundo Norris (2014), a formação dos profissionais é pedra basilar para a concretização dos objetivos pretendidos.

É papel do profissional de saúde, mais concretamente dos enfermeiros, constituírem agentes facilitadores na promoção do sucesso do AM, tendo em conta que para o êxito do AM, é importante um trabalho multidisciplinar. Assim este projeto recolhe informação dos dois principais intervenientes no processo: o cuidador, no caso as EESMO e a beneficiária de cuidados, no caso a parturiente. Constituíram-se duas amostras: o grupo de EESMO do SUOG do CHBM-EPE e as puérperas utentes deste serviço.

Amostra da implementação do projeto

Este projeto abrange as EESMO do SUOG do CHBM-EPE, enquanto promotoras do contato entre a díade, estimulando a amamentação na 1ª hora de vida. Foi aplicado um questionário à equipa de enfermagem do SUOG do CHBM, (Apêndice C), com o objetivo de descrever as atitudes e os conhecimentos das EESMO relativamente ao contacto pele-a-pele e amamentação na 1ª hora de vida. O questionário foi construído e apresentado em plataforma on-line, permitindo identificar os conhecimentos das EESMO sobre AM. Mais tarde, na fase de intervenção, os resultados do questionário foram utilizados para planear ações para o desenvolvimento/consolidação de conhecimentos necessários para o exercício das suas funções mais especificamente na área do AM.

Do questionário apresentado constavam 5 secções com várias variáveis cada uma:

Secção 1: Caracterização Sociodemográfica e Profissional do(a) Participante

Secção 2: Opiniões sobre o contato pele-a-pele Mãe-Recém-nascido (SSCQ) (versão de Nahidi et al, 2014)

Secção 3: Vinheta com o cenário de uma mulher que vai amamentar pela 1ª vez. (versão de Creedy et al, 2008).

Secção 4: Intervenções de Enfermagem com a díade no SUOG do CHBM, EPE.

Secção 5: Causas que dificultam as estratégias para a promoção da amamentação e contato pele-a-pele na 1ª hora de vida

Aspetos sociodemográficos da população alvo – Enfermeiros

O questionário aplicado abrangeu a participação de 21 Enfermeiras do SUOG do CHBM, EPE todas do sexo feminino com média de idades de 44.3 anos (DP=9.20) e com uma amplitude entre 28-57 anos. Destas 21 enfermeiras a maioria tem 2 filhos (n=11; 55%). Em média são enfermeiras há 17,81 anos (DP=6.90), variando entre 7 e 25 anos. Da experiência profissional de EESMO exercem em média desde há 11.38 anos, variando entre 3 e 25 anos de experiência na área. Relativamente ao grau académico, a maioria (52,4%) apresenta 1 pós-licenciatura em saúde materna e obstétrica (SMO). Como se pode observar na Figura 5.

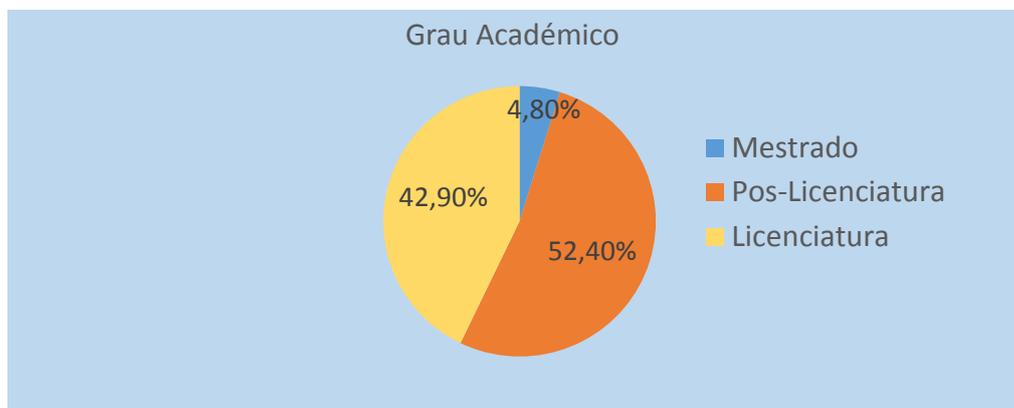


Figure 5 - Grau académico dos EESMO

Dos dados obtidos em relação à formação na área da saúde materna, constatou-se que a maioria tem formação em aleitamento. Como se constata através da Figura 6.

Formação		
	Não	Sim
Aleitamento Materno	3	18
Mutilação Genital	13	8
Cuidados Perinatais	13	8
Preparação p ^a Parto	7	14
Violência	13	8
Contraceção Emergência	19	2
Urgências Obstétricas	11	10

Figure 6 Formação continua dos EESMO no campo da Saude Materna

3.1.2. Caracterização do grupo alvo – parturientes

Colheram-se dados em 327 parturientes no sentido de recolher a informação sobre a evolução dos indicadores ao longo da implementação do projeto, ou seja, de janeiro a julho 2016. Tais dados são apresentados mais além neste relatório, na fase de avaliação do projeto. Contudo aqui caracterizam-se em termos sociodemográficas as mulheres participantes.

As participantes tinham idades entre os 15 e os 42 anos, com média 29,2 (DP=6.22). As profissões, de acordo com a Classificação Nacional das Profissões (CNP), encontram-se na tabela abaixo.

Table 1 Profissões das Parturientes

Profissão-Grupo	Frequencia	Percentagem
Desempregada	96	29,4
Especialistas	23	7,0
Técnicos Intermédios	15	4,6
Administrativos	31	9,5
Pessoal de serviços	85	26,0
Agricultura-Pesca	5	1,5
Operarias-Artífices	14	4,3
Não qualificados	23	7,0
Doméstica	20	6,1
Estudante	15	4,6
Total	327	100,0

Relativamente a grupos étnicos, a figura 7 apresenta os dados. Tal variável considerou-se importante na classificação da amostra, dado que a região é multicultural.

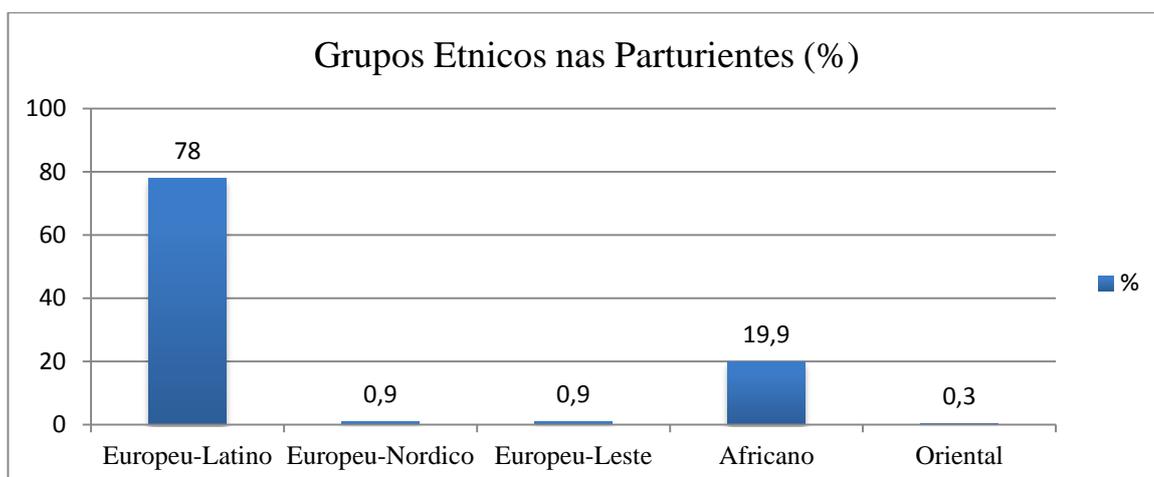


Figure 7 Classificação das parturientes segundo o grupo étnico (%)

Domina o grupo Europeu-latino (n=255; /78%), seguindo-se o Africano (n=65; 19.9%)
 Relativamente ao estado civil a maioria é casada ou vive em união de facto (n=226; 69.1%), seguindo-se a a categoria “solteira sem companheiro” (n=88; 26.9%). Estão ainda representadas 13 participantes (4%) divorciadas.

As habilitações literárias das participantes encontram-se descritas na figura 8.

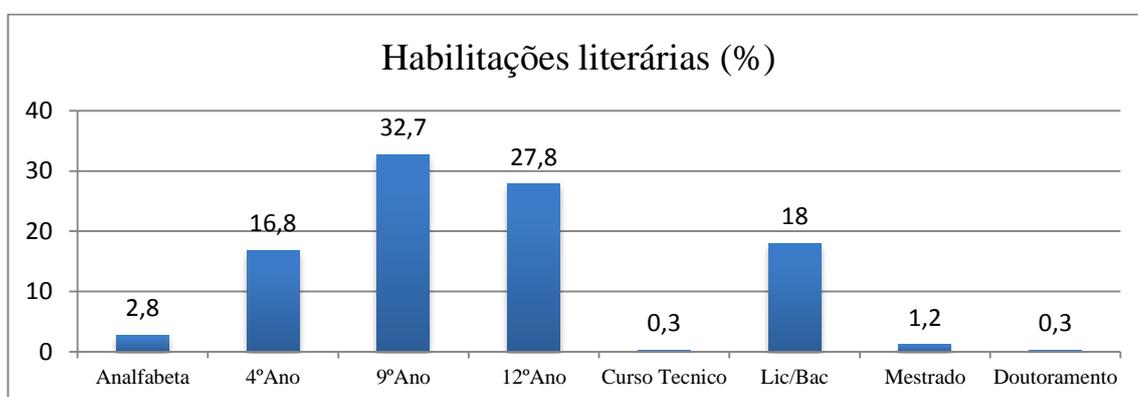


Figure 8 - Habilitações literárias das participantes-parturientes (%)

Repare-se que ainda 9 participantes (2.8%) são analfabetas

3.2. NECESSIDADES/PERCEÇÃO DA POPULAÇÃO ALVO

As diretrizes fornecidas pelos profissionais de saúde são fundamentais para as mulheres/famílias no sentido de minimizar os níveis de ansiedade e promovendo a sua

confiança e autonomia. O princípio do aleitamento materno e a sua continuidade encontram-se relacionados com fatores de ordem física, psicológica e social, sendo reconhecida a influência dos profissionais de saúde envolvidos neste processo (Sarafana, Abecasis, Tavares, Soares, & Gomes, 2005). Através da versão gratuita do Lime Survey, aplicou um questionário às EESMO, conforme documenta a figura abaixo

The image shows a screenshot of a Lime Survey questionnaire. At the top, the title is "Cuidar no Nascimento" in green, with the subtitle "Relação Precoce no Bloco de Partos" below it. A progress bar indicates 0% completion. The main section is titled "A1 Sociodemográficos" and "A1-Sociodemográficos". It contains several questions:

- * A0. Data de preenchimento**: A date selection field with a calendar icon.
- * A1. Qual a sua Idade**: A text input field with the instruction "Neste campo só é possível introduzir números."
- * A2. Instituição principal onde exerce a profissão**: A text input field.
- * A3. Serviço onde exerce a profissão**: A text input field.
- * A4. Sexo**: Radio buttons for "Feminino" and "Masculino".
- * A5. Formação académica**: Radio buttons for "1. Doutoramento".

Figure 9 - Ilustração do questionário aplicado via Lime Survey

3.2.1. Necessidades específicas do grupo alvo do EESMO

Um dos objetivos na aplicação deste questionário foi descrever os conhecimentos e a necessidade formativa dos profissionais de enfermagem. Assim, em relação, à opinião sobre os benefícios sistémicos do contacto pele a pele, a maior parte dos profissionais de

enfermagem concorda que estabiliza a respiração, o ritmo cardíaco e a glicemia do RN, bem como a prevenção da perda de calor do mesmo (figura nº 10)

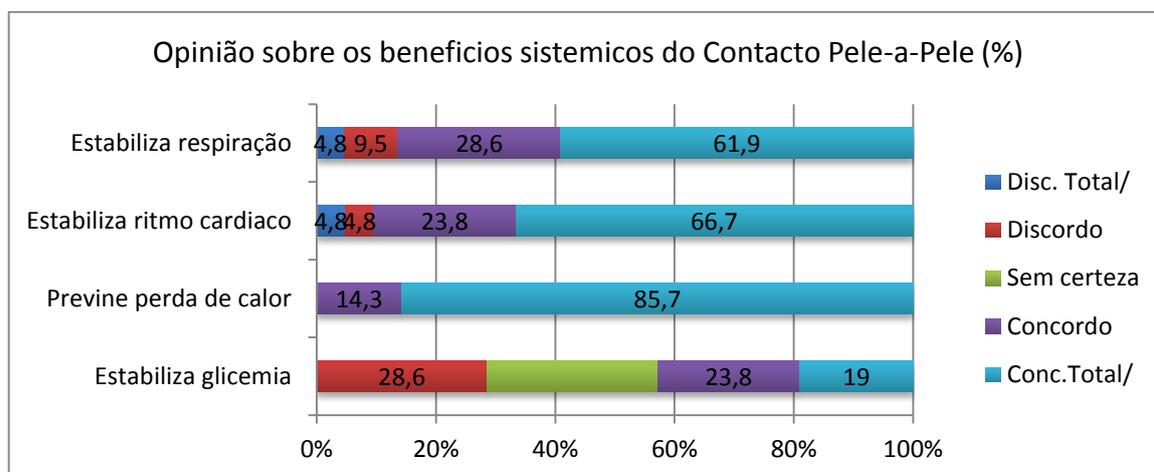


Figure 10 – Benefícios sistêmicos do contacto pele-a-pele (%)

Foram também avaliados outros benefícios funcionais para além dos apresentados na figura anterior como se constata na figura 11.

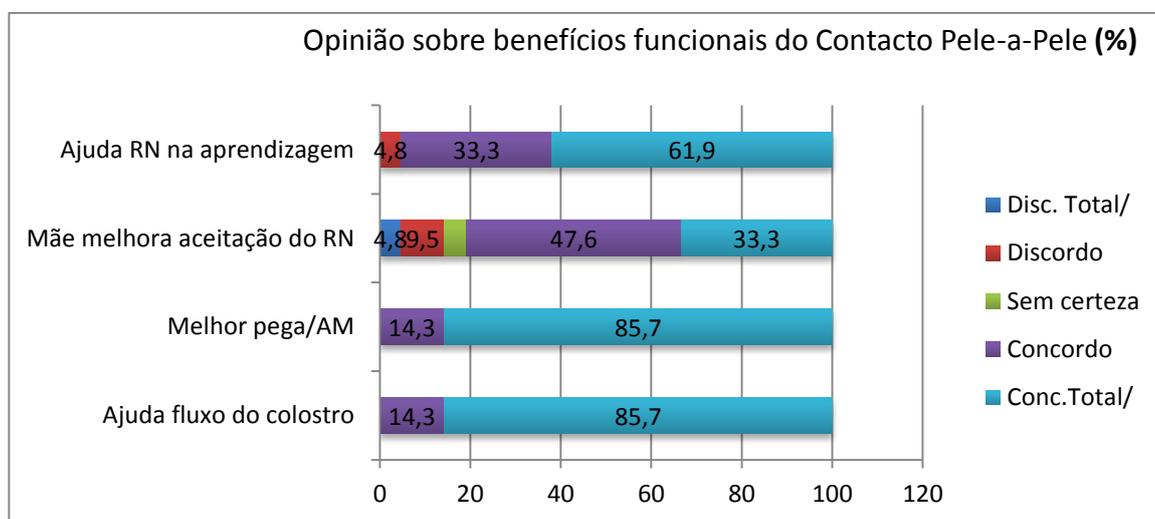


Figure 11 - Benefícios funcionais do contacto pele-a-pele (%)

Como é referenciado pela Ordem dos Enfermeiros, no indicador de evidência do projeto maternidade com qualidade, o contato precoce pele-a-pele é importante na interação entre a mãe e o recém-nascido (RN) pela estimulação sensorial que produz (o toque, o calor e o odor maternos (Puig & Sguassero, 2007) e promove a procura da mama, para facilitar o início da primeira mamada autonomamente.

Segundo Haston (2012), o contacto pele a pele pode ser implementado na rotina dos cuidados ao recém-nascido e é uma prática recomendada para a promoção do bem-estar mãe-filho e a qualidade dos cuidados de enfermagem. O autor refere que a taxa de amamentação precoce aumenta significativamente após o contato pele-a-pele. Os achados obtidos através das respostas da amostra das enfermeiras vão ao encontro do referido por este autor. Haston (2012) refere ainda que não há aumento na carga de trabalho diária das enfermeiras em sala de partos e que a transferência das puérperas e RN não foi atrasada, pela implementação do contacto pele-a-pele.

Constatou-se, em relação ao questionário realizado no SUOG do CHBM, que a maioria concorda que a separação precoce do RN da mãe causa stress no RN e que o trauma do nascimento interfere com os reflexos de sucção. No entanto, em relação ao interromper o contacto, existe quase uma igualdade de resultados nos parâmetros discordo (33,3%) e concordo (23,8%), como se pode observar na figura seguinte.

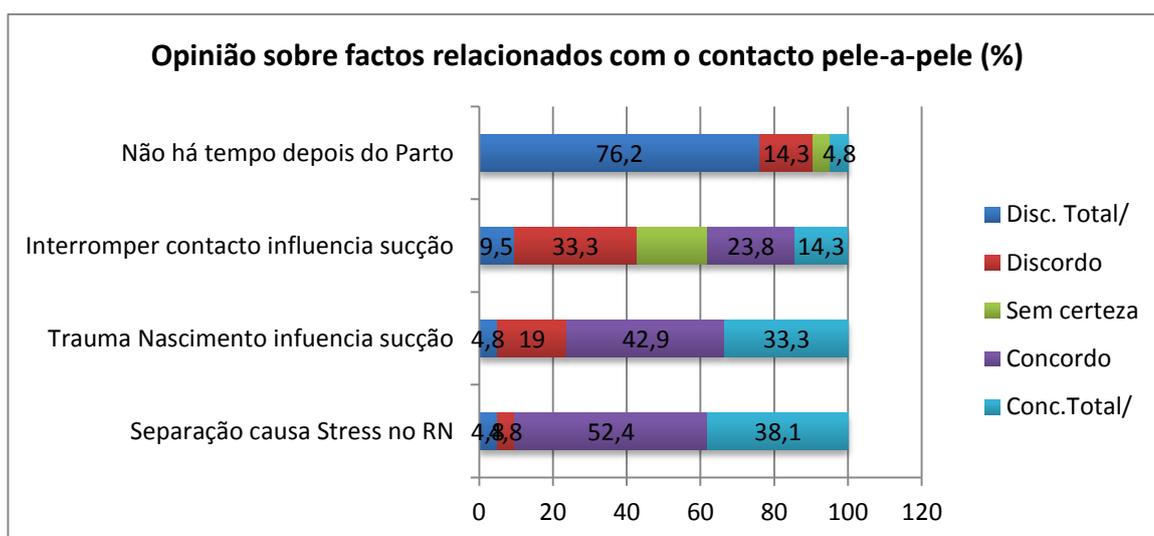


Figure 12 - Opiniões sobre factos relacionados com o contacto pele-a-pele (%)

Segundo Santos (2014), o contato pele a pele precoce, é uma maneira de incentivar e promover o aleitamento materno, traz benefícios a curto e longo prazo, pois estabelece a amamentação, proporciona maior estabilidade térmica do RN e ajuda na dequitação.

De acordo com as respostas alcançadas nos questionários aplicados à equipa de enfermagem, foi possível detetar que existe algum consenso sobre a recusa da mãe, o maior obstáculo à amamentação (Figura 13).

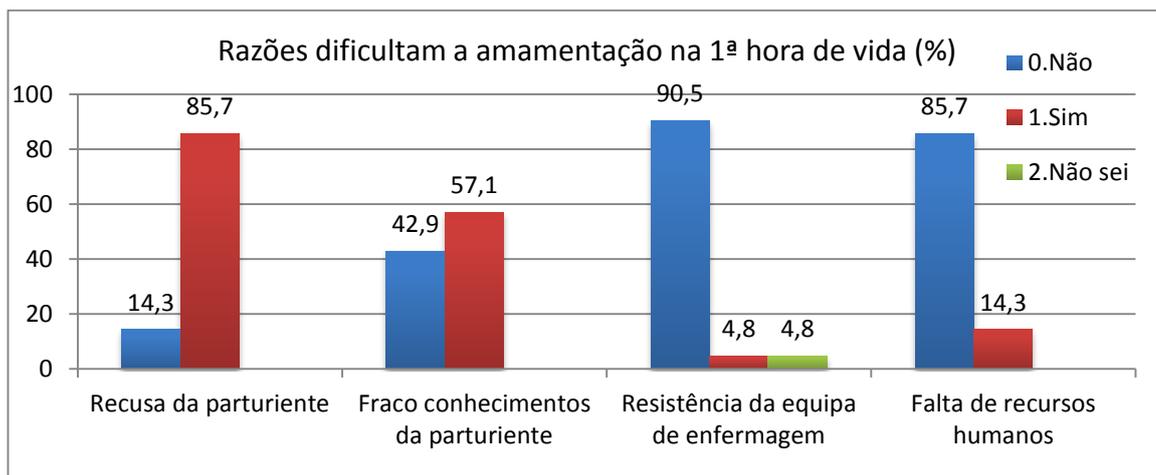


Figure 13 - Razões que dificultam o AM na 1ª hora de vida (%)

Relativamente aos obstáculos para a realização do contacto pele-a-pele na 1ª hora de vida as enfermeiras respondem conforme os resultados que se podem observar na figura 14.

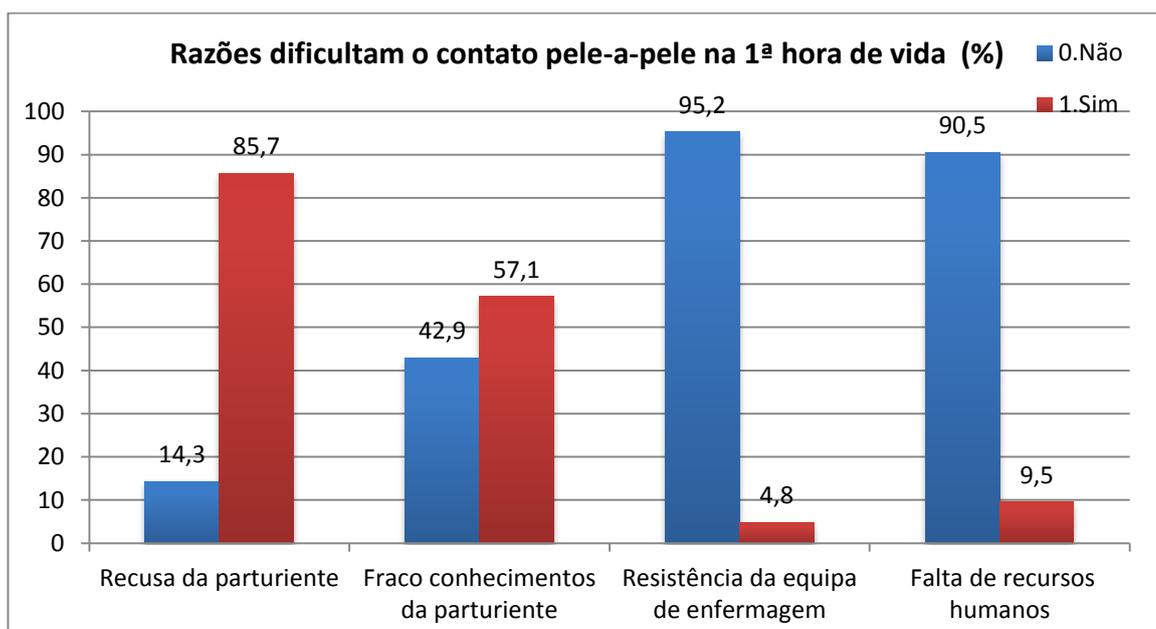


Figure 14 - Razões que dificultam o contacto pele-a-pele na 1ª hora de vida (%)

O contato pele a pele mãe-filho deve iniciar-se imediatamente após o nascimento e deve ser contínuo e prolongado. O contato pele-a-pele acalma o bebê e a mãe que entram em sincronia única proporcionada por esse momento; colabora na estabilização sanguínea, dos batimentos cardíacos e respiração da criança; reduz o choro e o stress do RN mantendo-o aquecido, pela transferência de calor de sua mãe.

3.2.2. Necessidades das puérperas

Na aplicação deste questionário, um dos objetivos foi descrever os conhecimentos e a preferência que as puérperas tinham em amamentar e também a noção da importância do contacto pele a pele. Assim em relação ao tempo em que o RN permaneceu em contacto pele a pele a maioria das puérperas concorda com o tempo de contacto pele a pele (75,86%) (figura15)

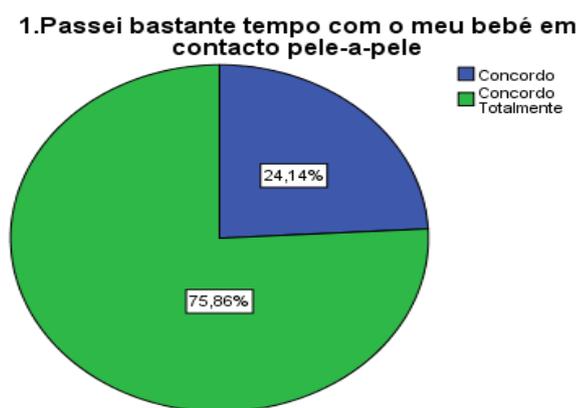


Figure 15 - Tempo de permanência no contacto pele-a-pele (%)

Dos benefícios referentes ao mesmo as puérperas concordaram 86,21% (Figura 16).

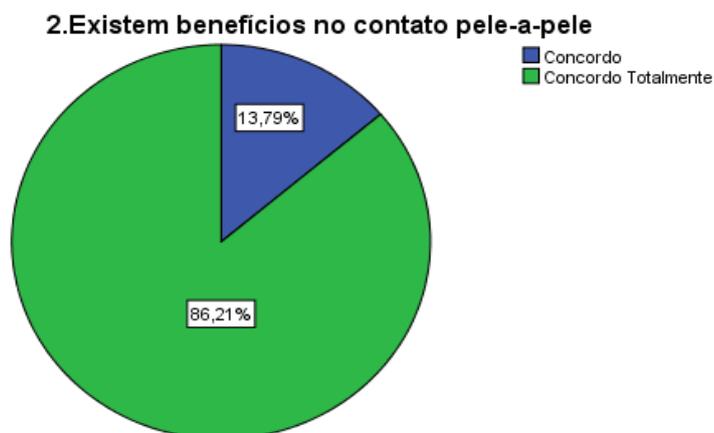


Figure 16 - Benefícios no contacto pele a pele (%)

Em relação às EESMO, prestadoras de cuidados, as puérperas são da opinião que as mesmas incentivaram e apoiaram o contacto pele a pele (80%) (figura 17).

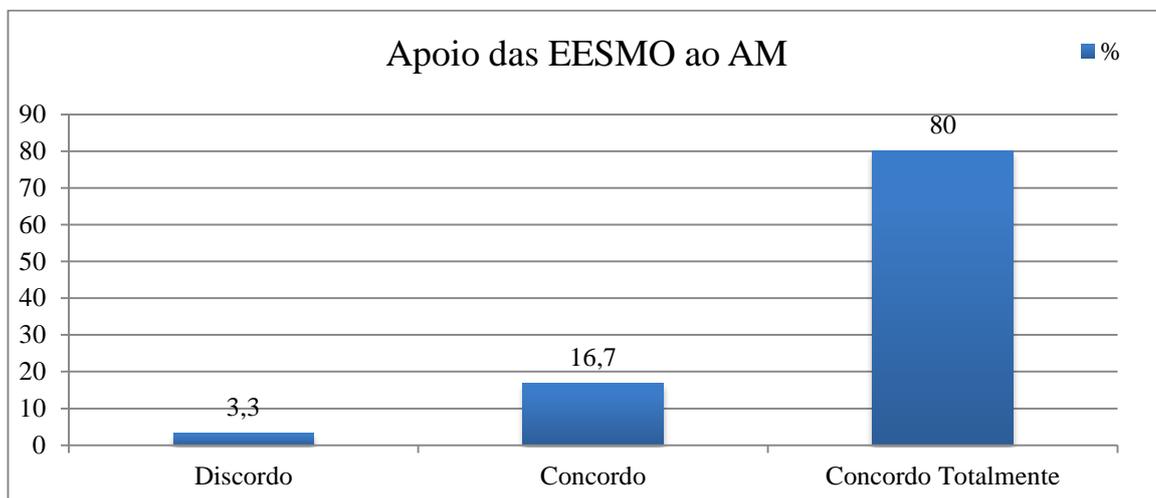


Figure 17 Opinião das parturientes quanto ao apoio das EESMO no AM (%)

Descrevem que o contato pele-a-pele foi facilitador na amamentação, 75% (Figura 18).

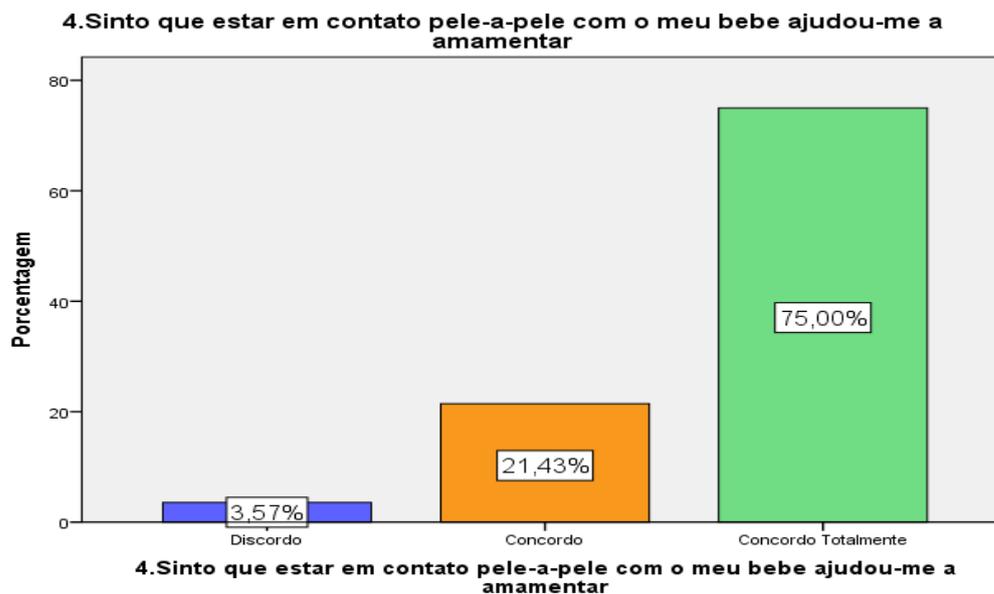


Figure 18 - Importância do contacto pele-a-pele para as puérperas (%)

Em relação ao ensino efectuado às puerperas, os resultados foram mais díspares. Apesar de a maioria concordar ou concordar totalmente, existiu uma percentagem que não se sentiu apoiada nesse aspecto (figura 19).

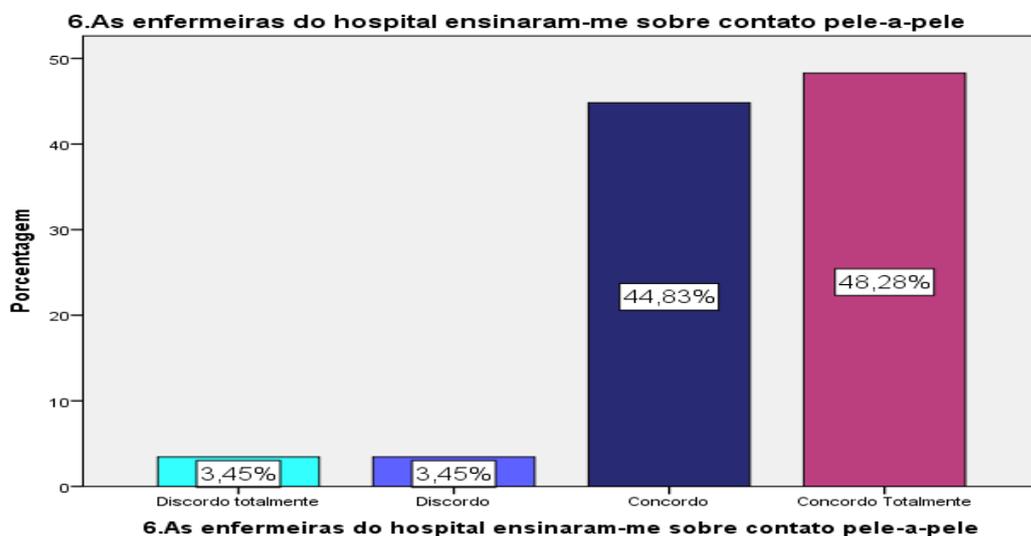


Figure 19 - Ensino sobre o contacto pele-a-pele (%)

Apesar de a percentagem de mulheres que referiu não se sentir apoiada pelas enfermeiras ser pequena (6,9%), é missão dos EESMO do serviço em questão procurar a excelência nos cuidados, identificando o porquê deste achado. Considera-se que um passo importante para colmatar esta questão será o investimento na formação dos EESMO e sensibilização para este resultado, através da comunicação deste estudo.

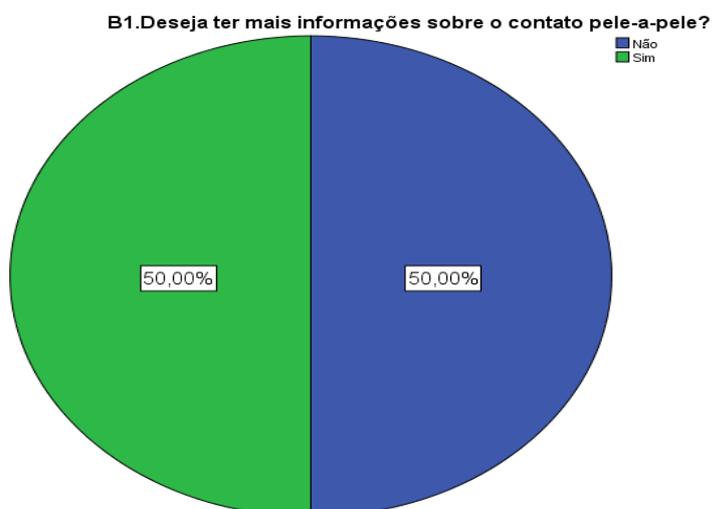


Figure 20 - Necessidade de formação sobre o contacto pele-a-pele (%)

No entanto perante a resposta á pergunta sobre se desejavam ter mais informações sobre o contacto pele a pele, verificou-se que 50% respondeu sim e 50% não (figura 20). Este dado pode indicar que as puérperas detinham conhecimentos sobre o contato pele a pele mas que pretendiam, na prática, o ensino sobre o mesmo.

3.3. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DA AMOSTRA

Antes de proceder à aplicação do questionário foram explicados os objetivos do estudo aos participantes e entregue o consentimento informado (Apêndice D e E).

Como referido anteriormente, estabeleceram-se duas amostras, uma constituída pelas parturientes utentes do SUOG e a outra pelas EESMO do SUOG. Considerou-se para dar resposta ao primeiro e ultimo objetivos específicos, mencionados anteriormente, os registos respeitantes às parturientes no ano 2016, através dos dados obtidos do projeto Maternidade com Qualidade, antes e depois da implementação das tarefas do projeto (i.e. janeiro-julho 2016). Para responder ao segundo e terceiro objetivos, relativamente às EESMO, consideram-se todas as especialistas que exercem no bloco de partos, a população e amostra são coincidentes. Prevê-se um total de 23 participantes. Para dar resposta ao quarto objetivo e face ao número de partos no CHBM-EPE, aplica-se o critério de Krecje e Morgan (1970), calculando-se um total de parturientes, com base no número de partos por via baixa em 2015, em amostra de conveniência, por seleção consecutiva na admissão.

Os dados Obtidos através da implementação do estudo foram tratados através do programa SPSS versão 20.

3.4. ESTUDOS SOBRE ATUAÇÃO COM A POPULAÇÃO ALVO

A pesquisa bibliográfica realizada teve como objetivo a busca de evidências científicas que se reportassem aos efeitos positivos das práticas humanizadas de atenção ao recém-nascido, como o contato pele a pele e a amamentação na primeira hora de vida. Estas práticas são de simples execução e proporcionam benefícios baseados em evidências científicas tanto ao RN quanto à mãe. O AM iniciado na primeira hora de vida contribui para a redução da mortalidade neonatal, o que vai ao encontro ao quarto e ao quinto Objetivos do Milênio propostos pela Organização das Nações Unidas em 2000.

A pesquisa de literatura efetuada permitiu alcançar dados objetivos sobre o tipo de intervenção que se deve estabelecer no cuidado à díade atuando sobre a causa da problemática. Torna-se, assim, evidente que as necessidades da população passam por potenciar as taxas de permanência do contacto pele a pele e do AM.

Como se pode constatar nas várias pesquisas efetuadas necessárias para a revisão sistemática da literatura, são inúmeros os benefícios do contato pele a pele. As conselheiras em amamentação, como formadoras de novos elementos no serviço, são uma mais-valia na melhoria da qualidade dos cuidados prestados às mulheres, aumentando a % da taxa da amamentação exclusiva como é realçado por (Minert, 2014). As intervenções referidas nos estudos remetem-nos para o objetivo comum da importância do contato pele a pele e a não utilização de leite adaptado levando a um aumento da taxa da amamentação na 1ª hora de vida.

Identificou-se a formação dos profissionais como pedra basilar para a concretização dos objetivos pretendidos. Norris et al. (2014) concluem ainda que o sucesso do contato pele a pele depende da cooperação e flexibilidade de toda a equipa multidisciplinar envolvida nos cuidados prestados à mãe e RN. Estes autores referem que os profissionais de saúde para poderem efetuar ensinamentos às mães, necessitam ter acesso a conhecimentos técnicos disponíveis para orientá-los no sucesso da amamentação. A enfermeira é assim, o agente que facilita e promove o contato pele a pele para uma melhor abordagem na amamentação exclusiva.

Outros fatores contribuem para o sucesso destes dois indicadores, como referencia Chiou, Shu-ti (et al.), (2014), tais são a multiparidade na mulher e o alojamento conjunto o mais tempo possível favorecem o aleitamento materno exclusivo durante o internamento e nos primeiros 6 meses de vida do bebé.

Para Johnson (2013), a separação pós-parto tem resultados negativos no processo de vinculação mãe-filho. O autor refere que as mães que estabeleceram precocemente o contato pele a pele iniciaram a amamentação dentro das 2h após o parto e foram mais sensíveis às necessidades das crianças.

Os benefícios do contato pele-a-pele continuam para além da 1ª hora de vida do RN. Quanto mais longo e mais frequente for o contato pele a pele entre as mães e bebés, nas horas e dias após o nascimento, maior será o seu benefício. A relação mãe – filho inadequada resulta em consequências para a criança a longo prazo, afetando o desenvolvimento cognitivo e socio emocional, saúde física e relações pessoais da mesma.

Assim, destaca-se a importância do contacto pele a pele e Aleitamento Materno na prevenção de doenças no RN.

Todos os artigos (Apêndice F) enfatizam o papel central do enfermeiro, como agente que interliga a equipa multidisciplinar e que facilita o processo de amamentação, bem como a diminuição dos problemas na mesma, através do apoio prático na implementação do contato pele a pele, como é reforçado por Demirtas (2012).

Na pesquisa realizada observa-se as vantagens da formação dos enfermeiros direcionada para a promoção da amamentação bem como dos benefícios do contato pele a pele na primeira hora de vida.

Após a leitura de vários artigos, todos os autores concordam que são vários os benefícios do contacto pele-a-pele, assim para uma mais fácil leitura esquematizou-se da seguinte forma:



Figure 21 Diagrama de interpretação dos resultados da Revisão de Literatura

4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS

A pesquisa científica é a realização concreta de uma investigação planejada, desenvolvida e redigida de acordo com as normas da metodologia consagradas pela ciência (Ruiz, 1991). Permite definir a natureza do trabalho, o tipo de problema que foi ou será formulado e o material a ser recolhido.

Por sua vez tem que se definir objetivos que servem de linha condutora para o trabalho. A definição do objetivo é imprescindível para a realização de um trabalho científico, é o propósito para atingir uma meta, dando resposta aquilo que se quer pesquisar.

Os objetivos podem ser separados em Objetivos Gerais e Objetivos Específicos.

Trata-se de um estudo que objetiva a avaliação dos indicadores do projeto maternidade com qualidade, amamentação e contacto pele-a-pele. A prática do aleitamento materno exclusivo é uma recomendação universal.

O contacto pele-a-pele entre a mãe e o recém-nascido é fator de desenvolvimento para as figuras da díade. Em ambos os indicadores, o papel dos enfermeiros ao proporcionar e fomentar as condições, estimula o *bonding* em período sensível.

4.1.OBJETIVOS DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

O CHBM-EPE tem como missão assegurar os cuidados de saúde não só ao nível da prevenção, tratamento e reabilitação, garantindo a qualidade e a equidade aos cidadãos numa perspectiva de eficiência e melhoria contínua, mas também no âmbito da educação e promoção.

O SUOG, têm como missão assegurar cuidados de saúde diferenciados à grávida/puérpera/recém-nascido e à sua família, educando, promovendo, prevenindo, tratando e reabilitando. Garante, ainda, a qualidade e equidade numa perspectiva de excelência e melhoria contínua dos cuidados que são prestados.

Este projeto teve como objetivo geral melhorar os indicadores da relação precoce nas parturientes do CHBM-EPE.

Teve como objetivos específicos avaliar a frequência de contacto pele-a-pele e amamentação na 1ª hora de vida nas parturientes com parto vaginal, descrever as atitudes/conhecimento das atuais EESMO, bem como a perceção das parturientes sobre as práticas das EESMO

5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

A reflexão no âmbito do atual relatório é um ato individual, de profunda concentração, já que a motivação pessoal para o assunto, os benefícios para a cliente e para a instituição são elevados. De facto, passamos uma parte significativa da vida no local de trabalho, colhemos realização pessoal através da realização profissional. Além disso, numa perspetiva de alteridade face ao semelhante, o momento do nascimento é dos mais ricos e gratificantes. Acompanhar uma mulher em TP, presenciar o momento de encontro com o RN, trazendo conforto a ambos e promovendo a vinculação, constitui um privilégio no exercício como enfermeira.

5.1. FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

A seleção deste tema teve como base a área de prestação de cuidados onde exerço e o gosto pela mesma. A questão temporal para a concretização do projeto e toda a pesquisa necessária para a sua concretização foram fundamentais. A Enfermagem é “(...) *a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar Cuidados de Enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional, tão rapidamente quanto possível*” (REPE, artigo 4º, n.1).

Os cuidados de enfermagem determinados por uma interação entre enfermeiro e utente, com o estabelecimento de uma relação de ajuda, a promoção da saúde assume-se como um objetivo fundamental da prática de enfermagem (REPE, 1996).

Segundo Franco “*é necessário identificar as mulheres que querem e podem amamentar, aquelas que desejam, mas não podem, aquelas que não querem ou que ainda não tomaram uma decisão definitiva*” (2003, pp.13), por isso é imprescindível, que o enfermeiro reconheça cada caso para uma correta abordagem. Neste contexto importa conhecer as atitudes e expectativas da grávida, da família.

De igual modo intervenções educativas e de sensibilização para o AM deverão ser realizadas, devendo facultar informações sobre as prerrogativas do leite materno (Levy, 2002; Vieira, 2002). As grávidas deverão ainda ser elucidadas sobre a legislação vigente de proteção da maternidade e paternidade

Segundo Redman (2003, p.p.173), “existem algumas evidências de que as mulheres possuem deficits transitórios de função cognitiva no período pós-parto, especialmente no que se refere à função da memória e à atenção” consequência esta originada pelo stress do trabalho de parto e parto. Ensinos transcritos em formato papel, assistir a pequenos filmes que vão despertando para a importância do contato pele-a-pele e AM e esclarecimento de dúvidas sempre que a mulher o solicite. Numa tentativa de dar resposta ao que se propôs realizou-se intervenções que se consideraram pertinentes ou pelo menos vetores de promoção para o AM e o contacto pele-a-pele.

Estas intervenções só foram colocadas em prática após pedido formal ao conselho de administração do CHBM, EPE e sua aceitação pelo mesmo. O presente projeto foi apresentado *a posteriori* a equipa de enfermagem.

Aplicou-se uma ferramenta de trabalho que permitiu avaliar os conhecimentos das EESMO em AM e contacto pele-a-pele.

Planificação e realização de formação com o objetivo de apresentar os resultados obtidos dessa avaliação de conhecimentos.

Considerou-se pertinente dispor de estratégias no sentido de difundir / fortalecer a importância do AM e contacto pele-a-pele na 1ª hora de vida, desse modo divulgou-se o nosso projeto na intranet do CHBM-EPE, em julho deste ano.

Após a divulgação do projeto no site do CHBM (Anexo G), delineou-se estratégias no sentido de manter informadas as mulheres bem como manter a equipa motivada para estes indicadores.

Em primeiro lugar a realização de uma janela pop-up cuja exibição nos computadores de trabalho do SUOG, Obstetrícia e consultas de Obstetrícia estando previsto o seu início para final de setembro (Anexo H).

Tem como objetivo motivar a equipa e todo o pessoal que presta cuidados à mulher/RN, estando despertas para a importância do AM e do contato pele-a-pele.

Planeou-se ainda a realização de um filme com o título “Contacto pele-a-pele e amamentação na 1ª hora de vida” com a duração de 08m publicado no site do CHBM-EPE, para a realização deste em foi necessário a aprovação da enfermeira coordenadora e diretora de serviço e também o seu parecer sobre a apresentação e conteúdo do mesmo.

Apos reflexão e opinião também das responsáveis de serviço, avançou-se para a realização do mesmo não sendo exaustivo, de fácil percepção e chamativo para as puérperas e todo o pessoal hospitalar interessado na temática.

Decidiu-se em consenso com as chefias, que o mesmo seria visualizado na sala de espera do SUOG bem como possivelmente vir a ser visionado nas aulas de preparação para o parto. É acompanhado de pequenas frases, bem como a música de Louis Armstrong - What A Wonderful World (Anexo I).

5.2. METODOLOGIAS

As intervenções planeadas e executadas fazem parte do projeto e foram as responsáveis pela execução na prática do mesmo. Neste capítulo são expostas ao nível da reflexão, as intervenções propostas e realizadas.

5.2.1. Estratégias Pessoais de Desenvolvimento de Competências

Para o desenvolvimento de competências investiu-se em pesquisa bibliográfica avançada recorrendo a vários autores, a artigos científicos e internet.

Ao nível da formação profissional, frequentaram-se sessões sobre amamentação e colaborou-se na revisão dos parâmetros para nova auditoria ao HAB, tendo o mesmo sido reacreditado em agosto de 2016.

A motivação nesta área da amamentação é grande, pelo que a inscrição no curso de conselheira em AM é uma meta a breve prazo.

5.2.2. Recolha de dados sobre os conhecimentos em aleitamento materno dos EESMO

Na reflexão sobre um programa ou intervenção é útil documentar a evolução com provas reais. Foram então abordadas 30 parturientes. Os autores dos instrumentos estrangeiros foram contactados via e-mail, no sentido de solicitar autorização para utilização

de escalas/índices (i.e. Nahidi, Tavafian, Heidarzadeh & Hajizadeh, 2014; Creedy et al, 2008).

Todas as enfermeiras do Bloco de Partos foram convidadas a participar, respeitando-se as eventuais recusas que surgiram. O consentimento informado foi apresentado à data de preenchimento do instrumento. As parturientes foram abordadas num primeiro contacto, para convite à participação. Os critérios de seleção reportaram-se a saber ler e escrever em português, ter tido parto por via baixa sem ocorrência de situação de emergência para a mãe ou criança.

À data de preenchimento dos instrumentos, foi apresentado o consentimento informado conforme Apêndice D e E. A recolha de dados das parturientes ocorreu durante o seu puerpério imediato no SUOG. Os dados foram tratados através da aplicação IBM-SPSS® versão 20.

Os instrumentos de recolha de dados, ou de avaliação, dirigiram-se essencialmente a dois grupos e são dois questionários de autopreenchimento (i.e. para parturientes e para EESMO) e um ficheiro para registo de dados de arquivo (i.e. dados de registo das parturientes-clientes).

O instrumento de recolha de informação às parturientes foi constituído por 2 secções. Na primeira parte inscreveram-se os dados sociodemográficos, dados obstétricos, indicadores relativos ao contacto pele-a-pele e AM. Na segunda parte solicitou-se a opinião das parturientes sobre o contacto pele a pele e AM (i.e. Napoli, 2015).

Os questionários foram entregues e devolvidos pessoalmente às puérperas internadas no SUOG, cujo parto eutócico foi realizado por EESMO. Os questionários foram respondidos de forma anónima e codificados através da enumeração dos mesmos.

A aplicabilidade do questionário teve como finalidade obter quais os conhecimentos das puérperas sobre AM.

Os resultados obtidos foram importantes para o delinear de estratégias para a comprovação da melhoria dos indicadores do Projeto Maternidade com Qualidade a que me propus. Viabilizou-se o pedido de autorização para aplicação do questionário ao Presidente do Conselho de Administração do CHBM-EPE.

Para a aplicação do mesmo procedeu-se ao pedido de autorização ao autor para a sua aplicação e a posterior colocou-se em prática.

Aplicou-se um questionário que abrangeu 30 puérperas num leque de 327 mulheres que pariram no SUOG no tempo compreendido entre janeiro e julho de 2016.

No texto foram apresentados os resultados considerados mais pertinentes. Do questionário apresentado constavam 2 secções com várias variáveis cada uma:

No 1º solicitava-se a experiência da mulher na 1ª hora de vida do RN, segundo a versão Napoli 2015.

Na secção seguinte eram aspetos sociodemográficos bem como o apoio esperado pela instituição, na continuidade na amamentação.

Na avaliação das necessidades do Grupo – alvo das beneficiárias dos cuidados, foi aplicado um questionário no período de abril a julho. A amostra foi constituída por 30 puérperas com idades compreendidas entre os 18 e os 42 anos e a média de idades igual a 36,26 anos e a moda de 28 e 30 anos. Quanto à constituição do agregado familiar, metade da amostra vive com o marido/companheiro e filhos, 40% só vive com o marido/companheiro e apenas 3,3% habita sem o marido/companheiro.

Das puérperas 43,3% eram primíparas, aquando da participação no estudo. Relativamente ao estado civil 36,7% destas puérperas é casada, 33,3% vive em regime de união de facto, 23,3% é solteiro e apenas uma minoria é divorciada/separada (3,31%).

A maior parte das puérperas (46,7%) apresenta como habilitações académicas o 12º ano de escolaridade e a maior parte (66,7%) tem emprego.

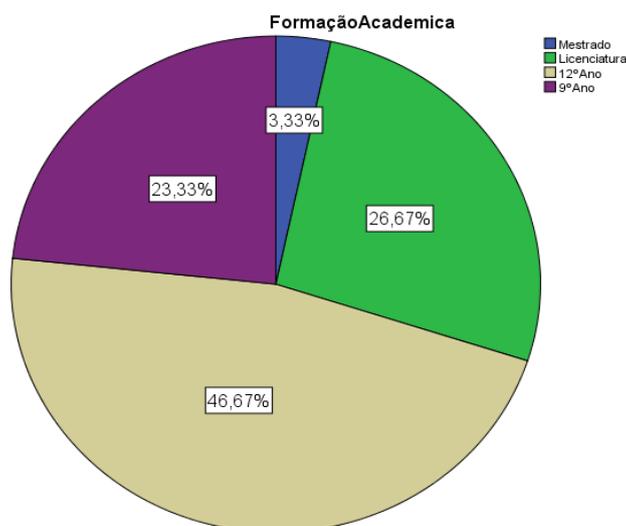


Figure 22 Formação académica das puérperas (%)

No regresso à sua ocupação laboral, após a licença de maternidade, a totalidade (70%) espera ter apoio da instituição empregadora para poder continuar a amamentar. Nos restantes 30% não se aplica a questão pois são domésticas (figura23).

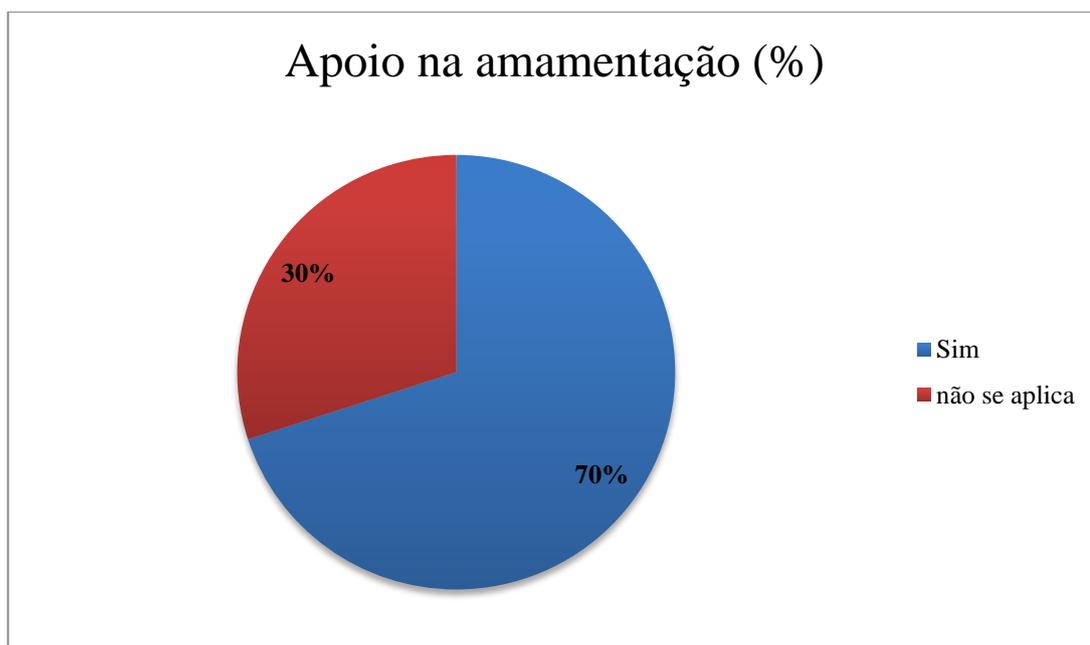


Figure 23 - Previsão das puérperas quanto ao apoio ao AM no regresso ao trabalho (%)

5.2.3. Formação aos EESMO

As ações de formação realizadas foram programadas tendo como objetivo, dar conhecimento do projeto a realizar e outra tendo em vista a apresentação dos resultados obtidos dos questionários realizados às EESMO.

Na primeira formação delineou-se um plano de ação com os objetivos gerais e específicos traçados para a realização do projeto, bem como a metodologia usada para a concretização do mesmo. A atividade encontra-se detalhadamente apresentada (Apêndice L) através de power point.

Esta ação decorreu no dia 11/04/2016, com a participação de EESMO dos serviços de obstetrícia e SUOG. No final da sessão foi aplicado um questionário de avaliação da formação, tendo em conta a apresentação, o conteúdo e as estratégias utilizadas, bem como o

seu contributo para a prática. Segundo o Relatório da Formação a classificação obtida na avaliação aos presentes foi totalmente satisfatório.

A segunda formação, foi a apresentação dos resultados dos questionários às EESMO foi realizada na semana de 19 a 25 junho em vários momentos formativos, muitos deles aproveitando as passagens de turnos, uma vez que este era um período de férias e era difícil a realização de uma formação planeada como a anterior com quórum. Apêndice M.

5.2.4. Contributo para o Serviço

A intranet do CHBM, EPE revelou-se uma via elementar para a divulgação do projeto, em que a sua finalidade é ser acessível a todos os profissionais de saúde. O Gabinete de marketing e imagem foi essencial no concretizar desta atividade. A informação foi facultada para a referida repartição, onde foi processada de modo a ser disponibilizada na intranet e no site do CHBM permitindo assim acesso a um maior número de mulheres e pessoas interessadas na temática.

5.3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACIONADAS

Para a implementação deste projeto tornou-se necessário esquematizar as diferentes fases do percurso do mesmo, para isso foi necessário proceder à sua preparação, através de reuniões com superiores hierárquicos para obter autorização para a implementação do mesmo, através de reuniões presenciais e via email com a orientadora do trabalho, e por último através de pesquisa bibliográfica acerca do tema em questão.

No que concerne à implementação do projeto, o mesmo foi aplicado, através de instrumentos de recolha de dados às puérperas e aos enfermeiros envolvidos no estudo.

Por último, mas não menos importante, procedeu-se ao tratamento dos dados obtidos com o auxílio do programa informático SPSS, e posteriormente à sua interpretação.

5.4. RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS

Para a concretização do projeto e presente relatório utilizou os seguintes recursos:

Livros, revistas, computador, impressora, Data-show, material de escritório diverso e Bases de dados.

Como recursos humanos recorreremos à coordenadora e equipa de Enfermagem do SUOG, Centro de Formação do CHBM, EPE, Conselho de administração do CHBM, EPE, Serviço de Informática e gabinete de Comunicação e Imagem.

5.5. CONTATOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS

No decorrer da concretização do projeto foram efetuados vários contatos para materialização das atividades propostas. Estabeleceu-se contato o Presidente do Conselho de Administração do CHBM, EPE, o Diretor de Enfermagem, o Diretor do SUOG e a Enfermeira Coordenadora, no sentido de dar conhecimento do projeto. Importante também referenciar o apoio dado pelo Gabinete de Comunicação e Imagem bem como o serviço de informática da instituição.

5.6. ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL

Foi nossa responsabilidade todo o custo de material em suporte papel para leitura; exemplares de questionários em formato papel para os profissionais e pesquisa nas bases de dados online bem como o material e custos necessários para a realização do filme.

5.7. CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA

O Cronograma inicialmente proposto no projeto não foi exequível no tempo pretendido por motivos burocráticos e alguns de ordem pessoal.

CRONOGRAMA - Tarefas	Ano 2016								
	Jan	Fev	Mar	Apr	May	Jun	Jul	Aug	Sep
Desenho do projeto;	x	X							
Solicitação de permissões		x							
Entrega Projeto			x						
Diagnóstico de situação				x					
Formação em serviço						x			
Preparar instrumentos de recolha de dados e aplicar				x	x	x			
Inserir e tratar dados						x	x	x	
Redação do Relatório Final (entrega ✕)								x	X✕
Pesquisa Bibliográfica		x	x	x	x	x	x	x	x

Figure 24 - Cronograma das tarefas

6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

De Ketele (1993) referencia que a avaliação é um processo de verificação de objetivos previamente definidos. Segundo este autor, é no próprio processo de ensino-aprendizagem que surge a avaliação, funcionando como um mecanismo que verifica se os objetivos pretendidos são atingidos.

6.1. AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS

Os objetivos formulados foram alcançados, não na sua totalidade por questões de tempo na operacionalização dos mesmos. No entanto a nível de aprendizagem adquiriram-se novas formas de conhecimento através do estudo e da pesquisa, novas aprendizagens que são necessárias para o percurso profissional. Procurar clareza científica é cada vez mais premente na nossa profissão, dado que a expectativa dos utilizadores de serviços de saúde é cada vez mais alta.

Este estudo objetivou a avaliação dos indicadores de medida e evidência-amamentação na 1ª hora de vida/contacto pele a pele entre a díade- preconizados pelo projeto Maternidade com Qualidade, da Ordem dos Enfermeiros Portugueses.

Conforme consta do cronograma, foi nosso arbítrio conseguir atingi-los da melhor forma possível, deste modo:

- ✓ Elaboração de janela pop-up, com a finalidade de manter presente aos profissionais da área de saúde materna, o contacto pele-a-pele e amamentação na 1ª hora de vida (Apêndice H)
- ✓ Planeamento e execução de um filme de 8m, para exibição na sala de espera do SUOG (Apêndice I)
- ✓ Formação em serviço, para divulgar os objetivos do projeto e para divulgação dos resultados dos questionários efetuados às EESMO

6.2. AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA

A realização e implementação do Projeto Relação precoce mãe-filho. Revisão dos Indicadores Pós-parto do Projeto Maternidade com Qualidade no CHBM-EPE, contribuiu de forma positiva para a renovação da certificação deste hospital como Hospital Amigo dos Bebés que ocorreu em julho do presente ano.

Foi uma mais-valia a realização deste projeto pois reforçou a implementação da 4ª e 5ª medida da IHAB, toda a equipa de Enfermagem através de momentos de formação, troca de experiências, opiniões sobre a aplicabilidade das mesmas o que permite uma melhoria dos cuidados prestados, o suporte de informação através da visualização da janela pop-up também ajudou a estar presente estes dois indicadores de uma forma mais consistente.

Na avaliação da implementação do projeto profissional, através da análise da evolução das taxas de promoção do contacto pele-a-pele entre a díade e a amamentação na 1ª hora de vida do RN, foi possível verificar uma melhoria efetiva nestas práticas, pelo que esta intervenção se revelou como positiva para as mães e RNs (Figura 25).

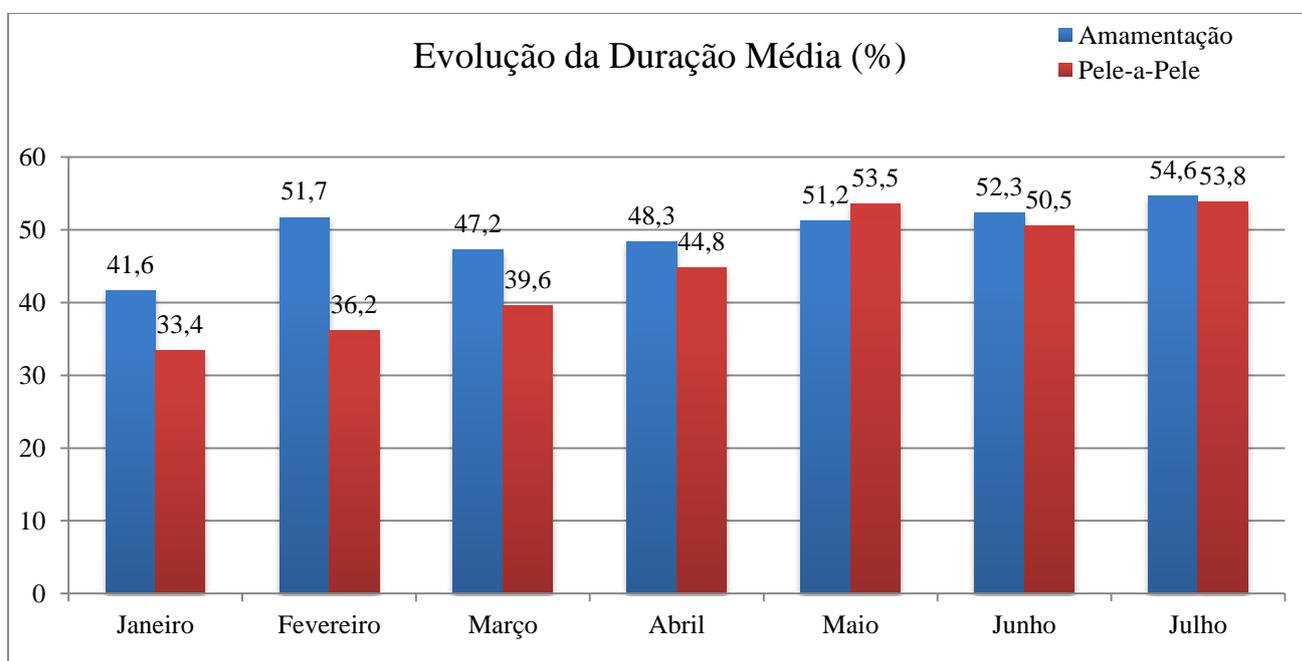


Figure 25 - Evolução da duração média da amamentação e do contacto pele-a-pele de Janeiro a Junho 2016

Em suma, os enfermeiros são os principais promotores do aleitamento materno, visto serem os profissionais que estabelecem o primeiro contacto com o recém-nascido após o nascimento, e que da melhor forma têm a possibilidade de inculcar essa prática tão saudável na díade mãe-filho.

6.3. DESCRIÇÃO DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO INTERMÉDIA E MEDIDAS CORRETIVAS INTRODUZIDAS

Este projeto teve início com uma reunião na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, na qual foi facultada a documentação necessária para orientar o desenvolvimento do mesmo. *A posteriori* foi atribuída uma docente a cada mestranda com a finalidade de orientar o trabalho a ser desenvolvido, sendo necessário medidas corretivas na elaboração do projeto, quer a nível estrutural quer de medidas ou estratégias aplicar.

Para a implementação deste projeto considero que consistiu numa melhoria na curva da minha aprendizagem. Ao longo do caminho percorrido diversos obstáculos foram encontrados, esforcei-me para os superar da melhor forma e contei sempre com a orientação pedagógica, quer através de reuniões presenciais, assim como através de contacto por email, mostrando sempre a sua disponibilidade.

7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS

Realizando uma retrospectiva acerca de todo este projeto de aprendizagem, considero que foi um longo processo, no qual mobilizei e adquiri novas competências, não só no âmbito académico, mas também no desenvolvimento pessoal/profissional, que me levaram a refletir acerca de toda esta etapa de formação. O relatório surge assim como um instrumento reflexivo acerca dos resultados obtidos através deste estudo, sobre as práticas de enfermagem, que conduziram à melhoria dos indicadores contacto pele a pele e amamentação na primeira hora de vida.

Para a implementação deste projeto considero que consistiu numa melhoria na curva da minha aprendizagem. Ao longo do caminho percorrido diversos obstáculos foram encontrados, sendo que me esforcei para os superar da melhor forma e contei sempre com a orientação pedagógica, quer através de reuniões presenciais, assim como através de contacto por email, mostrando sempre a sua disponibilidade.

Enquanto EESMO posso afirmar que todo este processo de formação contribuiu para que eu e toda a equipa de enfermagem do SUOG do CHBM, desenvolvêssemos competências que se encontram preconizadas no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Nomeadamente a que se refere aos cuidados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, relativa à promoção da saúde da mulher e recém-nascido no mesmo período, através da avaliação, conceção, planeamento, implementação e avaliação de intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Estas intervenções consistiram na promoção do contacto pele a pele e início da amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido.

Deste modo, pode assim aferir-se sobre o leque de desenvolvimento de competências em diferentes âmbitos, através da elaboração do presente trabalho:

- ✓ Competências relativas à Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés;
- ✓ Competências inerentes ao Projeto Maternidade com Qualidade do CHBM;
- ✓ Competências de comunicação e reflexão através de momentos de partilha entre a equipa ao longo da prestação dos cuidados e durante a preleção em ações de formação e momentos formativos;

- ✓ Competências sobre os aspetos teóricos e teórico-práticos na medida da necessária consulta a autores
- ✓ Competências referentes a metodologias de investigação e tratamento de dados quantitativos no programa estatístico SPSS versão 20.
- ✓ Competências relativas a utilização de plataforma gratuita de registo de dados
- ✓ Competências relativas à consulta organizada e sistematizada de informação científica em bases de dados
- ✓ Competências gerais sócio laborais de trabalho em equipa para uma meta comum

8. CONCLUSÃO

As práticas humanizadas de atenção ao recém-nascido, como o contato pele a pele e a amamentação na primeira hora de vida, são de simples execução e proporcionam benefícios baseados em evidências científicas tanto ao RN quanto à mãe. O AM iniciado na primeira hora de vida contribui para a redução da mortalidade neonatal, o que vai ao encontro do quarto e ao quinto Objetivos do Milênio propostos pela Organização das Nações Unidas em 2000.

As vantagens do AM são ilimitadas e encontram-se devidamente relatadas e alicerçadas em vários registos bibliográficos. A OMS e a UNICEF (1993) recomendam o AM exclusivo, desde o nascimento até aos 6 meses de idade e até aos 2 anos de vida, como complemento de outros alimentos. A amamentação não é inteiramente instintiva, dependendo em grande parte da obtenção de competências e do incitamento à mesma, torna-se necessário que esse incitamento seja instituído precocemente, ou seja, logo após o parto. Deste modo, o contacto pele a pele entre a mãe e o RN passou a ser o nosso foco de atenção, visto que, segundo Newman (2005), esse contacto encontra-se diretamente relacionado com a iniciação do AM na 1ª meia hora de vida e com o sucesso e manutenção da amamentação como modo de alimentação exclusiva do bebé.

Este projeto foi importante para a aquisição e desenvolvimento de competências profissionais, em prol da promoção da saúde e relacionamento afetivo entre a díade.

Deste modo, através deste projeto e da aplicação dos instrumentos de colheita de dados foi possível concluir que a equipa de EESMO precisa de continuar a investir na sua formação de forma a incentivar e cimentar competências sobre AM.

No que concerne aos objetivos pode-se afirmar que estes foram atingidos, uma vez que foi possível: avaliar a frequência de contacto pele-a-pele e amamentação na 1ª hora de vida nas parturientes com parto vaginal; descrever as atitudes das atuais EESMO relativamente ao contacto pele-a-pele e amamentação na 1ª hora de vida e descrever a perceção das parturientes sobre as práticas das EESMO relativamente a estes dois indicadores.

Considero que a abordagem deste tema foi bastante pertinente na medida em que toda a equipa de enfermagem ficou mais sensibilizada para cumprir com as medidas preconizadas (contacto pele a pele e amamentação na 1ª hora de vida). Penso que um longo caminho se deve percorrer, pois foi nossa elação do estudo feito que, apesar, da prática contacto pele a pele, estar instituída no SUOG, este contacto nem sempre tem a duração desejada/preconizada, o que também impulsionou o desenvolvimento do presente projeto.

A proteção, promoção e suporte ao AM são uma prioridade para a saúde pública em toda a Europa (DGS, 2011) e tendo em linha de conta que a amamentação constitui um dos focos do Core de Indicadores de Enfermagem do Resumo Mínimo de Dados para o Repositório Central de Dados de Saúde (OE, 2007), enquanto profissional de saúde e fazendo parte de uma equipa que participa na prática clínica, no que concerne ao contacto pele a pele e amamentação na 1ª hora de vida e sendo minha motivação a humanização dos cuidados à puérpera, RN e família, tornou-se pertinente a realização deste projeto.

Ao longo deste projeto fui verificando a importância do contacto pele a pele e consequente adaptação do bebé à mama na 1ª hora de vida, essencialmente no favorecimento do sucesso do AM exclusivo, daí ser de enorme importância, os EESMO utilizarmos esta prática de modo sistemático durante a nossa prática de cuidados.

9. REFERÊNCIAS

- Anderson, G. C., Moore, E., Hepworth, J., & Bergman, N. (2003). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Birth*, 30 (3), 206-207. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12804473>.
- Australian Breastfeeding Association. (2012). *Attachment to the breast*. Retrieved from <https://www.breastfeeding.asn.au/bfinfo/attachment-breast>.
- Brazelton, B. (2004). *A Criança e a Alimentação: O método Brazelton* (2. ed.). Lisboa: Editorial Presença. ISBN:9789722332583.
- Center for disease Control and Prevention. Diseases and Conditions. Acedido em 15/09/2015, disponível em: <http://www.cdc.gov/breastfeeding/disease/>.
- Chiou, S.-T., Chen, L.-C., Yeh, H., Wu, S.-R., & Chien, L.-Y. (2014). Early Skin-to-skin Contact, Rooming-in, and Breastfeeding: A Comparison of the 2004 and 2011 National Surveys in Taiwan. *Birth*, 41(1): 33-38. Acedido em 19/04/2016, disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=89f8655b-ad3a-419b-b16e-a404255efd63%40sessionmgr106&vid=0&hid=128&preview=false>.
- Creedy, D., Cantrill, R., & Cooke, M. (2008). Assessing midwives' breastfeeding Knowledge: Properties of the Newborn Feeding Ability questionnaire and Breastfeeding Initiation Practices scale. *International Breastfeeding Journal*, 3(1), 7. Disponível em: <https://internationalbreastfeedingjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1746-4358-3-7>.
- Curso de conselheiros em aleitamento materno. Acedido em 15/09/2016, disponível em: <http://amamentos.pt/pt/ms/ms/aleitamento-materno-1600-660-lisboa/ms-90070761-p-8/>.
- Colman, A., & Colman, L. (1994). *Gravidez - A Experiência Psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.
- Corbett, R. W. (2008). Gravidez de risco: Problemas gestacionais. In D. L. Lowdermilk & S. E. Perry (Org.). *Enfermagem na Maternidade* (7. ed., pp. 753-807). Loures: Lusodidacta.
- Couto, G. (2003). *Preparação para o parto: representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma área rural*. Loures: Lusociência.

- Dashti, M., Scott, J. A., Edwards, C. A., & Al-Sughayer, M. (2010). Determinants of breastfeeding initiation among mothers in Kuwait. *International Breastfeeding Journal*, 5, 7-15. doi:10.1186/1746-4358-5-7.
- Decreto-Lei nº 280/2009 de 6 de outubro do Conselho de Ministros, 193 C.F.R. (2009).
- Demirtas, B. (2012). Breastfeeding support received by Turkish first-time mothers. *International Nursing Review*, 59(3), 338-344. Acedido em 19/04/2016, disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=8fa8120e-d06d-4d53-9b23-b53989a08749%40sessionmgr105&vid=0&hid=128&preview=false>.
- Despacho nº 20729/08 de 7 de agosto da Ministra da Saúde, 152 C.F.R. (2008).
- Despacho n.º 5344-A/2016 - Diário da República n.º 76/2016, 1º Suplemento, Série II de 19 de abril. Disponível em: <http://www2.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/acompanhamento+cesarianas.htm#sthash.Hv828GHr.dpuf>.
- De Ketele, J.M. (1993). L'Évaluation Conjuguée en Paradigmes. *Revue Française de Pédagogie*, 103 (1), 59-80. Disponível em: http://www.persee.fr/doc/rfp_0556-7807_1993_num_103_1_1298.
- Direcção-Geral da Saúde (2004). Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2004 2010: mais saúde para todos. Lisboa. Vol. I – Prioridades e Vol. II – Orientações estratégicas. 216 p. Disponível em: [www. Dgsaude.min-saude.pt](http://www.Dgsaude.min-saude.pt).
- Duarte, E., Santo, C., Couto, M., Andrade, V., Matos, R., & Santos, E. (2013). Estratégias Utilizadas por Enfermeiros na Promoção do Aleitamento Materno no Puerpério Imediato. (Portuguese). *Revista Cuidarte*, 4(1), 523-530. Disponível em: <http://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/13/18>.
- EU. (2008). EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action (revised 2008). Disponível em: <http://www.aeped.es/sites/default/files/6-newblueprintprinter.pdf>.
- Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Franco, J. J. (2003). Orientação antecipada para a amamentação. *Revista Sinais Vitais*. (47), 57-59.
- Franco, J. J. (2003). Preparação pré-natal para a amamentação. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, (4), 13-15.

- Galvão, D. (2011). Formação em aleitamento materno e suas repercussões na prática clínica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(2) 308-314. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a14v64n2.pdf>
- Gilbert, E., & Harmon, J. (2002). *Manual Prático de Gravidez e Parto de Alto Risco* (2. ed. ed.). Rio de Janeiro: Revinter, Lda.
- Gonzaléz, C. (2004). *Manual prático do aleitamento materno*. São Paulo: Editoratimo.
- Haxton, D., Doering, J., Gingras, L., & Kelly, L. (2012). Implementing Skin-to-skin Contact at Birth Using the Iowa Model: Applying Evidence to Practice. *Nursing for Women's Health*, 16(3), 220-229. Acedido em 19/04/2016, disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=037a1122-23d2-4a80-9f34-ae7f40f4bb98%40sessionmgr4005&vid=0&hid=4204&preview=false>.
- ICN. (2002). Definition of Nursing. Acedido em 14/09/2016, disponível em: <http://www.icn.ch/who-we-are/icn-definition-of-nursing/>.
- International Confederation of Midwives. (2014). *Position Statement: keeping birth normal*. Acedido em 19/09/2016, disponível em: http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Position%20Statements%20%20English/Reviewed%20PS%20in%202014/PS2008_007%20V2014%20Keeping%20Birth%20Normal%20ENG.pdf; a 19 setembro de 2016.
- INE. (2015). Nados-vivos (Nº) por local de residência da mãe (NUTS-2013), sexo, local de parto da mãe, assistência médica e escalão de peso à nascença. Acedido em 20/02/2016, disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008090&contexto=bd&selTab=tab2.
- Johnson, K. (2013). Maternal-Infant Bonding: A Review of Literature. *International Journal of Childbirth Education*, 28(3), 17. Acedido em 19/04/2016, disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=49120941-4408-4c29-b2d1-70dcb42a3d61%40sessionmgr106&vid=0&hid=128&preview=false>.
- Levy, L., & Bértolo, H. (2002). *Manual de aleitamento materno*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.
- Lowdermilk, D. L., Perry, S., & Bobak, I. M. (2002). *O cuidado em Enfermagem Materna* (5. ed.). Porto Alegre: ArtMed.
- Khalatbari, J., Ghasemabadi, E., & Khalatbari, S. (2013). Effect of early skin-to-skin contact of mother and newborn on mother's satisfaction. *Life Science Journal*. 10(3s), 423-

425. Disponível em:
http://www.lifesciencesite.com/ljsj/life1003s/064_15720life1003s_423_425.pdf.
- King, F. S. (2001). *Como ajudar as mães a amamentar* (4. Ed.). Brasília: Ministério da Saúde. Acedido em 30/07/2016, disponível em:
http://www.sbp.com.br/src/uploads/2012/12/cd03_13.pdf.
- Mannel, P., Martens, P. J., & M. Walter. (2011). *Core Curriculum for Lactation Consultant Practice*, (3. ed.). Acedido em 29/07/2016, disponível em:
https://books.google.pt/books?id=8lrnu1fm2WUC&pg=PA814&lpg=PA814&dq=Mannel+Martens+e+walter+2011&source=bl&ots=nueDIIZ-x3&sig=SrF1fxnUWMUoWkmY6ugI7kQ9ozQ&hl=pt-PT&sa=X&ved=0ahUKEwid9PSWi_3OAhVGOhQKHd6oBJwQ6AEIJTAA#v=onepage&q=Mannel%20Martens%20e%20walter%202011&f=false.
- Manual de Aleitamento 2012. Disponível em:
https://www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento_2012.pdf)
- Manual de aleitamento 2012. Disponível em:
 extension://oemmndcblldboiebfnladdacbfmadadm/https://www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento_2012.pdf, a 15 setembro 2016
- Minert, G. (2014). Your key to improving breastfeeding outcomes. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 43(Supl. 1), S1-S102. doi: 10.1111/1552-6909.12356
- Monteiro, I. (2009). Editorial. Boletim informativo do Hospital de Nossa Senhora do Rosário, EPE-Barreiro, 26, 1.
- Moore, E. R., Anderson, G. C., Bergman, N., & Dowswell, T. (2012). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*, 5, CD003519. doi:10.1002/14651858.CD003519.pub3.
- Nahidi E., Tavafian S. A. S., Heidarzadeh M., & Hajizadeh, E. (2014). Views of Iranian midwives about immediate mother newborn skin-to-skin contact at birth. *Today Science Journal of Humanity*, 1(1), 30-36. Disponível em:
<http://www.tsjournals.com/Article/2013/1/Views%20of%20Iranian%20midwives%20about%20immediate%20mother-newborn%20skin-to-skin%20contact%20at%20birth.pdf>.
- Nahidi, F., Tavafian, S. S., Haidarzade, M., & Hajizadeh, E. (2014). Opinions of the Midwives about Enabling Factors of Skin-To-Skin Contact Immediately after Birth:

- A Descriptive Study. *Journal of Family and Reproductive Health*, 8(3), 107-112.
Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4275551/>.
- Napoli, R. A. (2015). Perceived Barriers to Skin to Skin Care from Maternal and Nurse Perspectives. Doctoral Projects. Paper 13.
- Newman, J. (2005). The Importance of Skin to Skin Contact. Acedido em 18/06/2016, disponível em: <http://www.pregnancy.org/article/importance-skin-skin-contact>
- Norris-Grant, D. M., & Jagers, C. E. (2014). A Multidisciplinary Approach to Improving Skin-to-skin Contact Immediately After Birth. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 43(Supl.1), S29. Acedido em 19/04/2016, disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=43351361-8ab3-42b8-9597-cb6ead648bce%40sessionmgr4004&vid=0&hid=4204&preview=false>
- Nunes, N. C. R. (2003). *A formação continuada do professor do ensino superior: um compromisso institucional*. Dissertação de Mestrado. Piracicaba: Universidade Metodista de Piracicaba. Faculdade de Educação.
- Nunes, L. (2003). *Um olhar sobre o ombro: Enfermagem em Portugal (1881-1998)*. Loures: Lusociência;
- OMS/UNICEF. (1989). Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno – o papel especial dos serviços materno infantis. Acedido em 12/08/2016, disponível em: <http://www.ibfan.org.br/documentos/outras/doc-715.pdf>; a 12 agosto de 2016
- OMS. *Breastfeeding. 10 facts on breastfeeding*. Acedido em 15/09/2016, disponível em: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/facts/en/>
- OMS/UNICEF. (1991). Baby-friendly Hospital Initiative. Acedido em 12/08/2016, disponível em: <http://www.who.int/nutrition/topics/bfhi/en/>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/rmde_indicadores-vfout2007.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). Projeto Maternidade com Qualidade. Resultados das candidaturas. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Paginas/ResultadoProjetoMaternidadecomQualidade.aspx>
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). O contacto pele-a-pele na sala de partos. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigo%20%>

200%20Contacto%20Precoce%20Pele%20a%20Pele%20na%20Sala%20de%20Partos%20abril2014%20-%20C%3%B3pia.pdf.

Pereira, E., Pereira, E., Silva, L. & Cavalcante, M. (2007). Apoio à amamentação no puerpério imediato. *Rev Instituto Ciência Saúde*, 25(3), 221-228. Disponível em: http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2007/03_jul_set/V25_N3_2007_p221-228.pdf.

Proteção Legal ao Aleitamento Materno, legislação. Acedido em 15/09/2016, disponível em <http://www.leitematerno.org/direitos.htm>.

Puig, G., & Sguassero, Y. (2007). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. The WHO Reproductive Health Library [Emlinha]. Geneva. Acedido em 17/10/2015, disponível em: <http://apps.who.int/rhl/newborn/gpcom/en/index.html>>. 6p.

Redman, B. Klug. (2003). *A prática da educação para a saúde* (9. ed.). Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-39-8.

Registo do aleitamento materno. Relatório de julho de 2010 a junho de 2011. Acedido em 14/08/2016, disponível em: http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=0ahUK Ewjmvaybjv3OAhXEvhQKHazHB6AQFgg0MAM&url=http%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2F;documentos-e-publicacoes%2Frelatorio-do-registo-do-aleitamento-materno-julho-de-2010-a-junho-2011-jpg.aspx&usg=AFQjCNEsYj_DcOuBoMgixofRDOjYng5nzc.

Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de abril. Acedido em 14/09/2016, disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/membros/Documents/Legisla%C3%A7%C3%A3o/REPE.pdf>.

Rodrigues, A. A., Camelo, E. M. C., Freitas, M. C. de., & Macedo, A. R. M. (2007). Aplicação do Processo de Enfermagem: estudo de caso com uma puérpera. *Revista Brasileira em Enfermagem*, 60(3), 344-347. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019611019>.

Ruiz, J. A. (1991). *Metodologia científica: guia para a eficiência de estudos* (3.ed.). São Paulo: Atlas.

- Santos, E. K. A. (2005). Aleitamento materno. In: Schmitz, E. M. R. A enfermagem em pediatria e puericultura (pp. 25-28). São Paulo: Atheneu.
- Santos, C. M. T., Almeida, G. O., & Souza, T. S. (2009). Depressão pós-parto: Revisão da Literatura. *Psicologia em foco*, Aracaju, Faculdade Pio Décimo, 3(2), 1-13. Disponível em: http://linux.alfamaweb.com.br/sgw/downloads/161_014747_Formatado1-Depressaopos-parto.pdf.
- Sarafana, S., Abecasis, F., Tavares, A., Soares, I., & Gomes, A. Aleitamento Materno: evolução na última década. (2006). *Acta Pediátrica Portuguesa*, 1(37), 9-14. Acedido em 15/09/2016, disponível em: http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/7/20080424155711_APP_Vol_37_N1_OR_Aleitamento_Materno.pdf.
- Sarmento, R., & Setúbal, M. (2003). Abordagem psicológica em Obstetrícia. Aspectos Emocionais da Gravidez, Parto e Puerpério. *Revista Ciências Médicas*, Campinas, 12(3), 261-268. Disponível em: <http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/viewFile/1260/1235>.
- Simkin, P., & Ancheta, R. (2011). *The Labor Progress Handbook: Early Interventions to Prevent and Treat Dystocia*. London: Wiley-Blackwell.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e sua Obra* (5. ed.). Loures : Lusociência.
- Tuckman, B. (2000). *Manual de Investigação em Educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Vieira, L. B. (2002). Pré e pós-natal. In Marcus, R. C., & Raquel, N. T. Amamentação: Bases científicas para a prática profissional (pp-106-114). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.
- WHO. (1996). *Care in normal birth: a practical guide*. Geneve: Department of Reproductive Health & Research. World Health Organization. Disponível em: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_frh_msm_9624/en/.
- WHO. (2015). *Breastfeeding*. Disponível em: http://www.unicef.org/nutrition/index_24824.html.
- WHO. (2010, January). Breast is always best, even for HIV-positive mothers. *Bulletin of the World Health Organization*, 88(1), 1-80. Acedido em 15/09/2016, disponível em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/1/10-030110/en/>.

Zanardo, V., & Straface, G. (2015). The higher temperature in the areola supports the natural progression of the birth to breastfeeding continuum. *Plos One*, *10*(3): e0118774-e0118774. doi: 10.1371/journal.pone.0118774.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Pedido de autorização ao Conselho de Administração do CHBM-EPE para aplicação do projeto

Curado
25/1/2016

Luiza Luz
Enfermeira Diretora

A Comissão de Ética
para os devidos efeitos

Luiza Luz

Exmo. Sr. Presidente, do Conselho de Administração

do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE.

Elsa Mariana Ferreira Guerra, enfermeira detentora do título de Enfermeira Especialista com o Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, a exercer funções no Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG) desta organização hospitalar, vem por este meio solicitar à vossa excelência anuência à implementação do Projeto "Contato pele a Pele – Melhorar o Tempo de Permanência do Recém-Nascido junto da mãe(tempo de contato pele a pele igual ou superior a 1 hora)", desenvolvido na sequência da realização do Mestrado Profissional em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Universidade de Évora/Escola Superior de Enfermagem São João de Deus.

O presente projeto associa-se aos subprojetos, os quais estão integrados no Projeto Maternidade com Qualidade, preconizado pela Ordem dos Enfermeiros, e implementado no SUOG do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE (CHBM, EPE), desde Janeiro de 2014. No âmbito da Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem pretende-se melhorar o indicador de evidência relativo à taxa de adesão no contato pele a pele na primeira hora de vida do Recém-nascido o que contribuirá a melhoria na qualidade dos cuidados a prestar às puérperas/recém-nascidos e para a sua satisfação.

Atenciosamente.

COMISSÃO DE ÉTICA	
Nada a opor	
Data	3/3/2016

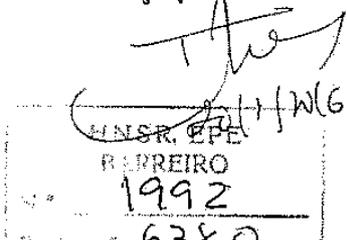
Pede Deferimento

Barreiro, 19 de Janeiro de 2016

Nada a opor
A Directora do
Serviço de
Ginecologia/Obstetrícia

Elsa Mariana Ferreira Guerra

(Elsa Mariana Ferreira Guerra)



Nada a opor
É de todo o interesse para o serviço a
aplicação do projeto, tendo benefícios
para a população.
E f. com função de chefe

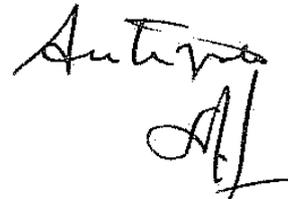
APÊNDICE B

Autorização da Comissão de Ética para aplicação do projeto do CHBM-EPE

Apresentado em reunião
do Conselho de Administração
CHBM, E.P.E.

de 11 03/2016

ACTA Nº 11



João Silveira Filbeiro
Presidente do Conselho de Administração

Memorando // Nota interna n.º: 12/2016

Data: 04 / 03 / 2016

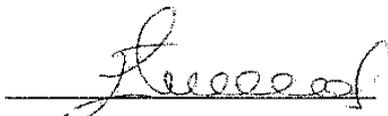
De: Comissão de Ética para a Saúde

Para: Exma. Sra. Enf. Luísa Luz – Conselho de Administração

Assunto: Pedido de autorização para recolha de dados

A 03/04/2016 reuniu a Comissão de Ética do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E. que apreciou um pedido de autorização para realização de projecto de investigação no âmbito de um trabalho académico intitulado “Contato pele a pele – melhorar o tempo de permanência do recém-nascido junto da mãe (tempo de contato pele a pele igual ou superior a uma hora)” a desenvolver no Hospital de Nossa Senhora do Rosário no Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica por Elsa Mariana Ferreira Guerra, enfermeira especialista neste Centro Hospitalar e aluna de Mestrado Profissional em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Universidade de Évora / Escola Superior de Enfermagem São João de Deus. Face aos documentos apresentados a Comissão de Ética deliberou nada ter a opor à realização deste trabalho científico.

Com os melhores cumprimentos,



(Elvira Camacho, Dr.ª)

(Presidente da CES)

ENTRADA

Conselho de Administração

APÊNDICE C

Questionário das EESMO – Aplicado através do Lime Survey

D3. Pode encontrar instintivamente o mamilo sem ajuda e faz corretamente a pega à mama					
D4. Orienta-se para o mamilo através do seu sentido de cheiro					

Qual a sua opinião relativamente aos benefícios do contacto pele-a-pele contínuo mãe e recém-nascido (RN)	1. Discordo Totalmente	2. Discordo	3. Não tenho a certeza	4. Concordo	5. Concordo Totalmente
D5. O contacto pele-a-pele é importante para a estabilização da respiração do RN					
D6. O ritmo cardíaco do RN é estabilizado pelo contacto pele-a-pele					
D7. O contacto pele-a-pele é importante para prevenção da perda de calor em bebés RN					
D8. Os níveis de açúcar sanguíneo do RN são estabilizados através do contacto pele-a-pele					
D9. O contacto pele-a-pele ajuda o fluxo do colostro após o parto					
D10. O contacto contínuo pele-a-pele imediatamente após o parto é importante para o desempenho do RN na amamentação					
D11. A mãe tem mais propensão para ser calorosa e aceitar o seu bebé tal como é, se o contacto pele-a-pele ocorrer imediatamente após o parto					
D12. As horas de contacto contínuo pele-a-pele podem ajudar o RN a aprender a alimentar-se					

Para saber se o recém-nascido (RN) está a obter colostro no 1º episódio de amamentação, é importante que:

	1. Discordo Totalmente	2. Discordo	3. Não tenho a certeza	4. Concordo	5. Concordo Totalmente
Para saber se o recém-nascido (RN) está a obter colostro no 1º episódio de amamentação, é importante que:					
D13. As Especialistas/Enfermeiras/Parteiras possam ouvir o bebé a deglutir o colostro					
D14. As Especialistas/Enfermeiras/Parteiras possam ver o bebé deglutir					

	1. Discordo Totalmente	2. Discordo	3. Não tenho a certeza	4. Concordo	5. Concordo Totalmente
Qual a sua opinião relativamente às seguintes afirmações					
D15. Ao nascimento, a separação do RN da mãe pode causar <i>stress</i> prejudicial ao bebé					
D16. O trauma do nascimento pode interferir com a coordenação adequada dos naturais reflexos de sucção da criança					
D17. Interromper o contacto pele-a-pele dentro dos 15-20 minutos depois do parto perturba gravemente os reflexos de sucção para fazer uma pega correta					

D*18.Imediatamente após o parto não há tempo para fazer o contacto pele-a-pele contínuo até que chegue o 1º episódio de amamentação					
D*19.É prioritário embrulhar o bebé para prevenir a perda de calor do que o contacto pele-a-pele para iniciar os comportamentos de alimentação					
D*20.O tempo necessário no contato pele-a-pele para o aleitamento interfere no preenchimento do processo clínico					
D*21.A maioria das mães deseja ser arranjada/limpa imediatamente depois do parto em vez de pegar no seu bebé					

Secção 3: O questionário seguinte apresenta o cenário de uma mulher que vai amamentar pela 1ª vez. Solicita-se a sua resposta sobre as suas práticas/cuidados na assistência a essa mulher. Assinale X na sua opinião ou escreva no espaço _____ destinado (versão de Creedy et al, 2008)

Cenário:

Cristina tem 20 anos, é primípara e tem 38 semanas. A gravidez decorreu bem, fez Preparação para o Nascimento/Parto e planeia amamentar. Trabalho de parto de 10h, com administração de petidina 3 horas antes da expulsão. Teve um parto espontâneo em apresentação cefálica, com recém-nascido do sexo feminino com APGAR 8-9, peso 3320 gr, sem necessidade de cuidados especiais. Períneo intacto. Cristina concordou com a administração de Vit K e vacina contra Hepatite B.

1. Qual a possibilidade do bebé fazer a pega correta, sem assistência e dentro da 1ª hora de nascimento

1	2	3	4	5
O mais improvável	Improvável	Provável	Bastante provável	Altamente provável

Não tendo sido necessário nenhum cuidado/intervenção especial ao bebé de Cristina, no seu papel como Enfermeira iria

	Nunca	Ocasional	Algumas vezes	Grande parte das vezes	Sempre
2.Realizar a aspiração rotineira do bebé antes de o dar a Cristina	1	2	3	4	5
3.Ajudar a Cristina a colocar o bebé em contacto pele a pele com a sua pele nua	1	2	3	4	5
4. Secar o bebé e enrolá-lo antes de o dar aos pais	1	2	3	4	5
5. Colocar o bebé em contacto pele a pele com o peito da Cristina e cobrir com um pano aquecido	1	2	3	4	5
6.Colocar o bebé debaixo de uma fonte de calor para avaliação, pesar e arranjar antes da 1ª tentativa de mamada	1	2	3	4	5
7. Encorajar a Cristina e acompanhante a observar os sinais de prontidão do bebé para se alimentar	1	2	3	4	5
8.Outros (o que poderia fazer mais?)	<hr/> <hr/>				

Para assistir Cristina no 1º episódio de amamentação, no seu papel como Enfermeira seria

	Nunca	Ocasional	Algumas vezes	Grande parte das vezes	Sempre
9. Colocar e direcionar o bebé para mamar, fazendo-o no lugar da Cristina	1	2	3	4	5
10. Ensinar Cristina como posicionar e adaptar o bebé à mama para otimizar a amamentação	1	2	3	4	5
11. Encorajar Cristina a deixar passar tempo para permitir que o bebé por si mesmo com um mínimo de ajuda apresente a habilidade natural para mamar	1	2	3	4	5
12. Perguntar a Cristina o que ela gostaria de fazer e explicar a habilidade natural dos bebés para mamar	1	2	3	4	5
13. Esperar até que Cristina tome banho e seja capaz de se sentar confortavelmente antes de oferecer assistência	1	2	3	4	5
14. Outros (o que poderia fazer mais?) _____					

Secção 4: Intervenções de Enfermagem com a díade no SUOG do CHBM, EPE.

Considerando as intervenções que garantem a promoção da amamentação e contato pele-a-pele responda às questões que se encontram no quadro abaixo, assinalando com X o seu caso

	Nunca	Raro	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
A1. Valida com a parturiente o desejo de amamentar.	1	2	3	4	5
A2. Valida com a parturiente o desejo de contato pele-a-pele na 1ª hora de vida	1	2	3	4	5
A3. Entrega material informativo à parturiente sobre os benefícios da amamentação e do contato pele-a-pele	1	2	3	4	5

Secção 5: Causas que dificultam as estratégias para a promoção da amamentação e contato pele-a-pele na 1ª hora de vida

De acordo com a sua experiência e prática de cuidados, que razões dificultam a amamentação na 1ª hora de vida no SUOG do CHBM-EPE.

	Não	Sim	Não sei
1. Recusa da parturiente	0	1	2
2. Falta/Fraco conhecimentos da parturiente	0	1	2
3. Resistência da equipa de enfermagem	0	1	2
4. Falta de recursos humanos (supervisão da parturiente pela EESMO).	0	1	2

De acordo com a sua experiência e prática de cuidados, que razões dificultam o contato pele-a-pele na 1ª hora de vida no SUOG do CHBM, EPE.

	Não	Sim	Não sei
1. Recusa da parturiente	0	1	2
2. Falta/Fraco conhecimentos da parturiente	0	1	2
3. Resistência da equipa de enfermagem	0	1	2
4. Falta de recursos humanos (supervisão da parturiente pela EESMO).	0	1	2

Muito obrigada pela disponibilidade no preenchimento deste questionário.

APÊNDICE D
Consentimento Informado das EESMO

Questionário aos Enfermeiros

CONSENTIMENTO INFORMADO

Ao assinar este documento, dou o meu consentimento para participar no estudo a realizar pela Elsa Mariana Ferreira Guerra, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de São João Deus, Universidade Évora subordinado ao tema “Relação precoce mãe-filho. Avaliação dos Indicadores pós-parto do projeto Maternidade com Qualidade – Amamentação e contato pele-a-pele na 1ª hora de vida Centro Hospital Barreiro Montijo EPE.”

Compreendo que este questionário fará parte de um trabalho de Investigação, com os objetivos de:

- Identificar a opinião dos enfermeiros sobre a atuação existente no serviço para com as puérperas na promoção da amamentação e contato pele-a-pele na 1ª hora de vida;
- Identificar qual a opinião dos enfermeiros sobre estratégias para melhoria dos indicadores;

Estou informada sobre os objetivos do estudo e:

- 1 - As minhas respostas não serão reveladas a ninguém;
- 2 - Nenhuma informação deste estudo jamais me identificará de forma alguma;
- 4- Não receberei nenhum benefício direto como resultado da minha participação;
- 5 - Os resultados da investigação ser-me-ão proporcionados, se os solicitar, e caso tenha alguma pergunta acerca do estudo, devo contactar a investigadora pelos contactos:

Elsa Guerra – Tlm: 919700821 Email: emfguerra@gmail.com

Responderei livremente às questões. Fui informada/o que esta participação é totalmente voluntária.

Data: __/__/____

Assinatura do Enfermeiro

Assinatura da investigadora

APÊNDICE E
Consentimento Informado das parturientes

Consentimento Informado, Esclarecido e Livre para Participação no Estudo

Título do Estudo: Relação precoce mãe-filho. Revisão do projeto Maternidade com Qualidade no CHBM-EPE

Objetivo:

- Obter a opinião das senhoras sobre as práticas de promoção da amamentação e contato pele-a-pele na 1ª hora de vida;

Apresento-me como Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, que na qualidade de estudante do Mestrado na Universidade de Évora se encontra a realizar o estudo acima referido. Para tal, peço o seu contributo como utente da Maternidade deste hospital, respondendo a um questionário.

O questionário leva aproximadamente 15 minutos a preencher. O estudo não tem benefícios diretos para a senhora, mas pode influenciar a melhoria dos cuidados no nosso hospital/instituição; também não tem riscos para a senhora e a intenção é recolher as suas opiniões e experiências. A decisão de participar é sua. Considere-se livre para aceitar ou rejeitar este convite. Em qualquer momento pode interromper a participação se não deseja continuar.

Neste estudo asseguro-lhe que:

- 1 - A confidencialidade dos dados é garantida pois todos os questionários são guardados por mim.
- 2 – Jamais este estudo a identificará de forma alguma;
- 4- Os resultados da investigação estão ao seu dispor e serão publicitados.

Caso tenha alguma dúvida pode contactar-me pelo telemóvel 919700821, ou pelo e-mail:

emfguerra@gmail.com

O estudo teve parecer positivo da Comissão de Ética da Universidade de Évora e é orientado por professora da Universidade de Évora. Este consentimento é assinado por mim em duplicado, ficando em minha posse um exemplar.

Muito obrigada pela sua participação

Li este consentimento e concordo em participar

Li, expliquei e assegurei-me que a senhora compreendeu

Data ____/____/____

Data ____/____/____

Rubrica da Senhora Participante

Elsa Mariana Guerra (RN)

APÊNDICE F
Questionário das parturientes

Por favor responda a este questionário no qual pedimos que nos conte a sua experiência logo na primeira 1ª hora de vida do seu bebé (versão Napoli,2015)

Pensando na 1ª hora de vida do seu filho(a)

	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1.Passei bastante tempo com o meu bebé em contacto pele-a-pele	1	2	3	4
2.Existem benefícios no contato pele-a-pele	1	2	3	4
3.As enfermeiras do hospital incentivaram-me a fazer contato pele-a-pele	1	2	3	4
4.Sinto que estar em contato pele-a-pele com o meu bebe ajudou-me a amamentar	1	2	3	4
5.Sinto-me mais próxima do meu bebe quando estamos pele com pele	1	2	3	4
6.As enfermeiras do hospital ensinaram-me sobre contato pele-a-pele	1	2	3	4
7.Ter visitas no quarto foi um problema para fazer contato pele-a-pele com o meu filho	1	2	3	4
8.Sentir sono ou estar adormecida foi um problema para estar em contato pele-a-pele com o meu filho	1	2	3	4
9.Não sabia que o contato pele-a-pele era importante, por isso não fiz contato pele-a-pele	1	2	3	4
10.Sentia-me triste e foi um problema fazer contato pele-a-pele	1	2	3	4
11.O pessoal do hospital entrava e saia do meu quarto, este foi um problema ao fazer contato pele-a-pele	1	2	3	4
12.Estar pele com pele não é conveniente, por isso não o fiz	1	2	3	4
13.Não quis estar pele com pele porque o bebe estava sujo	1	2	3	4
14.O bebe não estava limpo, isso fez-me não querer estar pele com pele	1	2	3	4
15.Não quis participar no contacto pele com pele	1	2	3	4
Outra razão porque não quis participar?				

	0.Não	1.Sim
Deseja ter mais informações sobre o contato pele-a-pele?		
Deseja ter mais informações sobre amamentar o seu bebe?		
Se tem outros filhos... Amamentou os outros filhos		
SE tem outros filhos....Fez contato pele-a-pele nos outros filios na 1ªhora de vida		

Por favor responda às questões colocadas escrevendo ou assinalando com **X**

1.Idade _____ anos	3.Formação académica	4.Se está empregada
	1.Doutoramento	Onde trabalha _____
	2.Mestrado	
2.Está empregada	3.Licenciatura	5.No regresso ao trabalho espera apoio da instituição para continuar a amamentar
1.Sim <input type="checkbox"/>	4.12º Ano	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
2.Não <input type="checkbox"/>	5.9º Ano	

8.Estado Civil

- 1.Solteira
- 2.União de Facto
- 3.Casada
- 4.Divorciada/Separada
- 5.Viuva

9.Agregado Familiar

- 1.Só com o marido/companheiro
- 2.Sem o marido/companheiro
- 3.Com o marido/companheiro e filhos (s)
- 4.Outro. Qual _____
- 10.Se tem filhos, quantos

Muito obrigada pela disponibilidade no preenchimento deste questionário.

APÊNDICE G
Quadro da revisão literária

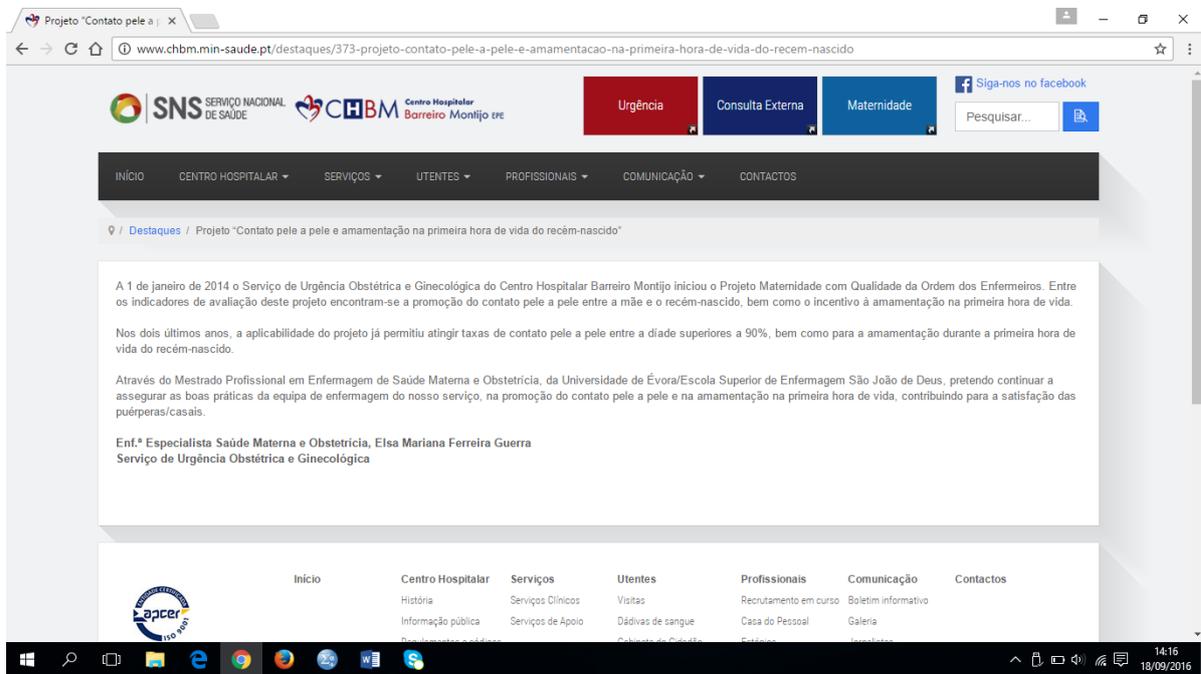
Artigo	Autores	Tipo de estudo	Desenho, Objetivo do estudo	Participantes	Método, Intervenções	Resultados
Ano	País	Nível de evidência				
E1						
<i>Your key to improving breastfeeding outcomes</i> (2014)	Gina L. Minert,BSN, RNC,IBCLC Colorado	Relatório de Perito Nível VI	Partilha sobre as melhores práticas referentes á amamentação com outras unidades hospitalares de forma a encorajar e promover a amamentação exclusiva	Enfermeiras	Na integração das novas enfermeiras no serviço são integradas com as conselheiras de amamentação bem como formação, visualização de vídeos e aquisição de praticas do <i>Colorado Can Do 5</i>	Durante 2 anos com a aplicabilidade das praticas adotadas a % da amamentação exclusiva aumentou de 34% para 85,7%
E2						
<i>Increasing initiation and exclusivity of breastfeeding in the hospitalized,po stpartum dyad</i> (2015)	Candace L.Rouse,RNC, MSNCNS-BC Baltimore	Estudo Experimental Nível II	Implementação da amamentação exclusiva no hospital, no período pós-parto da diade através dum modulo educacional para as enfermeiras. O objetivo deste estudo é a mensurabilidade dos benefícios da amamentação exclusiva baseada na <i>Joint Comission Perinatal Core Measures and Healthy People 2020</i>	Todas as mulheres no pós-parto imediato e enfermeiras prestadoras de cuidados na referida unidade	Com as metas de amamentação traçadas,faz-se uma avaliação das mudanças necessárias para a sua implementação. As intervenções são as técnicas do contato pele a pele e não utilização do suplemento de leite adaptado	Demonstrou-se a existência dum aumento da taxa da amamentação na 1ª hora de vida de 55,4% para 62,3% bem como o aumento da taxa do aleitamento materno, sem recurso ao suplemento, de 63,1% para 70,78%
E3						
<i>Implementing skin-to-skin contacta t birth using the iowa model</i> (212)	Haston, D., Doering,J. Gingras,L. Iowa-Califórnia	Relatório de perito Nível VI	Relatório de perito sobre os benefícios do contacto pele a pele entre mãe e filho Descrever os passos para implementação duma pratica baseada na evidência usando Modelo de <i>Evidence-Based Practice to Promote Quality Care</i> Descrever os desafios e ganhos em saúde observados nesta unidade após implementação do contacto pele a pele precocemente	Mulheres no pós-parto imediato e recém-nascidos	Relatório após observação, sobre os benefícios do contato pele a pele o mais precoce possível, verificação dos vários passos necessários para a mudança das praticas de enfermagem e observação de resultados	O contacto pele a pele pode ser implementado na rotina dos cuidados ao recém-nascido e é uma pratica recomendada para a promoção do bem estar mãe-filho e a qualidade dos cuidados de enfermagem

<p>E4</p> <p><i>Determinantsof sucess ful breastfeeding initiation in healthy term singletons: a swiss university hospital observational study</i></p> <p>(2013)</p>	<p>Gubler,T <i>et al</i></p> <p>Swiss</p>	<p>Estudo não experimental</p> <p>Nível IV</p>	<p>Descrever os objetivos e benefícios da amamentação identificando as causas determinantes para o seu sucesso</p>	<p>n=1893 mulheres internadas no puerpério imediato no Swiss University Hospital no período de tempo 1/2008 a 3/2009</p>	<p>Descrever um estudo retrospectivo em mulheres com gravidez de termo e implementação da amamentação o mais precoce possível no puerpério imediato</p>	<p>Constatou-se que a multiparidade está associada ao maior nº de mulheres em aleitamento materno exclusivo na altura da alta. Assim como há diminuição do uso de suplemento de leite artificial e diminuição do uso de copo e de biberão No entanto verificou-se um aumento do uso de chupeta Em mulheres obesas é menos frequente a amamentação exclusiva</p>
<p>E5</p> <p><i>A multidisciplinary approach to improving skin-to- skin contact imediately after birth</i></p> <p>(014)</p>	<p>Norris-Grant,Donna M. Jagers,Carol E.</p> <p>EUA</p>	<p>Relatório de perito</p> <p>Nível VI</p>	<p>Descrever a necessidade de formação/educação da equipa multidisciplinar visando a necessidade de mudanças complexas para o aumento da taxa de contacto pele a pele baseado nos critérios do <i>Baby Friendly</i></p>	<p>Enfermeiras prestadoras de cuidados no serviço de maternidade do Hospital Christiana Care Heath System</p>	<p>Formação de uma equipa multidisciplinar, com pediatras, especialistas em amamentação entre outros Realização de formação em serviço Elaboração de guidelines sobre o contacto pele a pele Identificação das barreiras e desafios que impedem o contacto pele a pele Inclusão de outros profissionais na equipa como, anestesistas, envolvimento da comunidade, administração hospitalar visando a mudança de comportamentos</p>	<p>Conclui-se que o sucesso do contacto pele a pele depende da cooperação e flexibilidade de toda a equipa multidisciplinar, envolvida nos cuidados prestados á mãe e recém-nascido. A taxa do Contacto pele a pele aumentou de forma considerável num curto espaço de tempo e as mães e enfermeiras demonstraram satisfação por este facto.</p>

<p>E6</p> <p><i>Early skin-to-skin contact, rooming-in, and breastfeeding; A comparison of 2004 and 2011 National surveys in Taiwan</i></p> <p>(2014)</p>	<p>Chiou,Shu-ti. <i>et al</i></p> <p>Taiwan</p>	<p>Estudo experimental com grupo aleatório</p> <p>Nível I</p>	<p>Desrever o progresso da prática do contacto pele a pele o mais precoce possível e sua associação com o aleitamento materno em mulheres no pós-parto imediato nos anos 2004 e 2011</p>	<p>n=12201 (2004)</p> <p>n=12405 (2011)</p> <p>Mulheres no pós-parto imediato</p>	<p>Estudo analítico realizado, com um questionário estruturado, através de uma entrevista telefónica. A seleção das mulheres foi obtida através do registo de nascimentos do <i>Bureau of population statistics of de Taiwan department of health</i></p>	<p>As mulheres foram mães mais tarde em 2011 do que em 2004 e apresentavam um nível educacional mais elevado em primíparas respetivamente. Aumento do nº de mulheres com contacto pele a pele em 2011 do que em 2004 (54,9% vs 20,6%) A taxa de alojamento conjunto tem % maior em 2011 Aumento significativo de mulheres a amamentar em 2011. Concluiu-se que as mulheres que realizaram contacto pele a pele na 1ª hora de vida e alojamento conjunto durante mais tempo, aumentou a taxa de aleitamento materno exclusivo durante o internamento e os primeiros 6 meses de vida do bebe</p>
<p>E7</p> <p><i>Maternal-Infant bonding: A review of literature</i></p> <p>(2013)</p>	<p>Johnson,Kaila</p> <p>EUA</p>	<p>Revisão de literatura com estudos descritivos qualitativos</p> <p>Nível V</p>	<p>Estudo sobre a qualidade da relação materno-infantil a a sua influência sobre ela. Estabelecer ligações entre os laços emocionais através do contacto pele a pele</p>	<p>Sem participantes</p>	<p>Revisão sistemática da literatura com consulta e analise de vários artigos</p>	<p>A separação pós-parto tem resultados negativos no processo de vinculação mãe-filho. As mães analisadas e que estabeleceram precocemente o contato pele a pele iniciaram a amamentação</p>

						dentro das 2h após o parto e foram mais sensíveis às necessidades das crianças. A relação mãe – filho inadequada resulta em consequências para a criança a longo prazo, afetando o desenvolvimento cognitivo e socio emocional, saúde física e relações pessoais da mesma.
E8						
<i>Breastfeeding support received by Turkish first-time mothers</i> (2012)	Demirtas,B. Turkey	Estudo exploratório descritivo (não experimental) Nível IV	Identificar o suporte emocional prático e informativo que as mães receberam das enfermeiras no pós-parto imediato	n=250 mulheres no pós-parto, destas 23 recusaram participar pelo que n=192 (89%)	Estudo sobre mulheres com parto eutócico sem complicações, RN com peso ≥ 2500gr e em alojamento conjunto	As mães pensam que informação fornecida é adequada (41%) e colocaram em prática as indicações dadas. O suporte informativo prático e emocional fornecido pelas enfermeiras fez a diferença na diminuição dos problemas da amamentação. O apoio prático pode ser melhorado através da implementação efetiva do contacto pele a pele. 9,9% dos RN fizeram LA por vontade materna e por indicação médica.

APÊNDICE H
Divulgação do projeto no site do CHBM-EPE



<http://www.chbm.min-saude.pt/destaques/373-projeto-contato-pele-a-pele-e-amamentacao-na-primeira-hora-de-vida-do-recem-nascido>

APÊNDICE I
Janela pop-up

Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica



CONTACTO PELE A PELE E AMAMENTAÇÃO NA 1ª HORA DE VIDA

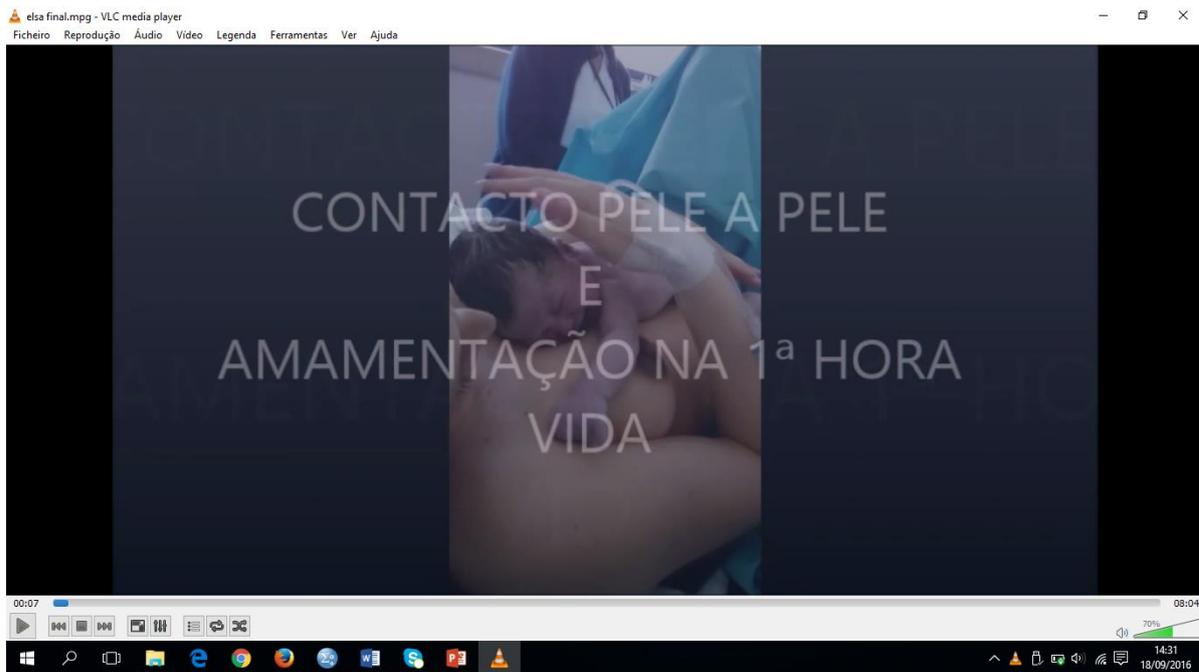
HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS
BLOCO DE PARTOS

Fonte: imagem: Sessão fotográfica realizada dia 18/05/2016 com consentimento informado da puérpera

Mestranda: Elio Guerra
Orientadora Pedagógica: Prof. Dr.ª Margarida Sim Sim

APÊNDICE J

Filme alusivo ao AM e contacto pele-a-pele



elsa final.mpg - VLC media player

Ficheiro Reprodução Áudio Video Legenda Ferramentas Ver Ajuda



Mantém o bebê aquecido pela transmissão de calor da mãe

03:30 08:04

70%

14:34 18/09/2016

APÊNDICE K

Formação de apresentação do projeto á equipa

***Relação precoce mãe-filho. Revisão do
projeto Maternidade com Qualidade no
CHBM-EPE***

Objetivos:

Objetivo Geral:

- ✓ Melhorar os indicadores da relação precoce nas parturientes do CHBM-EPE

✓ **Objetivos Específicos:**

- 1) Avaliar a frequência de contacto pele-a-pele e amamentação na 1ª hora de vida nas parturientes com parto vaginal

2) Descrever as atitudes das atuais EESMO relativamente ao contacto pele-a-pele e amamentação na 1ª hora de vida

3) Descrever o conhecimento das atuais EESMO relativamente ao contacto pele-a-pele e amamentação na 1ª hora de vida

4) Descrever a percepção das parturientes sobre as práticas das EESMO relativamente ao contacto pele-a-pele e amamentação na 1ª hora de vida

Procedimentos metodológicos:

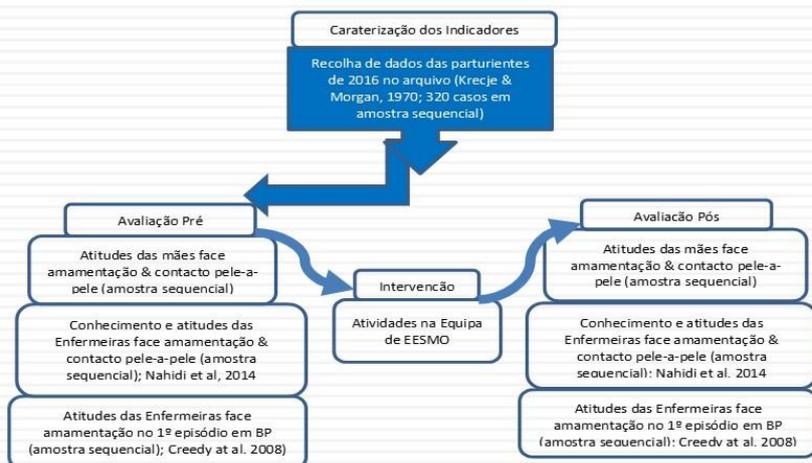
- Estudo descritivo, transversal, quantitativo.
- Solicitado à instituição hospitalar parecer sobre o interesse do estudo atual, sendo a resposta positiva.
- O projeto submetido à Comissão de Ética do CHBM-EPE.
- Os autores dos instrumentos estrangeiros foram contactados via e-mail, no sentido de solicitar autorização para utilização de escalas/índices (i.e. Nahidi, Tavafian, Heidarzadeh & Hajizadeh, 2014; Creedy et al, 2008; outros).

Instrumentos de avaliação:

- Os instrumentos de recolha de dados dirigem-se essencialmente a dois grupos e são dois questionários de autopreenchimento (i.e. para parturientes e para EESMO)

DIAGRAMA DO ESTUDO

Diagrama do Estudo



CRONOGRAMA

CRONOGRAMA - Tarefas	Ano 2016								
	Jan	Fev	Mar	Apr	May	Jun	Jul	Aug	Sep
Desenho do projeto;	x	X							
Solicitação de permissões		x							
Entrega Projeto			x						
Diagnóstico de situação				x					
Formação em serviço						x			
Preparar instrumentos de recolha de dados e Aplicar				x	x	x			
Inserir e tratar dados						x	x	x	
Redação do Relatório Final (entrega X)								x	XX
Pesquisa Bibliográfica		x	x	x	x	x	x	x	x

Estudos prévios em que se baseia investigação

- Anderson, G. C., Moore, E., Hepworth, J., & Bergman, N. (2003). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Birth*, 30(3), 206-207.
- Australian Breastfeeding Association. (2012). Attachment to the breast. Retrieved from <https://www.breastfeeding.asn.au/bfinfo/attachment-breast>

- EU. (2008). EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action (revised 2008) Retrieved from

<http://www.aeped.es/sites/default/files/6newblueprintprimer.pdf>

- 
- INE. (2015). Nados-vivos (Nº) por local de residência da mãe (NUTS-2013), sexo, local de parto da mãe, assistência médica e escalão de peso à nascença. Retrieved 20/Fev/2016, from Instituto Nacional de Estatística
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008090&contexto=bd&selTab=tab2

APÊNDICE L

Formação de apresentação dos dados dos questionários das EESMO

Relação precoce mãe-filho. Revisão do projeto
Maternidade com Qualidade no CHBM-EPE

Estudante: Elsa Guerra (RN 211)
Orientadora: Margarida Sim-Sim (RN 34070; PhD)

Considerações teóricas

- A OMS e a UNICEF (1993) recomendam o Aleitamento Materno (AM) exclusivo desde o nascimento até aos 6 meses de idade, e até aos 2 anos de vida como complemento de outros alimentos.

Considerações teóricas

MATERNIDADE COM QUALIDADE

- CHBM-EPE aderiu desde 2012 ao Projeto Maternidade com Qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2012), implementando algumas medidas :
 - 1) contacto pele-a-pele e
 - 2) Amamentação na 1ª hora de vida.

Objetivos

• PROJETO GLOBAL

Objetivo Geral:

Melhorar os indicadores da relação precoce nas parturientes do CHBM-EPE

Objetivos Específicos:

- 1) Avaliar a frequência de contacto pele-a-pele e amamentação na 1ª hora de vida nas parturientes com parto vaginal

Objetivos

2) Descrever as atitudes das atuais EESMO relativamente ao contacto pele-a-pele e amamentação na 1ª hora de vida

3) Descrever o conhecimento das atuais EESMO relativamente ao contacto pele-a-pele e amamentação na 1ª hora de vida

Questionário em Plataforma Lime Survey

Relação Precise no Bloco de Partos

0% 100%

A1 Sociodemográficos
A1-Sociodemográficos

A0. Data de preenchimento

A1. Qual a sua Idade
este campo só é possível introduzir números.

A2. Instituição principal onde exerce a profissão

A3. Serviço onde exerce a profissão

A4. Sexo
 Feminino Masculino

A5. Exerce a sua atividade

Cuidar no Nascimento

Relação Precise no Bloco de Partos

0% 100%

B Conhecimentos ComprRN
B-Conhecimentos sobre as competências do RN para alimentar-se

A resposta a esta pergunta é obrigatória. Por favor, complete todas as partes.

1. Um bebé normal de termo nasce com reflexo indutivo capaz de mamar eficazmente

1. Discordo totalmente	2. Discordo	3. Não tenho a certeza	4. Concordo	5. Concordo totalmente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Considere a situação de um bebé saudável (que não está sedado por medicamentos) mantido em contacto contínuo com a mãe imediatamente após o nascimento. Qual a sua opinião relativamente às afirmações seguintes.

A resposta a esta pergunta é obrigatória. Por favor, complete todas as partes.

2. O bebé desenvolverá comportamentos

1. Discordo totalmente	2. Discordo	3. Não tenho a certeza	4. Concordo	5. Concordo totalmente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

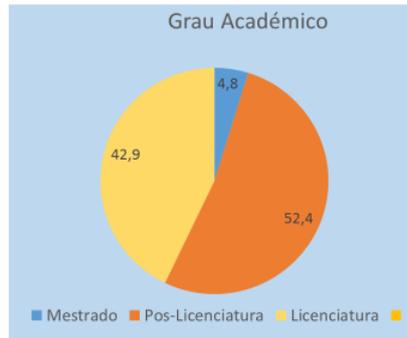
Dados Sociodemográficos das Participantes

- Participaram 21 Enfermeiras do BP do CHBM
- Média de idades = 44.3 (DP=9.20)
- Amplitude 28-57 anos
- Todas do sexo feminino

- A maioria tem 2 filhos (n=11; 55%)

Filhos		
	n	%
0	2	10,0
1	6	30,0
2	11	55,0
3	1	5,0
Total	20	100,0

Dados da Carreira Profissional



- Em média são enfermeiras há 17,81 anos (DP=6.90), variando entre 7 e 25 anos
- Como especialistas SMO exercem em média desde há 11.38 anos, variando entre 3 e 25 anos

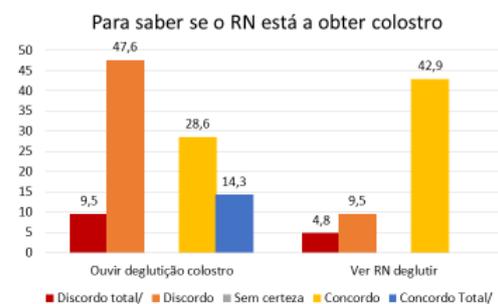
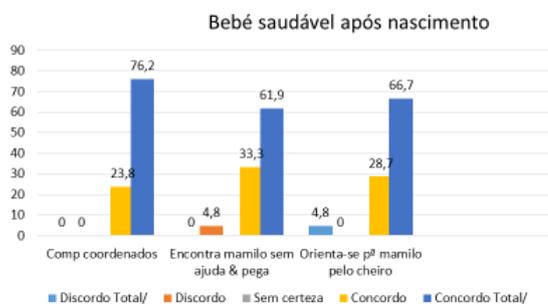
Dados da Carreira Profissional

Formação de Curta Duração		
	Não	Sim
Aleitamento Materno	3	18
Mutilação Genital	13	8
Cuidados Perinatais	13	8
Preparação p ^a Parto	7	14
Violência	13	8
Contraceção Emergência	19	2
Urgências Obstétricas	11	10

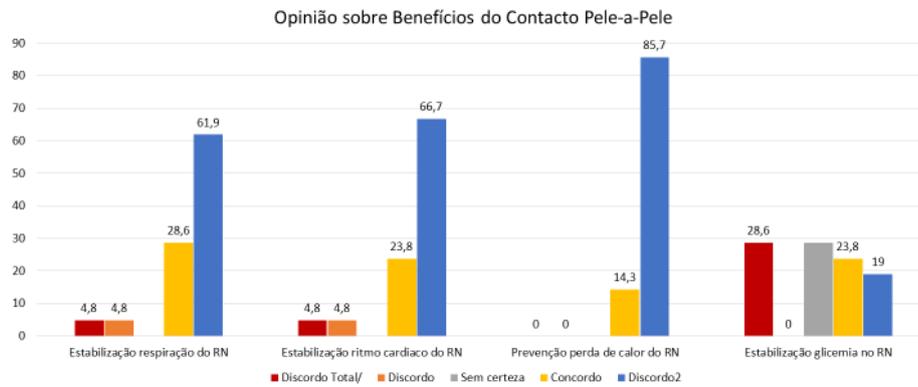
Vinculo à Instituição		
	n	%
Quadro da Instituição	15	71.4
Contrato individual	6	28.6

Resultados do Questionário (Creedy, Cantrill & Cooke, 2008)

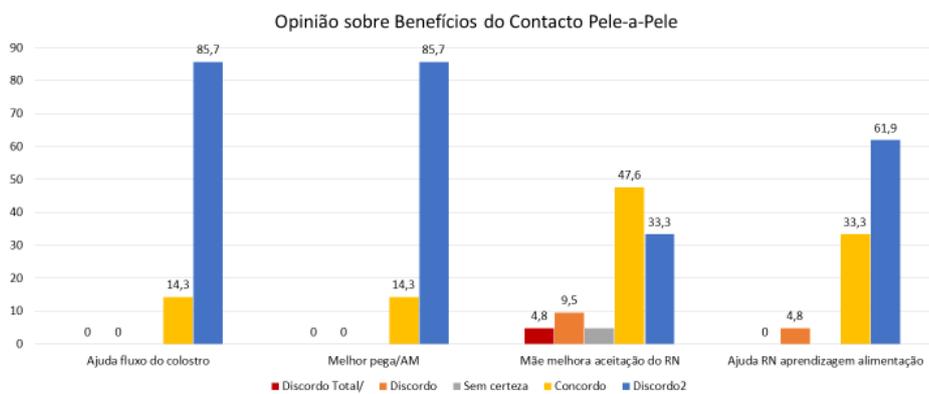
	Discordo Totalmente	Discordo	Não tenho a certeza	Concordo	Concordo Totalmente
O bebé normal de termo nasce com reflexo instintivo capaz de mamar eficazmente	0	0	0	33,3	66,7



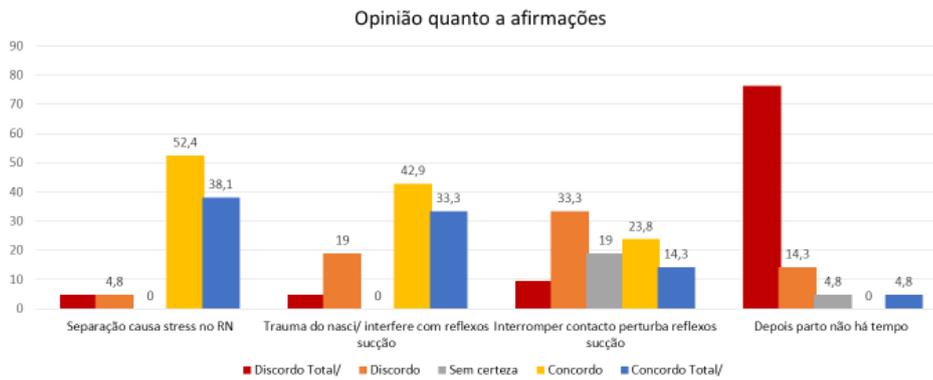
Resultados do Questionário (Creedy, Cantrill & Cooke, 2008)



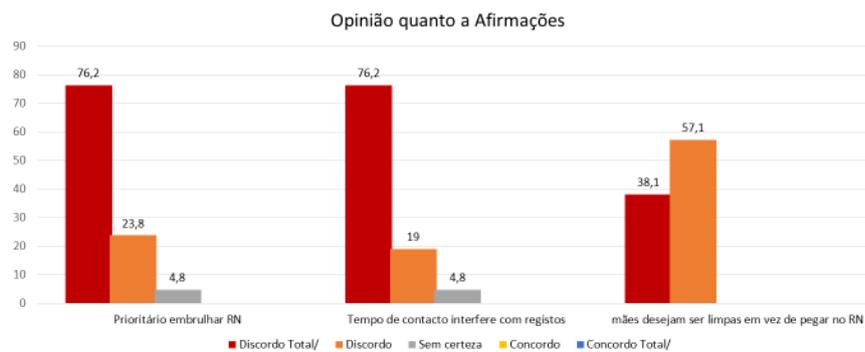
Resultados do Questionário (Creedy, Cantrill & Cooke, 2008)



Resultados do Questionário (Creedy, Cantrill & Cooke, 2008)



Resultados do Questionário (Creedy, Cantrill & Cooke, 2008)



Resultados do Questionário (Creedy, Cantrill & Cooke, 2008)

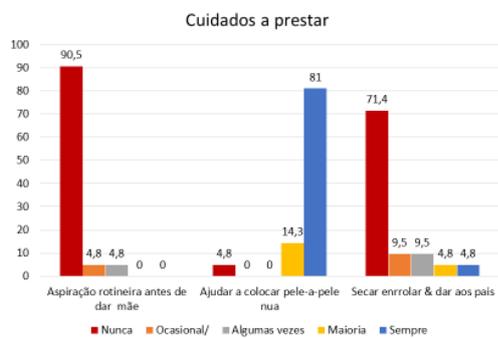
- Cristina tem 20 anos; primípara; 38 semanas. A gravidez decorreu bem, fez PPP; quer amamentar.
- TP decorreu em 10h;
- Fez petidina 3 horas antes da expulsão
- Parto espontâneo cefálico
- RN sexo feminino
- APGAR 8-9
- Peso 3320 gr
- Sem necessidade de cuidados especiais. Períneo intacto.
- A mãe sua acompanhante quer saber o peso do bebé.
- Cristina e marido concordam com a adm/ Vit K e vacina contra Hepatite B.

- Qual a possibilidade do bebé fazer a pega correta, sem assistência e dentro da 1ª hora de nascimento

O mais improvável	Improvável	Provável	Bastante provável	Altamente provável
0	0	23,8	38,1	38,1

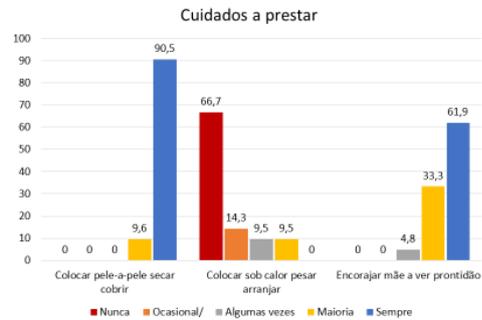
Resultados do Questionário (Creedy, Cantrill & Cooke, 2008)

- Cristina tem 20 anos; primípara; 38 semanas. A gravidez decorreu bem, fez PPP; quer amamentar.
- TP decorreu em 10h;
- Fez petidina 3 horas antes da expulsão
- Parto espontâneo cefálico
- RN sexo feminino
- APGAR 8-9
- Peso 3320 gr
- Sem necessidade de cuidados especiais. Períneo intacto.
- A mãe sua acompanhante quer saber o peso do bebé.
- Cristina e marido concordam com a adm/ Vit K e vacina contra Hepatite B.

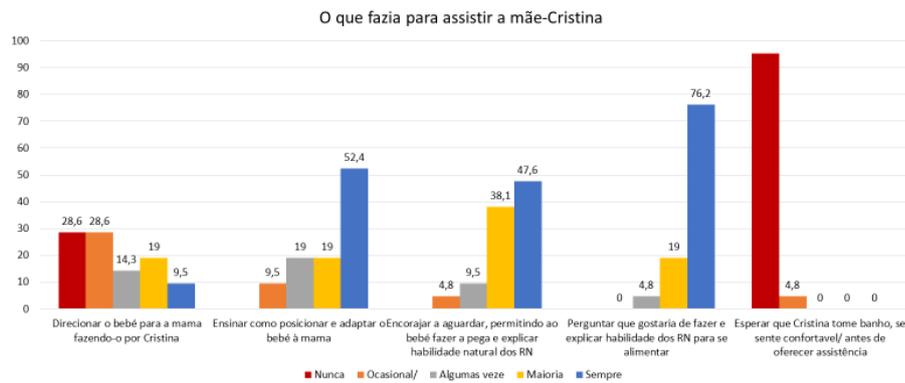


Resultados do Questionário (Creedy, Cantrill & Cooke, 2008)

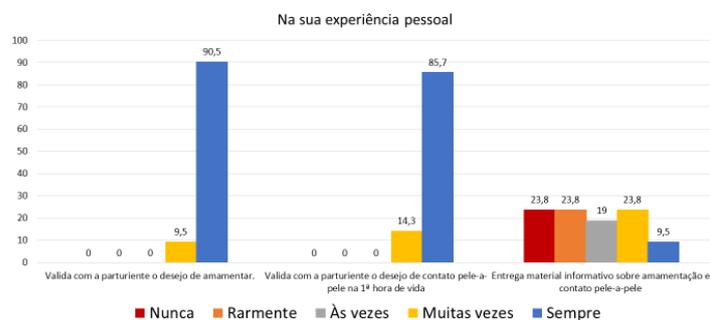
- Cristina tem 20 anos; primípara; 38 semanas. A gravidez decorreu bem, fez PPP; quer amamentar.
- TP decorreu em 10h;
- Fez petidina 3 horas antes da expulsão
- Parto espontâneo cefálico
- RN sexo feminino
- APGAR 8-9
- Peso 3320 gr
- Sem necessidade de cuidados especiais. Períneo intacto.
- A mãe sua acompanhante quer saber o peso do bebé.
- Cristina e marido concordam com a adm/ Vit K e vacina contra Hepatite B.



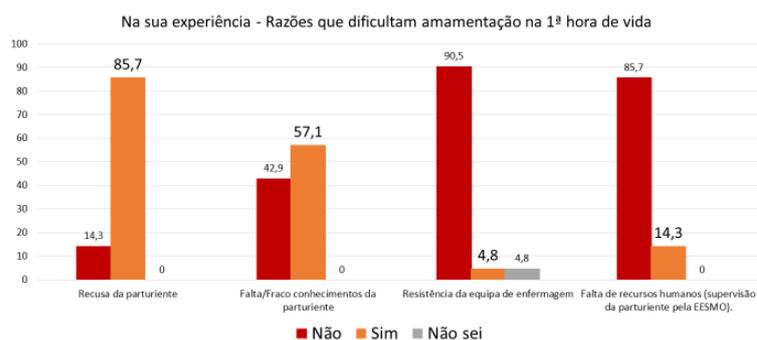
Resultados do Questionário (Creedy, Cantrill & Cooke, 2008)



Resultados do Questionário (Creedy, Cantrill & Cooke, 2008)



Resultados do Questionário (Creedy, Cantrill & Cooke, 2008)



Resultados do Questionário (Creedy, Cantrill & Cooke, 2008)

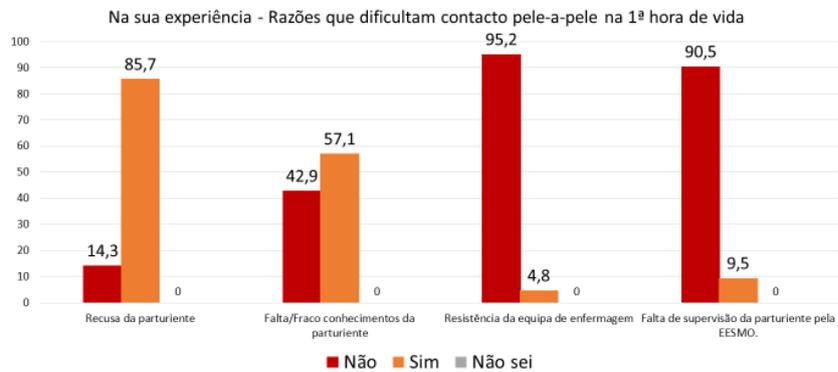


DIAGRAMA DO ESTUDO



Diagrama do Estudo

